

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MARCELO JACKSON SANTOS SILVA

**CIDADE E SAÚDE MENTAL: ANÁLISE DOS DISCURSOS EM REDES
CIENTÍFICAS BRASILEIRAS**

Orientador: Dr. Jefferson de Souza Bernardes

Maceió
2015

MARCELO JACKSON SANTOS SILVA

**CIDADE E SAÚDE MENTAL: ANÁLISE DOS DISCURSOS EM REDES
CIENTÍFICAS BRASILEIRAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Alagoas para
obtenção do título de mestre.

Orientador: Dr. Jefferson de Souza Bernardes

Maceió
2015

Catlogação na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecário Responsável: Valter dos Santos Andrade

S586c Silva, Marcelo Jackson Santos.
Cidade e saúde mental: análise dos discursos em redes científicas brasileiras /
Marcelo Jackson Santos Silva. –2015.
[128] f.

Orientador: Jefferson de Souza Bernardes.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas.
Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Maceió, 2015.

Bibliografia: f. 84-87.
Apêndices: f. [88-128]

1. Psicologia social. 2. Saúde mental. 3. Cidades – Planejamento urbano.
4. Políticas de saúde – Brasil. 5. Gestão de ciência. 6. Tecnologia e inovação em
Saúde. 7. Saúde mental – Análise do discurso. I. Título.

CDU: 316.6(81)
CDU: 159.9



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGP

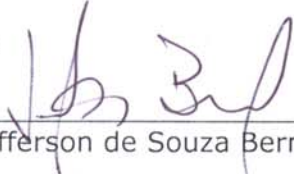
TERMO DE APROVAÇÃO

MARCELO JACKSON SANTOS SILVA

Título do Trabalho: **"Análise das produções de discursos sobre a Cidade nas redes científicas brasileiras que trabalham com a temática da Atenção à Saúde Mental"**.

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:



Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes (UFAL)

Examinadores:



Prof^a. Dr^a. Deise Juliana Francisco (UFAL)



Prof^a. Dr^a. Telma Low Silva Junqueira

Maceió-AL, 12 de maio de 2015.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Clemilton e Suely, pelo apoio e compreensão, mesmo de longe, durante meu processo no mestrado, e a toda atenção e afeto dedicados desde meu nascimento.

A minha tia-avó “Ciça” (*in memoriam*), minha segunda mãe, pelo cuidado a mim dedicado, e pelas tantas estórias contadas, que me afetam até os dias atuais, e sem as quais esta dissertação não seria a mesma.

A minha irmã, pelo afeto e companheirismo dedicado.

A meu orientador, Jefferson Bernardes, pela parceria durante o processo do mestrado, pelo respeito às opções do orientando, pelas observações cuidadosas sobre a dissertação, pela forma de se dispor com o orientando para além da formalização instituída, possibilitando a construção de laços de amizade. Também a sua esposa, Ninna, e seus filhos, Thomas e Alícia, pelas gentilezas prestadas no recebimento em vosso lar, durante as etapas de orientação.

A professora Dra. Deise Francisco, pelas observações contundentes na banca de qualificação, e por aceitar participar da banca de defesa.

A professora Dra. Barbara Cabral, pela participação na banca de qualificação.

A professora Dra. Telma Low, por aceitar participar da banca de defesa.

Ao professor da UFPE Ms. Eniel Sabino, pelas conversas, mesmo antes do mestrado, que engendraram algumas questões postas na dissertação.

À Evelyn Siqueira, pelo companheirismo e afeto prestado nos últimos meses antes da defesa, que contribuíram para a finalização desta etapa.

À turma do mestrado, em especial à Barbara, Marcos Leandro e Walkiria, pelo companheirismo e pelas boas risadas.

Aos colegas do grupo de pesquisa “Psicologia e Saúde”, pela parceria durante o mestrado.

À Anna Júlia, por ter emprestado seu computador, quando o meu quebrou às vésperas da qualificação, e pela amizade nesta minha estadia em Maceió.

Aos queridos de Maceió, Ágatha, Barbara Baptista, Bruna, Luana, Manu e Soriano; pela amizade.

Aos queridos de Recife, Antônio, Clebes, Cynthia, Chiquinho, Leonardo, Sady, e tantos outros; pelos diversos momentos compartilhados.

Às companheiras de trabalho em Rio Largo, Arlyse e Edmée, pelos compartilhamentos corriqueiros.

[...] O hospício de alienados, sob o manto da ciência e da justiça, é comparável à caserna, à prisão, à masmorra. [...] Os loucos são as vítimas individuais por excelência da ditadura social; em nome dessa individualidade intrínseca ao homem, exigimos que sejam soltos esses encarcerados da sensibilidade, pois não está ao alcance das leis prender todos os homens que pensam e agem. (Antonin Artaud, Carta ao médicos-chefes do manicômios)

*Formigante cidade, cidade cheia de sonhos
Onde o espectro em pleno dia assedia o
passante... Os mistérios por todo lado fluem
feito seiva. (Charles Baudelaire, Les sept
vieillards)*

*O objeto principal da política é criar a
amizade entre membros da cidade (Aristóteles,
A Política)*

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi analisar as produções sobre a cidade nas redes de pesquisa e de literatura científica brasileira que abordam a temática da atenção à saúde mental. Na Idade Média os sujeitos considerados “loucos” tinham a liberdade de circular pelos espaços públicos da cidade e se relacionar com a dinâmica dos acontecimentos citadinos. Já a partir da criação dos manicômios, estes “loucos” passaram a ser confinados e excluídos do convívio do espaço público. A partir de meados do século XX vários movimentos pela Reforma Psiquiátrica contribuíram para a construção de modelos de atenção à saúde mental em ambientes abertos, sem enclausuramentos. A partir desta perspectiva, trabalhos de alguns pesquisadores deste campo têm orientado problematizações sobre os potenciais da cidade para atenção à saúde mental. Assim, coloca-se o problema de saber se a atenção à saúde mental exercida na cidade possui um potencial terapêutico, e se este potencial pode ser dinamizado e desenvolvido. Algumas abordagens teóricas foram utilizadas para esta discussão, entre as principais, a noção de Biopolítica em Foucault e as noções de Cidade Moderna e Cidade Contemporânea referenciadas pelo urbanismo e pela geografia; e em menor relevância, a noção deleuziana de Sociedade de Controle e as discussões sobre saúde mental por produções acadêmicas da saúde coletiva. Para tanto, foram analisados registros presentes nas seguintes redes científicas: Diretório de Grupos do CNPq; Banco de dados do SciELO; Currículo Lattes. O caminho de análise traçado seguiu alguns critérios sugeridos por Foucault para uma Arqueologia das Ciências. Como resultado pode-se observar a existência de três principais discursos sobre a cidade nas redes científicas: a cidade enquanto Localização Geográfica; a cidade enquanto Conjunto Sociodemográfico; a cidade enquanto Dispositivo Clínico-Político. Estes discursos foram então problematizados com as abordagens teóricas adotadas nesta pesquisa, o que proporcionou considerações críticas sobre as noções de cidade nas perspectivas das produções acadêmicas que trabalham com a atenção a saúde mental. Assim, esta pesquisa visa contribuir para o desenvolvimento da atenção à saúde mental no Brasil.

Palavras-chaves: Saúde Mental. Planejamento de Cidades. Governo. Gestão da Ciência. Tecnologia e Inovação em Saúde.

ABSTRACT

The objective of the research was to analyze the productions about city in Brazilian's research networks and scientific literature addressing the issue of mental health care. In the Middle Ages the subjects considered "crazy" were free to move around the city's public spaces and relate to the dynamics of cities events. Since the creation of asylums, these "crazy" became confined and excluded from the coexistence in the public space. Since the mid-twentieth century, various movements in favor of Psychiatric Reform contributed to the construction of models of care to mental health that occur outdoors without enclosures. From this perspective, the works of some researchers of this field have guided problematizations about the potential of the city to mental health care. Thus arises the question whether the mental health care exercised in the city has a therapeutic potential, and this potential can be streamlined and developed. Some theoretical approaches were used for this discussion, among the main, the notion of Biopolitics in Foucault and the notions of Modern City and Contemporary City referenced by urbanism and geography; and, to a lesser relevance, Deleuze's notion of Society Control and discussions on mental health for academic productions of public health. Therefore, were analyzed records present in the following scientific networks: CNPq's Group Directory; Data Bank SciELO; Lattes Curriculum. The analysis of the traced path followed some suggested criteria by Foucault for Archaeology of Sciences. As a result, it can be seen that there are three main speeches about the city in the scientific networks: the city as Geographic Location; the city as Sociodemographic Conjoint; the city as a Clinical-Political Device. These speeches were problematized with the theoretical approaches adopted in this research. It provided critical considerations about notions of city from the perspectives of academic productions in the filed of mental health. Thus, this research aims to contribute to the development of mental health care in Brazil.

Keywords: Mental Health. City planning. Government. Management Science. Technology and health innovation.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Distribuição dos Locais de Registro	57
TABELA 2 Distribuição dos Vocábulo.....	58
TABELA 3 Distribuição dos Pressupostos	59
TABELA 4 Relação entre Local de Registro e Campo do Vocábulo	60
TABELA 5 Relação entre Local de Registro e Pressuposto	62
TABELA 6 Relação entre Pressuposto e Campo do Vocábulo	62
TABELA 7 Lista das produções científicas analisadas no Diretório de Grupos do CNPq	APÊNDICE A
TABELA 8 Lista dos vocábulo no Diretório de Grupos do CNPq.....	APÊNDICE B
TABELA 9 Lista das produções científicas analisadas no SciELO.....	APÊNDICE C
TABELA 10 Lista dos vocábulo no SciELO.....	APÊNDICE D
TABELA 11 Lista das produções científicas analisadas no Currículo Lattes.....	APÊNDICE E
TABELA 12 Lista dos vocábulo no Currículo Lattes.....	APÊNDICE F

LISTA DE SIGLAS

AT	Acompanhante Terapêutico
BIREME	Centro Latino-americano e do Caribe de Informações em Ciências da
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CNCT	Cadastro Nacional de Competência em Ciência e Tecnologia Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CT&I	Ciência, Tecnologia e Inovação
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema único de Saúde
FAPESP	Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
PISAM	Plano Integrado de Saúde Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SRTs	Serviços de Residências Terapêuticas
SUS	Sistema único de Saúde
TCM	Transtornos Mentais Comuns

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 O BIOPODER E SEUS MECANISMOS: CÓDIGO JURÍDICO-LEGAL; SISTEMA DISCIPLINAR; DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	22
2.1 OS MECANISMOS DE BIOPODER SÃO LOCALIZADOS	24
3. A CIDADE MODERNA E A CIDADE CONTEMPORÂNEA: LOCAIS DE AÇÃO DOS MECANISMOS DISCIPLINARES E DE SEGURANÇA	27
4. ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL: JUSTIFICATIVAS ENTRE O CONFINAMENTO E A LIBERDADE DE TRANSITAR	35
5. REGIÕES DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO	39
5.1 AS REDES CIENTÍFICAS	40
5.1.1 <i>O Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq</i>	41
5.1.2 <i>Scientific Electronic Library Online - SciELO</i>	44
5.1.3 <i>O currículo Lattes</i>	45
6 DISCUSSÃO METODOLÓGICA: SOBRE TRILHAS E DESCAMINHOS	48
6.1 ANÁLISE DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS: FUNDAMENTAÇÕES	48
6.2 ANÁLISE DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS: PROCEDIMENTOS	53
7. RESULTADOS	56
7.1 CRITÉRIOS DE ANÁLISE	56
7.1.1 <i>Primeiro critério de análise: locais de registro</i>	56
7.1.2 <i>Segundo critério de análise: vocábulos utilizados</i>	57
7.1.3 <i>Terceiro critério de análise: pressupostos</i>	58
7.2 CRUZAMENTO DOS CRITÉRIOS	59
8. DISCUSSÃO	63
8.1 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA	64
8.2 CIDADE ENQUANTO CONJUNTO SOCIODEMOGRÁFICO (POPULAÇÃO)	68
8.3 CIDADE ENQUANTO DISPOSITIVO CLÍNICO-POLÍTICO	73
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
APÊNDICES	88

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho é produto de um processo de pesquisa que analisou as produções sobre a noção de Cidade nas redes de pesquisa e de literatura científica brasileira que abordam a temática da atenção à saúde mental.

Na era clássica, na Europa, o lugar de tratamento aos considerados loucos era prioritariamente a natureza, pois se compreendia este espaço como possuidor de um potencial terapêutico capaz de dissipar os erros e ilusões aos quais se atribuía a loucura. Acreditava-se na natureza como o lugar onde a verdade se torna visível, distintamente da cidade, que seria o local capaz de potencializar o erro e a ilusão. Assim, em relação ao tratamento, devia-se afastar o louco da convivência com os perigos da cidade. “As prescrições dadas pelos médicos eram de preferência a viagem, o repouso, o passeio, o retiro, o corte com o mundo vão e artificial da cidade” (FOUCAULT, 2007, p. 120).

Já no período medieval e no Renascimento, a relação entre a cidade e a atenção àqueles tidos como insanos se constituiu de forma diversa. Em geral, tais locais costumavam assumir a responsabilidade por seus loucos, expulsando aqueles não nascidos em seu território, mas que, como errantes, por lá acabavam por chegar (FOUCAULT, 1978).

De forma mais específica, algumas dessas cidades organizavam e financiavam peregrinações para os insanos, existiu até uma embarcação (Narrenschiff – A Nau dos Loucos) que foi destinada a este propósito. Houve, também, casos de cidades que mantinham alojados, com recursos próprios, os loucos oriundos de seu território e/ou de outras regiões, situação em que eram simplesmente aprisionados. E, ainda, cidades nas quais os loucos eram levados, por mercadores e marinheiros, para serem abandonados em outras regiões, onde “[...] eles eram ali ‘perdidos’, purificando-se assim de sua presença a cidade de onde eram originários” (FOUCAULT, 1978, p. 15).

A partir do século XVII foi o isolamento social, o confinamento, que passou a ser a prática comum a qual eram submetidos os considerados insanos, cabendo “[...] recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentavam de espontânea vontade, ou aqueles que lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária” (FOUCAULT, 1978, p. 55-56).

Os espaços desses internamentos receberam a alcunha de Hospital Geral¹ e tornaram-se os locais onde eram “jogados”, a sua própria sorte, os entes desviantes da norma

¹ Foucault (1978) relatou que nesta época algumas casas na cidade de Paris também foram destinadas ao isolamento dos marginalizados.

social, aí se incluíam, além dos loucos, pervertidos, delinquentes e demais marginalizados (AMARANTE, 1996). Não havia, então, neste isolamento uma caracterização específica da loucura, como afirma Foucault (1978):

[...] sabe-se que os loucos, durante um século e meio, foram postos sob o regime desse internamento, e que um dia serão descobertos nas salas do Hospital Geral, nas celas das ‘casas de força’; percebe-se também que estavam misturados com a população das Workhouses ou Zuchthusern. Mas nunca aconteceu de seu estatuto nelas ser claramente determinado, nem qual sentido tinham essa vizinhança que parecia atribuir uma mesma pátria aos pobres, aos desempregados, aos correccionários e aos insanos (p. 55-56).

A partir das últimas décadas do século XVIII se iniciaram questionamentos sobre as condições às quais os loucos eram submetidos nos Hospitais Gerais, com o argumento da necessidade de uma atenção com parâmetros científicos para a loucura. Motes utilizados pelo médico francês Philippe Pinel para reivindicar reformulações na organização do Hospital Bicêtre em Paris (FOUCAULT, 1978).

Pinel elaborou o *Traité médico-philosophique sur l' aliénation mentale*, que aborda a primeira incursão científica sobre a loucura. Criou-se o conceito de Alienação Mental, e o isolamento do espaço público da cidade, que nos Hospitais Gerais tinha por finalidade o simples aprisionamento, passou a constituir um princípio terapêutico fundamental do novo local de internamento, o Asilo. Instituição que surgiu para a atenção exclusiva ao fenômeno da loucura, onde o louco recebia um tratamento moral cientificamente embasado (AMARANTE, 1996).

Outros sistemas teóricos de caracterização da loucura, como o modelo de Kraepelin, que marca o início da Psiquiatria do século XX, sucederam o modelo proposto por Pinel. Mas, a questão do confinamento dos loucos permaneceu como proposta hegemônica de local de tratamento até meados do século XX, quando, após a Segunda Grande Guerra Mundial, vários debates referentes à psiquiatria se intensificaram. Estes eram caracterizados, segundo Amarante (1996), por um “[...] um conjunto de enunciados, propostas e arranjos de natureza técnica e administrativa sobre o campo disciplinar e de intervenção da psiquiatria [...]” (p.15), que ficaram conhecidos pela alcunha de Reforma Psiquiátrica.

Não havia um consenso no campo dessas reformas, o que culminou na ampla variedade de propostas, “[...] dentre as quais destacam-se as de comunidades terapêuticas, de psicoterapia institucional, de psiquiatria de setor, de psiquiatria preventiva e comunitária, de antipsiquiatria, de psiquiatria democrática, para ficar apenas entre as mais importantes[...]” (AMARANTE, 2014, p. 79).

Essas propostas de Reforma Psiquiátrica apresentaram variações quanto ao local de atenção aos portadores de transtorno mental, mas, de uma forma geral, posicionaram-se contra o uso do internamento em hospitais psiquiátricos como único modelo de tratamento. Em alguns casos se criou serviços intermediários entre o hospital psiquiátrico e o espaço público, em outros, a saída do hospital se caracterizou pela desassistência por parte do Estado. Porém, vale ressaltar que nem todas as propostas surgidas defendiam o término dos hospitais psiquiátricos, mas em vários casos a coexistência desse modelo com outros serviços (AMARANTE, 1996).

No Brasil, o processo de asilamento dos loucos teve início em meados do século XIX. A psiquiátrica a esta época agiu em prol da organização de um modelo de sociedade, na qual a exclusão da loucura do espaço público matinha relação intrínseca com os novos fenômenos da vida nas cidades. Mais especificamente pela reorganização do espaço público urbano, devido ao crescimento das cidades e das populações, como descreve Amarante (AMARANTE, 2014):

As mudanças sociais e econômicas, no período que se segue, exigem medidas eficientes de controle social, sem as quais torna-se impossível ordenar o crescimento das cidades e das populações. Convocada a participar dessa empresa de reordenamento do espaço urbano, a medicina termina por desenhar o projeto do qual emerge a psiquiatria brasileira. [...] É a partir desse momento que os loucos passam a ser considerados doentes mentais, mercedores, portanto, de um espaço social próprio, para sua reclusão e tratamento. (p. 74).

Porém, no Brasil, diferentemente ao que se configurava a esta época em parte da Europa, estes projetos assistenciais para a loucura eram gerenciados pela Igreja. Assim, os espaços de internação se configuravam como lugares de prestação de caridade e não por uma função científica, como defendiam os alienistas (AMARANTE, 2014).

Esta característica dos espaços de internação no Brasil foi unânime até fins do século XIX, quando após a proclamação da república se promoveu uma modernização da psiquiatria pelos alienistas brasileiros, que influenciados por ideais positivistas e republicanos objetivavam dar um caráter científico a assistência prestada aos loucos (AMARANTE, 2014).

Entre as mudanças ocorridas a esta época promoveu-se a criação de novos espaços de atenção ao louco, pois as instituições de internamento eram criticadas pelos psiquiatras alienistas brasileiros por serem consideradas como representantes do absolutismo político, o que estava de encontro aos ideais liberais promulgados. Pela concepção de uma nova ordem social, defendeu-se a atuação da psiquiatria no espaço social, “[...] espaço onde vivem as pessoas, onde se estruturam as doenças mentais, e não se limitar apenas ao espaço cercado

pelos muros do asilo” (AMARANTE, 2014, p. 76). Assim, foi criado o modelo de colônias para este tipo de assistência.

O princípio fundamental do modelo de colônia era o de promover uma maior interação entre os loucos e a comunidade, de forma que estes pudessem conviver em casa e/ou no trabalho. O trabalho era, então, um ideal importante para a nova ordem social e, por isso, passou a ser utilizado como função terapêutica na assistência prestada na colônia. (AMARANTE, 2014).

Após 1923, se inaugura no Brasil a Liga Brasileira de Higiene Mental, que continuou caracterizando as intervenções sobre os ditos doentes mentais como uma prática de regulação do espaço social, demarcadas a este momento por características eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas. O internamento tinha a função de retirar do espaço social e, portanto, também da cidade, aqueles que não se enquadram no modelo idealizado, numa tentativa de criar um espaço público asséptico, eugênico, caracterizado por certa normalidade (AMARANTE, 2014).

Já a partir da década de 1950, a psiquiatria brasileira foi principalmente influenciada pelo modelo de Psiquiatria Comunitária desenvolvido nos Estados Unidos, que tinha como princípio uma assistência prestada com o objetivo de promover Saúde Mental. Sendo Saúde Mental nesta concepção definida pela capacidade adaptativa do assistido a um determinado meio social. A este modelo referem-se Birman e Costa (2014) da seguinte forma:

A reforma do hospital psiquiátrico deve ser abandonada como ação preferencial, tornando-se o espaço social mais amplo, o espaço da ação da psiquiatria: a “Comunidade”. Responsabilidade de todos, cidadãos e governo, instituições públicas e privadas, estratégias de promoção da Saúde Mental se explicita, tornando-se a preocupação referida da Nova Psiquiatria (p. 54).

A partir da década 1960 houve uma grande expansão do setor privado de saúde no atendimento de demandas da saúde mental, com o Estado brasileiro, por meio de seus órgãos responsáveis, pagando parte da demanda por práticas de assistência em instituições privadas. O modelo da Psiquiatria Comunitária se ampliou, foram criadas as comunidades terapêuticas, organizadas a partir do Plano Integrado de Saúde Mental - PISAM (AMARANTE, 2014).

Outro modelo que teve destaque a esta época foi o da Psiquiatria Preventiva, que passou a promover a perspectiva de que a promoção de Saúde Mental é caráter preventivo do adoecimento mental, e deve ser efetivada através da adaptação aos recursos do espaço social, ao promover uma homeostase entre os indivíduos e este espaço. “Adoecer mentalmente é falhar nos mecanismos interativos da ‘Comunidade’ constituída, e curar é restabelecer este equilíbrio [...]” (BIRMAN; COSTA, 2014, p. 56).

Nos últimos anos da década de 1970, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM foi o principal agente propositivo de mudanças, no Brasil, quanto a atenção em Saúde Mental, influenciado pelo modelo italiano de reforma psiquiátrica como proposto por Franco Basaglia, visava uma mudança não apenas focada na desospitalização dos pacientes internos, mas também em uma necessidade de reconfiguração social do caráter da loucura. Fortalecendo a crítica ao saber médico, surgem novos protagonistas na atenção à saúde mental, externos a instituição psiquiátrica.

O princípio deste modelo de Reforma Psiquiátrica era impelir processos de desinstitucionalização. E para isto não bastava deslocar o local da atenção, pois se considerou que uma atenção à saúde mental que mantivesse características de um hospital psiquiátrico, mesmo que efetivada em um espaço aberto, continuaria a institucionalizar os assistidos, seria um manicômio “a céu aberto” (ROTELLI, 2014).

Essas propostas culminaram, a partir do final da década de 1980, no Brasil, para uma:

[...] crescente organização e mobilização dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental, que se instituiu uma série de medidas em favor daquilo que se convencionou chamar de reforma psiquiátrica (Vasconcelos, 1996). Se isso ainda não é suficiente para subtrair o manicômio do panorama nacional, tem resultado no aumento crescente da oferta de serviços e práticas inovadoras de cuidado e assistência no campo da saúde mental, especialmente em municípios cujos governos locais mostram-se mais comprometidos com a proposta da reforma (PALOMBINI, 1999, p. 28).

Entre estas práticas inovadoras, foram criados diversos serviços de atenção à saúde mental no Brasil que têm suas ações pautadas através da construção de técnicas de intervenção de base territorial, em que há uma explícita articulação com a comunidade local.

Em 1987, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental assume-se enquanto um movimento social, e não apenas de técnicos e administradores, e lança o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”. O lema estratégico remete para a sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios. No campo prático, passa-se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização. Esta, implica não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas (AMARANTE, 2014, p. 81).

No Brasil, entre as atuais tecnologias de assistência à Saúde Mental que têm suas práticas exercidas ou articuladas com o espaço público da cidade, pode-se citar, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços de Residências Terapêuticas (SRTs) e a atividade de Acompanhante Terapêutico (AT).

O CAPS, por exemplo, é o serviço responsável por organizar as ações da rede de Saúde Mental brasileira. É o “carro-chefe” da Política Nacional de Saúde Mental, a qual os

demais serviços devem se referenciar, sendo uma instituição que tem seu foco no cuidado prestado no contexto do território ao qual abrange (BRASIL, 2004a).

O Serviço de Residência Terapêutica- SRT, regulamentado pela Portaria nº106/2000 do Ministério da Saúde, é outra tecnologia assistencial de base territorial que compõe a rede de atenção em saúde mental no Brasil. Consiste em criar espaços de habitação (casas) dentro da cidade para ex-internos de instituições psiquiátricas. A relação dos moradores dessas casas com o território que habitam e, por consequência, a cidade, torna-se fundamental para romper com ciclo do padrão de institucionalização gerado pelo confinamento a que estes foram submetidos (BRASIL, 2004b).

A atividade de Acompanhante Terapêutico não é reconhecida como uma profissão da área da saúde, mas vem sendo desenvolvida no Brasil desde a década de 1970, e ganhou espaço nos serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir do final da década de 1980 e início da década de 1990, atendendo a interface de demandas do Movimento Sanitário Nacional e do Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira: “[...] juntando forças na luta pela reformulação dos cuidados em saúde mental, principalmente através dos CAPS e dos Residenciais Terapêuticos, evidenciando a aposta de uma atenção feita de fato no território” (BENEVIDES, 2007, p. 56-57).

O atual marco legal para a assistência à Saúde mental no Brasil é a Lei nº 10.216, enviada ao Congresso Nacional em 1990 e promulgada em 2001. Tem influência do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e passou a orientar a criação dos serviços de base territorial, visando substituir os hospitais e manicômios psiquiátricos. Como trata seu artigo 2º, inciso IX, “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” (BRASIL, 2001); e no artigo 4º, parágrafo 1º, “O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (BRASIL, 2001). Nessa perspectiva, o assistido deixou de ser considerado um louco a ser isolado da sociedade e passou a ser considerado um cidadão, possuidor de direitos, devendo ser incluso na vivência dos espaços coletivos.

A legislação em questão observa ser fundamental o desenvolvimento e a consolidação de tecnologias de assistência em uma rede comunitária de cuidados para efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica, como alternativa substitutiva aos hospitais psiquiátricos. Acrescenta, ainda, que esta rede não se resume ao conjunto de serviços públicos destinados à atenção em saúde mental, mas ao se definir como de base comunitária, deve se articular aos diversos espaços da cidade e outras instâncias não pertencentes à máquina pública (BRASIL, 2005).

É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos da saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Para a organização desta rede, a noção de território é especialmente orientadora (BRASIL, 2005, p. 26).

E acrescenta:

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2005, p. 26).

São múltiplas as referências ao espaço onde deve ocorrer a atenção à saúde mental, como observado: meio; comunidade território; cidade. Todas fazendo referência a perspectiva da desinstitucionalização proposta pelo modelo de Reforma Psiquiátrica adotado. Ao se retirar a atenção prestada do confinamento, é com a instituição da “loucura” que se pretende romper.

Porém, ao se referir a este local onde é prestada a assistência, a literatura acadêmica ora utiliza o termo Meio, ora Território, ora Comunidade, ora Cidade; não sendo estes sinônimos. Esta diversidade de termos aparece também nas legislações da Saúde Mental no Brasil, e nas referências do modelo de Reforma Psiquiátrica italiana², que serviu de aporte para a atual Política Nacional de Saúde Mental.

A noção de “meio” tem origem nas ciências da natureza, o “meio ambiente”, que caracteriza o “homem” como ser biológico, constituinte de uma espécie. A alusão a noção de “meio” como localização teve seu início de utilização a partir de alguns geógrafos do início do século XX, que com pretensões de estabelecer um caráter mais positivista à geografia adotaram uma série de metáforas organicistas (VASCONCELOS, 1999).

O uso da noção de território na atenção em saúde mental no Brasil tem sua origem na saúde coletiva, visto que a rede de serviços de saúde mental é articulada à rede do Sistema Único de Saúde-SUS. O SUS passou a utilizar as divisões territoriais para operacionalizar suas ações administrativas, gerenciais, econômicas e políticas. Tais divisões estabeleceram-se como instrumento para o princípio constitucional de regionalização da saúde previsto a partir de 1988, em que a organização dos serviços passou a obedecer aos níveis de complexidade

² A principal proposta de Reforma Psiquiátrica adotada no Brasil, que referência a Política Nacional de Saúde Mental, é inspirada na Psiquiatria Democrática, proposta surgida na Itália e que tem como principal referência teórica o trabalho de Franco Basaglia.

(primário, secundário e terciário), definidos a partir de características tecnológicas, geográficas e populacionais.

O Distrito Sanitário passou a ser a unidade organizacional mínima do sistema de saúde, sendo caracterizado por uma base territorial definida política e geograficamente, comportando uma rede de serviços de saúde de acordo com o padrão de sua população, articulada de forma hierárquica aos outros níveis de complexidade da rede de saúde.

Assim, esta noção de território foi construída historicamente, sendo lugar de expressão do poder do Estado, das agências e de seus cidadãos. Essa característica de ação do poder é fundamental para entender que:

O espaço-território, muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o locus onde se verifica a interação população-serviços no nível local. Caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais para sua resolução devem ser compreendido e visualizado espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (BARCELLOS; ROJAS, 2004, p. S/N).

Ao traçar padrões epidemiológicos de determinadas regiões, a saúde pública tem como finalidade caracterizar os riscos à saúde de uma população, mapeando as variáveis sanitárias, socioeconômicas e ambientais ligadas a padrões de risco. Nos territórios os fenômenos relacionados ao risco ocorrem de forma simultânea, de maneira que suas repercussões são sentidas como uma totalidade (BARCELLOS; ROJAS, 2004).

Na área da atenção à Saúde Mental, algumas pesquisas sugerem que as práticas exercidas no território têm apresentado grandes lacunas entre sua efetividade e os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, “[...] gerando por vezes questionamentos quanto à sua real contribuição no sentido de avançar na reinserção social do portador de transtornos mentais e na desestigmatização e cuidado efetivo dessas pessoas”. (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007, p. 2376).

Em relação ao uso da noção de “Comunidade” na atenção à saúde mental, este é baseado em duas premissas, segundo Birman e Costa (2014):

Em primeiro lugar, admite-se que os recursos institucionais e humanos da comunidade (instituições médicas, paramédicas, educativas, assistenciais, religiosas, recreativas, culturais, familiares, amigos, líderes formais e informais etc.) podem somar-se ao esforço da psiquiatria em prevenir, curar e reabilitar os pacientes psiquiátricos. Em segundo lugar, admite-se que os grupos sociais possuem um potencial terapêutico inerente às redes de relações funcionais e efetivas, que pode ser dinamizado e desenvolvido (p. 62).

Em relação à primeira premissa, Birman e Costa (2014) afirmam não haver, na época da implantação da Psiquiatria Comunitária no Brasil, nenhuma referência sociológica, antropológica, psicológica ou histórica que sustentasse a afirmação da existência de determinados grupos sociais que tenham enquanto “objetivo social” uma atenção consensual de um projeto sobre Saúde Mental (p. 62).

Quanto à segunda premissa, Birman e Costa (2014) consideram que:

[...] a atuação “espontaneamente terapêutica” do meio cultural sobre o indivíduo é automática, imediata e absoluta para um certo tipo de cultura. Não há como elevar o “potencial terapêutico” de um grupo cultural, a menos que se mude o status social da pessoa ou *ethos* cultural da sociedade (p. 66).

Considerando tais questões, o uso da noção de Comunidade é problemático para atenção à Saúde Mental, visto não apresentar nenhum respaldo enquanto ação terapêutica.

Já o uso da noção de cidade apresenta-se relevantemente nas descrições da relação entre espaço e atenção à saúde mental sobre o modelo de Reforma Psiquiátrica italiana, que serviu de base para a construção do modelo brasileiro. “Quando se discutia sobre as melhores formas e lugares para a reabilitação do enfermo mental, Basaglia dizia: ‘são os espaços da cidade’” (BASAGLIA apud AMARANTE, 1996, p. 15). Na cidade italiana de Trieste, por exemplo, os ex-internos de hospitais psiquiátricos passaram a habitar em casas e apartamentos, estabelecendo uma maior relação com o espaço urbano.

Atualmente, cerca de 80% da população mundial residem no espaço urbano. E as cidades são, segundo Guatarri (2006), imensas máquinas “produtoras de subjetividade”, a interferir sobre a vida das pessoas em diversos aspectos. Operam de forma diversa a impelir determinadas práticas, e restringir outras. Ao considerar estas questões, torna-se plausível problematizar a atenção à saúde mental em relação com a cidade, considerando as potencialidades dessa relação para a desinstitucionalização proposta pelo modelo de Reforma Psiquiátrica referido, como respalda Liberato e Dimenstein (2013):

[...] embates e encontros que os espaços da cidade, através da articulação de diferentes redes, podem possibilitar na construção de outros modos de relação com a diferença. Ao buscarmos operar a partir da lógica da desinstitucionalização da loucura, perguntamo-nos se não seria preciso também criar estratégias no que tange a desinstitucionalização do próprio espaço da cidade e das relações que nela são tecidas. Não seria este o cerne da proposta de desconstrução do lugar da loucura: a criação de diferentes formas de (con)viver com a diferença e habitar a urbes? (p. 273)

A literatura acadêmica brasileira tem apresentado algumas considerações a estas práticas assistenciais à Saúde Mental articuladas com o espaço público das Cidades, que pode ser articulado em dois eixos: um que se relaciona a uma ampliação da clínica tradicional; e outro que se articula às atuais tecnologias assistências.

Quanto à ampliação da clínica tradicional, Onocko-Campo e Furtado (2006) destacam a necessidade de avançar na ruptura de certos modelos hegemônicos presentes na lógica hospitalar para o fortalecimento de uma rede de atenção à saúde mental a partir de suas próprias peculiaridades. É assim que tais autores afirmam alguns pontos necessários a serem desenvolvidos na rede de atenção em saúde mental, destacando, entre outros, a necessidade de efetivação de uma clínica ampliada voltada aos sujeitos assistidos e suas “maneiras de habitar a *polis*, isto é, a política” (p. 1054-1055).

Ainda nessa perspectiva, alguns relatos de pesquisa de Ferreira Neto (2008) têm apresentado propostas que vão além da clínica tradicional, pautando-se numa atenção em saúde mental que “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” (p. 113).

Quanto à articulação com as tecnologias assistenciais, Palombini (2007) destaca na prática do AT, que a Cidade pode incidir sobre a relação do vínculo terapêutico entre acompanhante e acompanhado:

Nesse sentido, o encontro com o inesperado da cidade a que ambos, acompanhante e acompanhado, estão sujeitos, ao ampliar as ofertas de enlace social, possibilita ao acompanhado descolar-se da relação absoluta e exclusiva ao AT como seu semelhante; além disso, a cidade, o discurso social que a rege, operando na função de terceiro a incidir sobre o par acompanhante-acompanhado, também cria as circunstâncias para o remanejamento desse lugar em que o AT é primeiramente colocado (PALOMBINI, 2007, p. 146).

Ainda, em relação às tecnologias assistenciais, Amorim e Dimenstein (2009) afirmam que os SRT's, ao deslocar a moradia dos entes acompanhados para casas dentro da cidade, predispõe a composição de redes de interação, gerando entrelaçamentos capazes de reconfigurar o arranjo funcional dos entes assistidos:

O que a experiência dos SRT's tem demonstrado, portanto, é que, entre a solidariedade e a indiferença, o processo de desinstitucionalização pode ser potencializado quando da relação loucura-cidades redes de sociabilidade, de afeto e cuidado são desenvolvidas e viabilizadas a partir de ‘lutas em rede’. [...] Na vida social e cotidiana as articulações dos moradores e usuários podem gerar iniciativas de cooperação e solidariedade (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009, p. 332).

Porém, considerando as premissas apresentadas por Birman e Costa (2014) quanto à noção de “Comunidade” e sua utilização no campo da assistência à saúde mental, se fez nesta pesquisa a extensão das problemáticas apresentadas à noção de “Cidade”. Assim, se elaborou as seguintes questões: a assistência à Saúde Mental exercida na cidade possui um potencial terapêutico relacionado às suas redes de relações funcionais, e este potencial pode ser dinamizado e desenvolvido? Em não sendo possível elevar o potencial terapêutico de um

meio, como o espaço de uma cidade, não seria suficiente expor o ente a tal local? Como essas relações funcionais da cidade seriam utilizadas na assistência à saúde mental?

Para tentar problematizar tais questões, considerou-se nesta pesquisa a afirmação foucaultiana de que a realidade de um fenômeno é criada a partir de uma relação de uso do poder por parte de um saber. A “espisteme” é um saber que valida um fenômeno na determinação daquilo que é científico para uma sociedade. Portanto, ao se submeter um campo científico a análise está se discorrendo sobre as regras de validação da realidade dos fenômenos em questão.

Um campo científico pode ser compreendido como sistemas de discursos. Sendo o discurso, nesta perspectiva, uma instância da ordem do saber que explicita e atualiza as relações de poder referentes a um campo. Assim, tem-se a perspectiva de que as produções discursivas, que validam a realidade de um determinado campo científico, são articuladas a conjuntos diversos de relações de poder, como os de ordem: técnica; institucional; política; etc.

Nesta pesquisa, a análise dos discursos de um campo científico se deu através das redes de pesquisa e de literatura científica brasileira que abordam a temática da atenção à saúde mental e que possuíam registros sobre a cidade. Essas redes se configuram como comunidades institucionalizadas que visam trocas de informação e de material técnico entre os membros de um campo científico. E reúnem os aspectos de ordem técnica, institucional e política. As redes científicas utilizadas foram: o Diretório de Grupos do CNPq; o Banco de Dados do SciELO; o Currículo Lattes.

A partir desta consideração, esta pesquisa utilizou como objeto de análise os registros das redes científicas brasileiras que abordam a temática da atenção à saúde mental e que possuem o termo “cidade” em seus registros. O objetivo geral foi o de investigar os discursos produzidos sobre a “cidade” nas redes científicas brasileiras que trabalham com a temática da “atenção à saúde mental”. Os objetivos específicos foram: identificar as regras de dispersão que constituem os discursos sobre “Cidade” nestas redes científicas; problematizar os discursos produzidos nestas redes científicas.

O aporte teórico para discussão pautou-se nas noções foucaultianas de Biopoder e nas problematizações desenvolvidas sobre a Cidade Contemporânea por algumas produções acadêmicas do Urbanismo e da Geografia; e, também, na noção deleuziana de Sociedade de Controle, e nas problematizações desenvolvidas sobre a Atenção à Saúde Mental por algumas produções acadêmicas da Saúde Coletiva.

No segundo capítulo desta dissertação, “O biopoder e seus mecanismos: código jurídico-legal; sistema disciplinar; dispositivo de segurança”, foi conceituada a noção de Biopoder e descritos seus mecanismos de operacionalização, e na parte seguinte do capítulo foi argumentado que as ações do Biopoder agem sempre sobre uma delimitação espacial.

Já no terceiro capítulo, “A cidade Moderna e a Cidade Contemporânea: locais de ação dos mecanismos disciplinares e de segurança”, foram descritas as características dos instrumentos de controle da dinâmica social no modelo de Cidade Moderna, equivalendo a este o mecanismo do sistema disciplinar. Posteriormente, foram descritas as características do modelo de Cidade Contemporânea, equivalendo a este o mecanismo do dispositivo de segurança, que tenta prevê os acontecimentos da dinâmica social para potencializa-los, ao invés de tentar controla-los.

No quarto capítulo, “Assistência à saúde mental: justificativas entre o confinamento e a liberdade de transitar”, foram descritos: o surgimento da assistência institucionalizada a loucura e suas justificativas para o confinamento; o surgimento das primeiras propostas de assistência em interação com o espaço público das cidades; a efetivação de serviços assistenciais em interação com o espaço públicos das cidades, a partir das propostas de Reforma Psiquiátrica surgidas após a Segunda Grande Guerra Mundial.

No capítulo cinco, “Regiões de conhecimento”, foi argumentado como a ciência se caracteriza como região de produção de conhecimento, justificando a escolha das redes científicas para análise. Em parte posterior, foram descritas características de cada uma das três redes científicas utilizadas.

O capítulo seis, “Discussão Metodológica: sobre trilhas e descaminhos”, é dividido em duas partes. Na primeira, apresenta-se a fundamentação teórica da forma de análise empregada nesta pesquisa, a partir de considerações metodológicas feitas por Foucault para uma Arqueologia das Ciências. Na segunda, apresentam-se os procedimentos realizados de forma sistemática para a análise.

No capítulo sete, “Critérios de análise”, apresentam-se os resultados obtidos através dos critérios de análises utilizados. Neste, foram identificados e quantificados: os locais de registro das produções (disciplina científica a qual o registro está vinculado); os pressupostos sobre a cidade em cada registro; o campo dos vocábulos utilizados nos registros. Posteriormente, foram cruzados os critérios de análise, e como resultado observou-se a existência, com maior frequência, de três discursos sobre a cidade nas redes científicas brasileiras que trabalham com a temática da atenção à saúde mental: um que se constitui a partir do pressuposto “Localização Geográfica”, com registros que se utilizam principalmente

de vocábulos do campo da “Saúde Coletiva”, sendo maioria nas produções da “Psicologia” e da “Saúde Coletiva”; o segundo que se constitui a partir do pressuposto “Conjunto Sociodemográfico”, com registros que se caracterizam pelo uso de vocábulos dos campos “Categorias Sociológicas” e “Estatística”, sendo maioria em produções da Medicina; e o terceiro que se constitui a partir do pressuposto “Dispositivo clínico-político”, com registros que se caracterizam pelo uso de vocábulos dos campos “Filosofia Pós-estruturalista”, “Geografia” e “Urbanismo”, sendo mais comum em produções da Psicologia.

No capítulo oito, “Discussão”, efetiva-se a discussão sobre os resultados obtidos através da fundamentação teórica utilizadas nesta pesquisa. O que permitiu considerar que a cidade: ora aparece como elemento nulo em relação à atenção à saúde mental, pela premissa de objetividade da localização geográfica; ora aparece como um recorte populacional, com análises estabelecidas por variáveis pré-determinadas; ora aparece com possuidora de potencial terapêutico, que articula dimensões clínicas e políticas.

No capítulo nove, “Considerações finais”, fazem-se considerações sobre o alcance dos objetivos da pesquisa, e sobre a eficácia do método e das fundamentações teóricas utilizadas. Assim, em relação às indagações iniciais, foi possível identificar nas redes de pesquisa e literaturas científicas brasileiras, que trabalham com a temática de atenção à saúde mental, a produção de discursos que consideram a existência de um potencial terapêutico na atenção à saúde mental exercida na cidade, podendo este potencial ser dinamizado e desenvolvido. Por fim, considera-se as potencialidades das questões trabalhadas nesta pesquisa para a atenção à saúde mental, e apresenta-se questões possíveis de serem problematizadas em pesquisas futuras.

2 O BIOPODER E SEUS MECANISMOS: CÓDIGO JURÍDICO-LEGAL; SISTEMA DISCIPLINAR; DISPOSITIVO DE SEGURANÇA

Foucault (2008b) afirma que a partir do século XVIII os governos ocidentais passaram a operar uma série de processos que constituíram um fenômeno importante, ao qual o pensador francês utilizou a alcunha de Biopoder para fazer-lhes referência, seriam estes “[...] o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia geral de poder” (p. 3). Ou seja, um sistema constituído por estratégias de controle dos corpos dos habitantes de um Estado.

A partir do século XIX, estes mecanismos de Biopoder, que ocorriam de forma dispersa na malha social, passaram a ser organizados pelos Estados ocidentais através das formas de Governo, que utilizavam tecnologias de poder para realização de seus fins. O Estado passou propriamente a operar sobre a vida dos indivíduos, tendo seus objetivos efetivados em prol de uma “razão de Estado”, que passou a ter objetivos ilimitados, de encarregar-se para além das atividades dos grandes grupos sociais, “[...] mas encarregar-se da atividade dos indivíduos até seu mais ténue grão [...]” (FOUCAULT, 2008b, p. 4-10).

Foucault (2008c) distinguiu três formas de operacionalização desses mecanismos de poder, a saber: o código jurídico-legal, o sistema disciplinar e o dispositivo de segurança; que possuem alguns elementos em comum, mas com especificidades diferentes. Esses mecanismos não são precisos a um período histórico, por vezes, atuam concomitantemente numa mesma sociedade, mas podem ser situadas predominâncias em determinadas épocas.

O mecanismo jurídico-legal estabelece uma divisão binária entre o que é permitido e o que é proibido, e acopla a cada determinada proibição certo tipo de punição. Esta punição se caracteriza por uma ação precisa, não dispersa no tempo, punições como a força, a multa e o desterro; é o sistema penal que se tem conhecimento de sua atuação da Idade Média aos séculos XVII-XVIII (FOUCAULT, 2008c).

O mecanismo disciplinar utiliza-se em sua operacionalização de formas de vigilâncias e correção. Este mecanismo cria uma série de procedimento para prevenir que os indivíduos inflijam às proibições do código, e se uma vez infligida à proibição a ações acopladas se dispersam no tempo, numa tentativa de correção do indivíduo e de exemplo para os demais. Tornam-se características instituições de confinamento, como as prisões, e, também, “[...] uma série de técnicas adjacentes, policiais, médicas, psicológicas, que são do

domínio da vigilância, do diagnóstico, da eventual transformação dos indivíduos”; é o sistema que é posto em execução a partir do século XVIII (FOUCAULT, 2008c, p. 8-9).

O dispositivo de segurança, afirmado por Foucault (2008c) como contemporâneo a sua época, teve origem a partir de uma série de perguntas, tais como:

[...] qual é a taxa média da criminalidade desse [tipo]*? Como se pode prever estatisticamente que haverá esta ou aquela quantidade de roubos num momento dado, numa sociedade dada, numa cidade dada, na cidade, no campo, em determinada camada social, etc.? Em segundo lugar, há momentos, regiões, sistemas penais tais que essa taxa média vai aumentar ou diminuir? As crises, a fome, as guerras, as punições rigorosas ou, ao contrário, as punições brandas vão modificar essas proporções? Outras perguntas mais: essa criminalidade, ou seja, o roubo portanto, ou, dentro do roubo, este ou aquele tipo de roubo, quanto custa à sociedade, que prejuízo produz, que perdas, etc? Mais outra pergunta: a repressão a esses roubos custa quanto? É mais oneroso ter uma repressão severa e rigorosa, uma repressão fraca, uma repressão de tipo exemplar e descontínua ou, ao contrário, uma repressão contínua? Qual o custo comparado do roubo e de sua repressão? O que é melhor, relaxar um pouco com o roubo ou relaxar um pouco com a repressão? Mais outras perguntas: se o culpado é encontrado, vale a pena puni-lo? O que se deveria fazer para puni-lo e, punindo-o, reeducá-lo? Ele é efetivamente reeducável? Ele representa, independentemente do ato que cometeu, um perigo permanente, de sorte que, reeducado ou não, reincidiria, etc.? (p. 7-8).

Uma das questões implicadas no modelo do dispositivo de segurança é saber, se existem níveis aceitáveis, em torno de uma média social e economicamente definida, para a criminalidade, de forma que se possa aprimorar os mecanismos de segurança social. Assim, segundo Foucault (2008c), pretende-se:

[...] inserir o fenômeno em questão, a saber, o roubo, numa série de acontecimentos prováveis. Em segundo lugar, as reações do poder ante esse fenômeno vão ser inseridas num cálculo que é um cálculo de custo. Enfim, em terceiro lugar, em vez de instaurar uma divisão binária entre o permitido e o proibido, vai se fixar de um lado uma média considerada ótima e, depois estabelecer os limites do aceitável, além dos quais a coisa não deve ir. É, portanto, toda outra distribuição das coisas e dos mecanismos que assim se esboça (p. 9).

Caracterizam-se, assim, as chamadas séries indefinidas, quanto ao que circula, quanto ao que se produz e quanto ao que se acumula. Como afirma Foucault (2008c): “É a gestão dessas séries abertas, que, por conseguinte, só podem ser controladas por uma estimativa de probabilidades, é isso, a meu ver, que caracteriza essencialmente o mecanismo de segurança” (p. 25-27).

Esse Dispositivo de Segurança, surgido no campo jurídico e voltado para os indivíduos que cometiam atos criminais, extrapolou com o tempo esta área e ‘enraizou-se’ por outros campos sociais, como a Medicina, por exemplo, e voltou-se a estabelecer estratégias de ordenamentos generalizadas para o que vinha a ser conhecido como “população”, criando uma série de estratégias de individuação da multiplicidade através de uma “economia geral de poder” (FOUCAULT, 2008c, p. 14-16).

2.1 Os mecanismos de Biopoder são localizados

Entre os modos de ação do Biopoder, houve ao final do século XVIII uma mudança na forma como os estados passaram a se ocupar da administração de seu território, subtraindo o foco, que antes se encontrava no domínio dos limites físicos deste, em que a questão era garantir o terreno, e voltando a atenção para os sujeitos que habitavam esse lugar. Criaram-se, então, vários mecanismos para influenciar os atos dos moradores destes locais. (FOUCAULT, 2012).

Foucault (2012) referiu-se à condição de todo poder ser localizado, regionalizado, situado histórica e geograficamente em mecanismos diversos; não havendo um poder central, primordial, que sustentaria uma determinada estrutura, mas a existência de diversos pequenos poderes, que se articulam entre si para formar os grandes aparelhos do estado. Assim, as estratégias para efetivação do poder) no espaço de uma cidade consolidam-se como uma entre diversas outras forças que se articulam para gerar um sistema de forças que formavam um mecanismo Biopolítico.

É o caso dos mecanismos Disciplinar e de Segurança que agem em um local específico denominado como meio. Como os mecanismos biopolíticos pressupõem a ação do poder sobre o corpo de uma espécie, o meio enquanto referência de lugar se justifica pela aproximação deste com a noção de ambiente: “O meio é certo número de efeitos, que são efeitos de massa que agem sobre todos os que aí residem”.

Nos mecanismos disciplinares têm-se uma ação sobre o meio através do território, onde se “[...] arquiteta um espaço e coloca como problema essencial uma distribuição hierárquica e funcional dos elementos [...]” (FOUCAULT, 2008c, p. 27-28). Já nos dispositivos de segurança, a ação sobre o meio visa engendrar uma ordem das circulações em prol da ação do poder sobre uma série de acontecimentos referentes à população.

[...] a segurança vai procurar criar um ambiente em função de acontecimentos ou de séries de acontecimentos ou de elementos possíveis, séries que vai ser preciso regularizar num contexto multivalente e transformável. O espaço próprio da segurança remete portanto a uma série de acontecimentos possíveis, remete ao temporal e ao aleatório, um temporal e um aleatório que vai ser necessário inscrever num espaço dado. O espaço em que se desenrolam as séries de elementos aleatórios é, creio, mais ou menos o que chamamos de meio (FOUCAULT, 2008c, p. 27).

Tendo como referência esta tipificação de mecanismos biopolíticos apresentados por Foucault, Deleuze (1992) estabeleceu outra classificação, na qual caracterizou as sociedades do século XVIII e XIX como Sociedades Disciplinares, a dos mecanismos

disciplinares; e a sociedades a partir do século XX como Sociedades de Controle, a dos dispositivos de segurança.

Nas sociedades disciplinares são organizados grandes meios de confinamento, em que o indivíduo transita por espaços fechados, como a habitação familiar, a escola, a fábrica, o hospital, e em alguns casos a prisão. Projeto de confinamento este que visava “[...] concentrar; distribuir no espaço; ordenar no tempo; compor no espaço-tempo uma força produtiva cujo efeito deve ser superior à soma das forças elementares” (DELEUZE, 1992, p. 219).

A partir da Segunda Guerra Mundial, estabelece-se uma crise generalizada destes meios de confinamento, surgindo uma necessidade de reforma deste modelo. “Reformar a escola, reformar a indústria, o hospital, o exército, a prisão; [...]” (DELEUZE, 1992, p.219), estava posta a necessidade de gerir as pessoas através de um novo modelo que supere o mecanismo disciplinar, cria-se mecanismos de engendramento de forças que passam a serem geridas “ao ar livre”, caracterizando o surgimento das “Sociedades de Controle”.

Não se deve perguntar qual é o regime mais duro, ou mais tolerável, pois é em cada um deles que se enfrentam as libertações e as sujeições. Por exemplo, na crise do hospital como meio de confinamento, a setorização, os hospitais-dia, o atendimento a domicílio, puderam marcar o início de novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismo de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos (DELEUZE, 1992, p. 219).

Neste mecanismo de controle tenta-se, a cada momento, a modulação dos elementos posicionados em espaço aberto, numa “[...] implantação progressiva e dispersa de um novo regime de dominação” (DELEUZE, 1992, p. 222). Por exemplo:

No regime das prisões: a busca de penas “substitutivas”, ao mesmo para a pequena delinquência, e a utilização de coleiras eletrônicas que obrigam o condenado a ficar em casa em certas horas. No regime das escolas: as formas de controle contínuo, avaliação contínua, e a ação da formação permanente sobre a escola, o abandono correspondente de qualquer pesquisa na Universidade, a introdução da “empresa” em todos os níveis de escolaridade. No regime dos hospitais: a nova medicina “sem médico nem doente”, que resgata doentes potenciais e sujeitos a risco, o que de modo algum demonstra um progresso em direção à individuação, como se diz, mas substitui o corpo individual ou numérico pela cifra de uma matéria “dividual” a ser controlada. No regime da empresa: as novas maneiras de tratar o dinheiro, os produtos e os homens, que já não passam pela antiga forma-fábrica. (DELEUZE, 1992, p. 222)

Nesta economia do poder, instituída pela sociedade de controle, as formas de monitoramento são mais “[...] difusas, flexíveis, móveis, ondulantes, ‘imanescentes’ [...]” (PELBART, 2009, n.p.). Trata-se de controles exercidos em espaço aberto através de enquadramentos e fluxos inseridos em sistemas e redes, de comunicação e de informação.

Através de redes flexíveis, moduláveis e flutuantes, o poder muda de figura, amplia seu alcance, penetração, intensidade, bem como sua capacidade de mobilização. [...] É a dimensão biopolítica da sociedade de controle. Ela corresponde à entrada do corpo e da vida, bem como de seus mecanismos, no domínio dos cálculos explícitos do poder (PELBART, 2009, n.p.).

A vida, que é então considerada, já não corresponde a uma entidade biológica, e passa a ser compreendida como uma “sinergia coletiva”, em imbricação com os modos de produção na contemporaneidade, sejam estes materiais ou imateriais. Torna-se, assim, uma “virtualidade molecular da multidão” (PELBART, 2009).

O bios é redefinido intensivamente, no interior de um caldo semiótico e maquínico, molecular e coletivo, afetivo e econômico. Aquém da divisão corpo/mente, individual/coletivo, humano/inumano, a vida ao mesmo tempo se pulveriza e se hibridiza, se moleculariza e se totaliza (PELBART, 2009, n.p.)

As estratégias biopolíticas em uma localidade têm, portanto, aspectos distintos segundo o perfil de seus fluxos. Nas sociedades disciplinares, fluxos mais precisos, característicos à Cidade Moderna. Nas sociedades de controle, fluxos mais difusos, característicos à Cidade Contemporânea.

3. A CIDADE MODERNA E A CIDADE CONTEMPORÂNEA: LOCAIS DE AÇÃO DOS MECANISMOS DISCIPLINARES E DE SEGURANÇA

As diversas tentativas de controle da dinâmica social na cidade moderna³ têm origem num conjunto de perspectivas surgidas a partir do século XVII, tais como: a maior aglomeração de pessoas decorrente da imigração do campo para a cidade; o surgimento da Medicina Social; e os valores do Estado Moderno.

Entre os valores constituintes do Estado Moderno estão as premissas da ciência iluminista, que influenciaram os projetos de organização das dinâmicas sociais nas cidades, através, da tentativa de controlar a distribuição dos elementos urbanos sobre o espaço e as atividades oriundas das vivências nestas localidades. Na descrição de Secchi (2006):

Encontramos esse progressivo interesse do Estado pela vida do cidadão nas ciências e nas ordenanças de polícia, entendidas no século XVIII como um conjunto de conhecimentos e instrumentos fundamentais para a promoção da civilização e da virtude pública. Mas também, o encontramos nos regulamentos edilícios e de higiene, na medicalização progressiva da sociedade, no surgimento da educação e da medicina como serviço público, na expansão da oferta de equipamentos e serviços públicos confiados a especialistas - garantidos e controlados pelo Estado - e, na definição dos critérios administrativos de acesso a eles (p. 100- 101).

Foucault (2008c) relata que se torna fundamental para o desenvolvimento da cidade a esta época o surgimento da concepção de que cada país deve ter uma capital, e que esta deve exercer uma soberania em relação ao restante do território. A capital passaria a centralizar a política em relação às demais áreas, mas deveria também servir como parâmetro estético e simbólico. Assim, a capital deveria ser capaz para “capilarizar”, a partir de uma rede de leis e decretos, meios para regular as condutas das pessoas em toda extensão do território.

Em relação a tal questão, afirma Foucault (2008c):

Ou seja, a relação da soberania com o território é que é essencialmente primeira e que serve de esquema, de chave para compreender o que deve ser uma cidade-capital e como ela pode e deve funcionar. Aliás, é interessante ver como, através dessa chave de soberania como problema fundamental, vemos surgir um certo número de funções propriamente urbanas, funções econômicas, funções morais e administrativas, etc (p. 19-20).

Já a constante migração de pessoas do campo para a cidade, nesta época, gerou mudanças nos padrões de circulação e concentração ocorridos em seu território, o que gerou

³ A Cidade Moderna não é tratada nesta pesquisa como equivalente ao período histórico conhecido como “Era Moderna”. A partir da classificação do historiador inglês Eric J. Hobsbawm, sobre o “século breve”, Secchi (2006) considera que a Cidade Moderna é hegemônica até as últimas décadas do século XIX. E, a partir da Primeira Grande Guerra Mundial, teve-se o início da transição da Cidade Moderna para a Cidade Contemporânea, que só viria a terminar nos anos noventa do século XX.

projetos de urbanização que visavam otimizar a distribuição espacial dos equipamentos coletivos...

[...] em função da densidade da população: creches por habitantes, escolas primárias, igrejas, equipamentos esportivos, parques infantis, áreas verdes, estacionamentos, dimensões e características das seções viárias, das faixas lindeiras destinadas a mitigar e a compensar a poluição acústica e do ar, isto é, pelo menos uma parte do *comfort* e do desempenho da cidade (SECCHI, 2006, p. 97).

A cidade era caracterizada, no século XVIII e início do século XIX, por aspectos jurídicos e administrativos, diferentes de demais áreas do território, e pelo seu encerramento pelas muralhas, o que demarcava uma heterogeneidade social e econômica em relação ao espaço do campo. Tais aspectos geraram problemas para o desenvolvimento dos Estados, referente à especificidade jurídica, e diante da expansão do comércio e da demografia urbana, referentes ao seu cerco. Ou seja, estabelecia-se um problema da circulação dos indivíduos e dos produtos fabricados e manufaturados.

[...] a necessidade de intercâmbios econômicos permanentes entre a cidade e seu entorno imediato para a subsistência, seu entorno distante para suas relações comerciais, tudo isso [fazia com que] o encerramento da cidade, seu encravamento, [também levantasse] um problema. E, em linha gerais, era precisamente desse desencravamento espacial, jurídico, administrativo, econômico da cidade que se tratava no século XVIII. Ressituar a cidade num espaço de circulação (FOUCAULT, 2008c, p. 17).

Através desse papel da soberania a cidade-capital enquanto esquema conceitual situa-se novamente diante das questões de manter uma intensidade das circulações, que passam a ser de forma mais diversa “[...] circulação das idéias, circulação das vontades e das ordens, circulação comercial também” (FOUCAULT, 2008c, p. 20-21). A cidade passa a ser concebida como um “macrocosmo” que deve estabelecer a soberania em relação aos “microcosmos”.

Diversas medidas de reurbanização foram tomadas para garantir a potencialidade das circulações na cidade, muralhas foram derrubadas e foram realizadas ligações das ruas com as estradas que saíam para o campo, para garantir o comércio. Na cidade de Richelieu, por exemplo, realizou-se um maior esquadramento de seus quarteirões na área comercial e administrativa, para garantir a proximidade dos departamentos, em contraposição área habitacional, menos esquadrinhada (FOUCAULT, 2008c).

Em outras cidades, ruas foram alargadas com intuito de melhorar a higiene e o arejamento, para diminuir a incidência de doenças na população. Os urbanistas do século XVIII e XIX foram influenciados pelos discursos médicos normativos para elaborar modelos de organização ideal das cidades, criando uma relação entre o saber médico e as operações nas transformações urbanísticas, reduzindo o urbano ao biológico, medicalizando a

cidade, tentando agir sobre os sintomas mais notórios da “doença social”, numa tentativa de normatizar o espaço em prol de uma utopia urbana (COSTA, 2002).

Segundo Secchi (2006):

[...] ao separar e distanciar, nomear e distinguir, os diversos materiais urbanos, a cidade moderna tornou-se um imenso dispositivo de regulação também da vida dos seus habitantes, de suas relações com o próprio corpo, de suas relações recíprocas e com o espaço e tempo (p.101).

Ou seja, essas tentativas de ordenamento urbano compunham algumas das estratégias pelas quais o regime disciplinar tentava exercer suas funções. Estratégias como as que descreve Seabra (2004):

Engenheiros, médicos higienistas, pedagogos atuavam na formação do corpo normativo do Estado, afirmando os princípios de ordenação da vida na cidade. A modernidade reflexiva tal como descrita por Giddens (1977) estava destinada a organizar os saberes, fazendo-os chegar ao plano da vida imediata dos sujeitos, onde se confrontavam com a tradição. Os saberes seriam organizados como práticas, através das quais, supostamente, uma nação civilizada estava em marcha. Hospitais, escolas, sanatórios, ruas, pontes, luz elétrica e a própria cidade que ganhava novas formas estavam ligados ao princípio da nação e da cidadania, envolvendo conceitos e práticas civilizatórias. Mas, prevaleceriam as virtudes econômicas da cidade (p. 193).

A partir do século XX originou-se uma transição entre este modelo de cidade moderna, dotada de uma tentativa de ordem, de previsibilidade dos fenômenos que ocorriam em seu território; para o modelo da cidade contemporânea, considerada caótica, difusa, imprevisível e incompreensível. Assim, nas descrições sobre a cidade contemporânea por parte de “[...] urbanista, sociólogos, antropólogos, etnólogos e economista, foram utilizados termos geralmente dotados de grande amplitude semântica, como fragmento, heterogeneidade, descontinuidade, desordem, caos” (SECCHI, 2006, p. 88).

Marcel Roncayolo afirmou ser a dinâmica dos fenômenos que ocorrem na malha da cidade que definem sua funcionalidade e organização espacial, contrariando, assim, as pretensões anteriores do urbanismo em que se pretendia determinar, através de um projeto totalizante da cidade moderna, a estrutura funcional e a organização espacial da cidade (MEYER, 2006)

Criaram-se novos critérios de análise da malha urbana, visto que a idealização do conceito de “cidades compactas”, que previa o espaço como uma unidade funcional, começou a perder validade em prol das chamadas “peças urbanas”, em que a cidade passou a ser considerada como uma funcionalidade difusa. Assim, as “peças urbanas” são recortes para possibilitar o estudo de uma determinada “fatia” da cidade, a fim de tentar encontrar neste

recorte alguma ordem comum. Tentar traçar um perímetro homogêneo de análise espacial e funcional, presentes nesta “cidade difusa” (MEYER, 2006).

Segundo Secchi (2006), na tentativa de descrever a cidade contemporânea em seus fluxos difusos, as pesquisas desta área passaram a utilizar diversas tipos analogias, tais como:

[...] a imagem do jogo, do puzzle, do dominó, da machetaria, do patchwork, da hibridação, do zapping, da estratificação, dos layers que se sobrepõem e parcialmente se entrecruzam, do labirinto, do hipertexto, da rede, da figura fractal; do mesmo modo, foram utilizadas técnicas gráficas em que, fotogramas únicos ou em sequência, se misturavam ao desenho, segundo uma técnica de montagem que denunciava explicitamente suas dívidas com os grandes mestres do cinema. (p. 89)

A cidade contemporânea, nesta perspectiva, passou a ser considerada como uma “rede de fluxos”, na qual “a contiguidade física, ou mesmo a continuidade espacial é, obrigatoriamente, minimizada em favor de novas variáveis” (MEYER, 2006, p. 41). É na emergência de fluxos locais autônomos e, ao mesmo tempo, correspondentes com fluxos de demais localidades que se define a dinâmica funcional de uma determinada malha urbana, e as ligações desses fluxos deve-se em parte a globalização da comunicação e dos produtos de consumo, que criaram uma sociedade em rede, gerando um padrão para o deslocamento espacial dos fluxos.

A esta questão acrescenta Pelbart (2000) nos seguintes termos:

[...] não há mais uma concentração do poder capitalista numa única metrópole, numa cidade mãe, mas, como diz Guattari, a concentração ela mesma se esparrama por um arquipélago de cidades, isto é, por pedaços de grandes cidades, conectadas entre si pela informática, numa espécie de rizoma multipolar recobrando a superfície do Planeta. Pequenas ilhas de primeiríssimo mundo por toda parte, constituindo a cidade da elite global, rodeada de Terceiro mundo por todos os lados, o mar dos excluídos, dos inempregáveis, dos inúteis e sem préstimo. A cidade é desmembrada e satelizada pelo capitalismo (p. 46).

Compreender estas mudanças na cidade contemporânea não é tão simples devido à heterogeneidade, dispersão e fragmentação com os quais os elementos desta nova cidade são apresentados, porém, fatores específicos desenvolvidos a partir na época da Revolução Industrial e no século XX são cruciais para tais mudanças, como os já descritos: avanços técnicos ocorridos nos meios de comunicação e transportes; a globalização; e o desenvolvimento da informática. Como afirma Secchi (2006):

Dito de modo sumário: automóvel, rádio, e televisão, computadores e cartões de crédito, internet e telefones celulares, construindo uma vizinhança artificial e simultaneidade de pessoas, de coisas e de acontecimentos, teriam destruídos os vínculos e apropriada idéia de proximidade que formavam a base da construção urbana e, portanto, na origem da passagem da cidade moderna à contemporânea (p. 94- 95).

Outros fatores importantes destas mudanças caracterizam-se pela decadência, na cidade contemporânea, das metanarrativas típicas da modernidade, que subjetivavam os

habitantes da cidade moderna em estilos de vida mais homogêneos do que os atuais, diminuindo a possibilidade da diversidade. Em contrapartida, a cidade contemporânea “[...] se torna cada vez mais o lugar da diferença, acervo das minorias culturais, religiosas, linguísticas, étnicas, de níveis de renda, de estilos de vida, de arquiteturas e saberes que tendem a se isolar [...]” (SECCHI, 2006, p. 89).

A rápida difusão dos hábitos urbanos constitui modos de vidas específicos no dia a dia das pessoas na cidade. Neste cotidiano urbano se perfaz uma experiência própria sobre o espaço e o tempo vivido, em que a cidade “[...] prolonga e explicita o sentido da urbanização capitalista pela generalização de um modo de vida no qual foram sendo aprofundadas as separações no âmbito da vida social” (SEABRA, 2004, p. 182).

Há uma diferença nesta vivência do tempo entre a cidade moderna e a contemporânea, enquanto a cultura da modernidade marcava um tempo linear, em que os acontecimentos são dispostos por ordenações sucessivas, numa perspectiva de contínuo progresso, na cidade contemporânea o tempo é anacrônico, disposto por rupturas (SECCHI, 2006).

Já em relação à vivência do espaço, a cidade contemporânea produziu redefinições funcionais e formais dos lugares públicos, que se encontram mais em vias de processo do que de estado, porém com alguns padrões comuns quanto aos: valores posicionais; espaços de sociabilidade; formas de mobilidade.

Houve na cidade contemporânea uma transformação daquilo que pode se caracterizar como “valores posicionais”, enquanto que na cidade moderna há uma clara demarcação da separação e dos distanciamentos das instituições, o local da fábrica, do hospital, etc.; na cidade contemporânea a reorganização dos espaços causou um deslocamento contínuo dos fluxos, o que diluiu os “valores posicionais”, tornando-os difusos. Como descreve Secchi (2006):

Na cidade moderna alcançara-se gradual e progressivamente certa coerência entre a forma urbana, o papel das diversas partes, a disposição das atividades em seu interior e a distribuição dos valores posicionais. No centro, as atividades direcionais e comerciais de maior valor, as grandes instituições e a residência das classes mais abastardas; e, gradualmente, em direção à periferia, atividades menos raras e classes sociais menos ricas; na extrema periferia, fábricas, quartéis, manicômios e bairros populares. A pirâmide dos valores posicionais e estéticos espelhava o social (p. 92).

Já a cidade contemporânea:

[...] é lugar de contínua e tendencial destruição dos valores posicionais, de progressiva uniformização e democratização do espaço urbano; de destruição de consolidados sistemas de valores simbólicos e monetários, de contínua formação de novos itinerários privilegiados, de novos lugares de comércio, de lazer, da comunicação e de interação social, de uma nova geografia de centralidades, de novos sistemas de intolerância, de compatibilidade e incompatibilidade. A

instabilidade da cidade contemporânea, o contínuo deslocamento e reorganização das diversas atividades, a obsolescência e desativação, os fenômenos de degradação e *filtering-down* aos quais dão origem, as ações de reutilização, recuperação e o *upgrading* que a eles eventualmente se seguem, as políticas de *gentrification* de partes limitadas e circunscritas da cidade das quais é palco são, ao mesmo tempo, a causa e a expressão de uma contínua destruição-democratização-reconstrução de valores posicionais e dos horizontes de sentido que apresentam a nós sobre a aparência do caos (SECCHI, 2006, p. 93).

A desativação e substituição dos grandes edifícios de instituições totalizantes como hospitais, indústrias, cadeias, escolas de internato, repartições públicas; que estabeleciam um padrão nas relações com o espaço de seus entornos, ocasionou na cidade contemporânea uma nova organização simbólica dos lugares. Constituiu-se, assim, novas relações das práticas sociais com o espaço público, modificando a “geografia funcional” da cidade (SECCHI, 2006).

Um exemplo desta mudança está nos espaços de sociabilidade, que nas cidades modernas tinham referências padronizadas em espaços coletivos, capazes de fortalecer laços de solidariedade, e que foram minimizados com as alterações funcionais na cidade contemporânea, como descreve Secchi (2006):

A obsolescência e a desativação embaralhou as cartas, desagregando o corpo compacto da classe operária e, de certa maneira, também o dos segmentos médios: privando-os de referências espaciais e temporais tradicionais, essa obsolescência e desativação os dispersou entre um vasto número de atividades, de iniciativas e de lugares. No período caracterizado como “crepúsculo do futuro” e na ausência de outros lugares de socialização, isso deu origem a uma progressiva privatização do próprio estilo de vida, a uma crescente competitividade entre minorias que utilizam todo recurso humano, econômico e político para obter garantias no que diz respeito aos próprios *standards* de bem-estar. A cidade contemporânea tornou-se a sede de uma inumerável série de microconflitos (p. 107).

A sociabilidade na cidade contemporânea encontra, geralmente, lugar no espaço público de edifícios que tentam imitar ambientes “naturais”. O padrão “*shopping malls*” se tornou o mais evidente, em que as vitrines, as praças, o jardim interno, os terraços, os *skyways* “[...] através de um ambiente com temperatura constante, não se tem só a evocação de uma imagem, mas também a preocupação com o desempenho do espaço urbano, com a organização de um conjunto de atores e de um inteiro setor de atividade [...]” (SECCHI, 2006, p. 102-103).

Além do *shopping*, cada vez mais aeroportos, hotéis, restaurantes, discotecas e diversos outros equipamentos, criam áreas planejadas para a convivência, o lazer e o entretenimento. Criou-se “[...] um grande *campus*, um parque de objetos e fragmentos da cidade, isolados e livremente dispostos no verde. Na cidade contemporânea tudo se tornou parque: parque tecnológico, parque de diversão, parque de escritórios, parque temático” (SECCHI, 2006, p. 103).

Em relação à mobilidade, a cidade moderna era marcada por movimentos regulares, onde, por exemplo, “[...] o centro da cidade, sede das atividades direcionais e comerciais, toda manhã atrai fluxo intenso que, à semelhança de um coração com seu ritmo pulsante, refluí à noite para os bairros residenciais” (SECCHI, 2006, p. 111).

Quando se examinam os problemas da mobilidade, tanto de pessoas como de coisas, a figura à qual durante toda a mobilidade, ao menos implicitamente, se recorreu com frequência foi a figura hidráulica, muitas vezes seguindo uma peculiar conotação corporal. O tráfego é conceituado como um fluxo que, de origens diversas, flui sistematicamente para as grandes áreas produtivas e, sobretudo, para o centro da cidade. Seus milhares de cursos são canalizados em coletores sempre mais largos que, como vasos capilares, veias e artérias, asseguram a circulação dentro do corpo da cidade (SECCHI, 2006, p. 110).

Na cidade contemporânea a mobilidade pode ser associada à figura da espoja, em que o fluxo do fluido ocorre por percolação. Novos canais de mobilidade transformaram as relações espaciais, “[...] obstaculizando ou impedindo relações visuais e percursos consolidados por uma longa tradição, construindo novos lugares obscuros, *no-man lands* que são apropriadas por práticas à margem da legalidade [...]” (SECCHI, 2006, p. 113).

E para isso a cidade contemporânea se utiliza de:

[...] diferentes técnicas de mobilidade e das diferentes velocidades dos meios de transporte. Altura, distância, relações de cobertura, relações entre áreas verdes e as destinadas à infra-estrutura, entre as áreas destinadas à circulação e à permanência, entre aquelas destinadas a circulação de veículos e a de pedestres, os vários estratos do solo, dimensão dos espaços de mediação entre movimento e permanência, são exatamente estes os parâmetros do modelo urbano (SECCHI, 2006, p. 115).

Porém, não se pode atribuir exclusivamente às transformações urbanas a análise das mudanças ocorridas na cidade contemporânea. Há, relacionadas às questões urbanas, um conjunto de regras, leis e políticas. Caracterizadas por “[...] enunciados ao mesmo tempo teóricos e práticos, descritivos e institucionais, analíticos e regulamentares, composto de interferência e de decisões, de afirmações e de decretos [...]” (SECCHI, 2006, p. 132), o que gera uma dificuldade de entendimento e de ordenação das dinâmicas da cidade contemporânea.

O sistema disciplinar pretendia o controle exato sobre a cidade, numa tentativa de atuar sobre fenômenos específicos. Para tanto, os mecanismos disciplinares atuavam sobre um espaço vazio, onde se construía equipamentos urbanos em prol de um modelo ideal de cidade que pudesse atender a ideia de planejamento e controle. Já na cidade contemporânea, se está ciente da impossibilidade de se estabelecer uma funcionalidade totalmente controlada, o planejamento vai atuar sobre os espaços já existentes, sejam eles construídos ou naturais, para maximizar os elementos positivos. Este planejamento passou a ser realizado com o intuito de

prever o que possa ocorrer na cidade, vincula-se aí uma técnica relacionada ao problema das séries indefinidas que caracterizam o mecanismo de segurança.

4. ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL: JUSTIFICATIVAS ENTRE O CONFINAMENTO E A LIBERDADE DE TRANSITAR

Precedente ao surgimento dos hospitais gerais, o século XVI foi um marco do modelo de racionalidade que veio a determinar, de forma hegemônica, o desenvolvimento da ciência moderna. Esse modelo negou, à época, qualquer forma de conhecimento que não se pautasse por seus princípios epistemológicos e metodológicos, delegando à experiência sensorial do mundo, empírica, a capacidade de obter o conhecimento verdadeiro sobre a natureza, capacidade esta que, posteriormente, se voltou para a tentativa de obter a verdade sobre os fenômenos humanos (SANTOS, 1995).

A partir desta perspectiva de racionalidade o fenômeno da loucura passou a ser considerado como possível de ser conhecido de forma empírica. Este foi um dos preceitos que o médico, matemático, filósofo e enciclopedista Philippe Pinel utilizou ao criar seu tratado sobre a Alienação Mental. Pinel rompeu com a tradição das reflexões metafísicas sobre a loucura, as quais considerava meros exercícios especulativos, e adotou a perspectiva de classificação da ciência moderna inaugurada por Descartes para organizar os resultados de sua observação (AMARANTE, 1996,). [...] conhecer é classificar, separar e agrupar os diferentes fenômenos em ordens aproximativas. Desta forma, se a loucura é considerada um rompimento com a racionalidade, rompimento este que se expressa por meio de determinados sinais, precisos e constantes, pode ser então classificada e agrupada, de acordo com suas aproximações e distanciamentos, em classes, gêneros e espécies, enfim, numa nosografia (AMARANTE, 1996, p. 42).

Com Pinel sob o comando do Hospital Bicêtre, os “loucos” passaram a receber um tratamento especializado, época em surge o asilo psiquiátrico como lugar de cura. Neste novo local os enfermos não ficavam acorrentados como antes, era considerado que os loucos deviam ter a liberdade circular pelo hospital se relacionando com os demais convivais. Esta possibilidade da interação entre os loucos relacionava-se diretamente ao método de tratamento, pois nesta reorganização na dinâmica de locomoção no espaço asilar se creditava a capacidade da observação do que seria a expressão da “natureza” da loucura, antes restrita pela inibição das interações nos espaços de reclusão. A esta questão afirma Pessotti (1996):

Era essencial libertar, quanto possível, os movimentos, a locomoção e as relações interpessoais dentro do manicômio. As algemas e outros instrumentos de constrição, bem como o enclausuramento dos pacientes em celas estreitas (como castigo por medida de segurança), impediam a manifestação natural dos sintomas da loucura de cada paciente: impediam o diagnóstico realista das verdadeiras alterações na vida afetiva, intelectual e social de cada paciente (p. 164).

Outra importância, para a efetivação do “espaço livre” no Asilo, era “[...] assegurar aos pacientes experiências reais que corrigissem pedagogicamente os vícios de sua razão desviada” (PESSOTTI, 1996, p 167). Tinha-se a perspectiva da reeducação do alienado,

que consistia em fazer com que este seguisse normas e evitasse comportamentos desviantes. As normas em questão eram as vigentes no espaço público aos quais eles foram excluídos. Para isso, o espaço do asilo devia ser semelhante ao espaço público, com o objetivo de “treinar” a readaptação do louco a sociedade.

Enfim, os asilos construídos no plano térreo, compostos de diversos edifícios isolados, distribuídos sobre uma vasta superfície, assemelham-se a aldeias, nas quais as ruas, praças e caminhos oferecem aos alienados os espaços mais variados, mais amplos, para se entregarem ao exercício, tão necessário no estado deles (ESQUIROL apud PESSOTTI, 1996, p. 171).

Ou seja, este confinamento não se baseava num enfoque exclusivamente científico à loucura. O asilo passou a exercer, também, um tratamento moral sobre o louco, com a função de manter uma determinada ordem social, uma normatização, sustentada por instrumentos técnicos e científicos de poder, engendrados entre práticas discursivas e políticas. Foram os hábitos, atitudes e gestos, considerados estranhos, que passaram a enquadrar, a partir da comparação com o padrão social, o que era normal e o que era patológico (AMARANTE, 1996).

O primeiro e mais fundamental princípio terapêutico do tratamento moral, o princípio de isolamento do mundo exterior, é uma construção pineliana que até os dias atuais não está totalmente superada. Se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transpondo o indivíduo enfermo para um meio onde as mesmas não podem mais prejudicá-lo (AMARANTE, 1996, p. 50).

Segundo Basaglia (2001) o ato terapêutico nesta perspectiva se caracterizou como uma ação discriminatória baseada em uma “norma” definida pela ciência. Assim, o Asilo configurou-se como um sistema institucional a pôr em prática a “norma”, que é algo de caráter qualitativo, e que só se define como normal ou patológico a partir de suas condições de relação com aquilo a que se posiciona. Neste caso a loucura se torna doença na relação com o asilo.

O internamento sobrepôs o louco a “[...] consequência do processo de institucionalização, que homogeneíza, objetiva e serializa (no sentido proposto por Sartre) a todos aqueles que entram na instituição” (AMARANTE, 1996, p. 85). São as formas com que as instituições de confinamento passaram a “[...] lidar, olhar, sentir o internado, a partir daquilo que se supõe ser o louco e sua loucura” (AMARANTE, 1996, p. 85). Ou seja, a experiência do louco passou a ser modificada pela experiência da reclusão. A internação configurou-se, neste caso, como estratégia do dispositivo disciplinar, que ao segregar o louco do espaço público visava o controle do Estado sobre a ordem social. Nas palavras de Portocarrero (apud AMARANTE, 1996, p. 67):

Foucault afirma, em *História da Loucura*, que a designação de loucura e que a consequente exclusão da sociedade não depende de uma ciência médica, mas de uma 'percepção' do indivíduo como ser social, dispersa e produzida por diversas instituições como a polícia, a justiça e a família, a partir de critérios que dizem respeito à transgressão das normas.

Questão que Foucault (2008c) apresenta da seguinte forma:

A normalização disciplinar consiste em primeiro colocar um modelo, um modelo ótimo que é construído em função de certos resultados, e a operação de normalização disciplinar consiste em procurar tornar as pessoas, os gestos, os atos, conformes a esse modelo, sendo normal precisamente que é capaz de se conformar a essa norma e o anormal que não é capaz. Em outros termos, o que é fundamental e primeiro na normalização disciplinar não é o normal e o anormal, é a norma (p. 75).

O louco foi posto como anormal em relação à norma vigente no espaço público, que servia como modelo para o Estado nos agenciamentos disciplinares sobre a população. Enquanto instância Biopolítica o regime disciplinar cominava invariavelmente numa atuação sobre o corpo. No caso, o corpo do louco institucionalizado pelo asilo. A esta questão comenta Basaglia (2001):

Se o encontro com o doente mental ocorre no *corpo*, será, necessariamente, num corpo presumidamente enfermo, operando uma ação objetivante de caráter pré-reflexivo, da qual se deduz a natureza da ação a adotar: neste caso impõe-se ao doente o papel objetivo sobre o qual virá fundar-se a instituição que o tutela. (p. 104)

Propostas para retirar os internados do enclausuramento dos asilos surgiram desde a segunda metade do século XIX, com objetivos distintos, tais como: alocar o louco junto a sua família; alocar o louco junto a uma família estranha; criar aldeias de alienados; criar colônias agrícolas próximas aos asilos. Mas não foram amplamente efetivadas (PESSOTTI, 1996).

Apenas a partir de meados do século XX a prática de internamento da loucura deixou de ser hegemônica. Após a Segunda Grande Guerra, alguns psiquiatras e governantes passaram a enfatizar as preocupações com a grande quantidade de internados nos asilos, devido ao longo tempo de tratamento e cronicidade de internações, representando uma impotência terapêutica da psiquiatria. E a guerra teve importância fundamental para o surgimento de mudanças na psiquiatria.

Entre as questões relacionadas à guerra que influenciaram estas mudanças: houve o desenvolvimento das psicoterapias de grupo, devido à incapacidade das psicoterapias individuais em responder ao crescimento da demanda entre soldados acometidos com problemas mentais; a situação degradante de alguns países no pós-guerra demandavam esforços de reconstrução, na qual não se poderia desperdiçar o potencial de trabalho dos doentes mentais, gerando a criação de estratégias para a reinserção destes ao meio social; as

mazelas a que algumas populações foram acometidas durante a guerra influenciaram a criação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que delegou aos Estados a responsabilidade pela garantia da cidadania de seus habitantes, entre estes também estavam os ditos doentes mentais.

O surgimento das psicoterapias grupais e a necessidade de ressocialização dos doentes mentais internados promoveram alterações no ambiente de internamento. Os grupos psicoterapêuticos incentivaram as relações interpessoais dos internados, o que servia como modelo para o tratamento que tinha como a adaptação destes as relações que ocorreriam no espaço social. Passou a receber ênfase a tese que considerava a doença mental como uma desadaptação do indivíduo ao social, uma “[...] reação a uma situação ambiental conflitiva” (BIRMAN; COSTA, 2014, p. 44).

Quanto à questão da Declaração Universal dos Direitos Humanos, a garantia da cidadania por parte dos Estados gerou maior ênfase na Medicina Social, em detrimento a atenção individual a saúde, pela perspectiva de que seria responsabilidade deste a promoção da saúde de seus habitantes. Sobre esta influência a psiquiatria, que desde seu surgimento estava focada na doença mental, elegeu a saúde mental como seu novo objeto. Considerando esta a partir de “[...] suas condições de possibilidades e sobre as formas de instaurá-la originalmente nos indivíduos” (BIRMAN; COSTA, 2014, p. 43)

Então, entre os países participantes da guerra, as diversas propostas de mudanças no campo da psiquiatria originaram movimentos reivindicatórios que ficaram conhecidos como Reforma Psiquiátrica. Apesar da heterogeneidade destas propostas, as mudanças no espaço de intervenção e no objeto da psiquiatria foram, segundo Birman e Costa (2014), a pauta em comum destas. Diante disto, alterou-se no campo teórico o discurso psiquiátrico, e no campo das práticas assistenciais sua estrutura de funcionamento.

Assim, as alterações nos espaços terapêuticos incluíam-se em duas questões, a estrutura lógico-conceitual e os instrumentos operacionais. A assistência prestada passou a ser regulada por instituições externas a clínica psiquiátrica, e a adaptação ao social como elemento de promoção de Saúde Mental era a referência para definição de seu novo espaço (BIRMAN; COSTA; 2014). Assim, diversos processos de desospitalização e de criação de serviços inseridos numa perspectiva de interação com a comunidade foram postos em prática, desenvolvidos em proximidade com os espaços públicos das cidades.

5. REGIÕES DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO

Michel Foucault (2008a) afirmou que a história em suas narrativas tradicionais analisa os acontecimentos como sucessões lineares a partir de instrumentos específicos, como “[...] modelos de crescimentos econômicos, análise quantitativa dos fluxos de mudanças, perfis dos crescimentos e das regressões demográficos, estudos das oscilações do clima [...]” (p.83). Tornando, assim, não perceptível uma gama de outros acontecimentos que permaneciam subjugados pelas prioridades de análises escolhidas.

Este modelo de análise inicial foi substituído na obra de Foucault (2008a) a partir da compreensão de que a história se desenvolve de forma descontínua e por rupturas. O que ocasionou uma série de questionamentos quanto às especificidades das relações dos acontecimentos, tais como as noções de “[...] hierarquia, dominância, estratificação, determinação unívoca, causalidade circular” (p. 83).

Foucault propõe estender esta noção de descontinuidade àquilo que se chama de história das ideias, do pensamento, da ciência ou dos conhecimentos. Para isso seria preciso abdicar de uma série de noções ligadas ao postulado de continuidade: tradição; influência; desenvolvimento; teleologia; mentalidade. Estas noções orientam a análise do conhecimento trabalhando com coordenadas constantes, com a perspectiva de transmissão regular, de sucessão de acontecimentos, de homeostase normativa, de comunidades de sentidos, de semelhanças, de ligações simbólicas.

Para evitar o que seriam sínteses fabricadas, Foucault (2008a) propõe a análise das regiões de produção de conhecimentos, na qual se inclui as ciências, a partir da análise dos discursos aí produzidos, sendo estes constituídos por elementos de “[...] uma população de acontecimentos dispersos” (FOUCAULT, 2008a, p. 87-88).

A ciência, enquanto região de produção de conhecimento, tem a capacidade de validar a realidade de um fenômeno, a partir da execução de uma relação de poder, que é efetuada por diversos discursos, sendo estes constituídos como registros presentes em um determinado campo científico. Assim, a análise das descontinuidades uma região de produção de conhecimento pode ser efetuada em um campo científico, pela análise da dispersão dos registros que compõem os seus discursos.

Para efetivação desta pesquisa, a análise da dispersão dos registros no campo científico foi realizada através das redes científicas, que são grupos institucionalizados de colaboração científica, que visam a trocas de informações científicas entre seus membros, o intercâmbio de material técnico e de recursos humanos. E que explicitam, além dos registros,

aspectos de ordem técnica, institucional e políticas; que agem na determinação da forma de dispersão.

5.1 As redes científicas

O início da colaboração científica entre pesquisadores foi formalizada a partir do século XIX e, desde então, está se caracterizando como “[...] um empreendimento cooperativo que envolve metas comuns, esforço coordenado e resultados ou produtos (trabalhos científicos) com responsabilidade e mérito compartilhados” (BALANCIERI et al., 2005, p.64)

Assim, estas colaborações formam redes científicas, que são capazes de acrescentar, a empreitada do trabalho a ser realizado, uma “[...] ampliação do repertório de abordagens e ferramentas que advém do intercâmbio de informações e da fertilização cruzada [...]” (BALANCIERI et al., 2005, p.64), em comparação com o trabalho de pesquisadores isolados.

Estas redes científicas têm se configurado de forma diversa com o passar do tempo, mas as possibilidades de caracterizações destas se ampliaram com o desenvolvimento de novas tecnologias da informação, destacando-se a internet, que possibilitou a criação de comunidades virtuais do campo da ciência, tecnologia e inovação (CT&I), que se configuram como sítios na internet que explicitam as relações entre os membros destas comunidades (BALANCIERI et al., 2005).

Segundo Balancieri (2005), pesquisas na década de 1960 demonstraram que já naquela época a “[...] colaboração científica se dava, frequentemente, no âmbito dos chamados ‘colégios invisíveis’” (BALANCIERI, 2005, p. 65), que se caracterizavam como “[...] comunidades informais de pesquisadores que se comunicavam, trocavam informações e experiências e também publicavam formalmente seus resultados no campo do conhecimento científico” (BALANCIERI, 2005, p. 65). Estes colégios invisíveis tinham por finalidade aumentar a produtividade científica, monitorar a produção de conhecimento em um determinado campo e treinar estudantes.

Os fatores que geram a colaboração científica entre pesquisadores incluem, segundo Balancieri (2005), questões diversas, entre estas: cognitivos, econômicos e sociais. Há ainda o interesse do pesquisador em aumentar a visibilidade de sua produção e assim ganhar maior reconhecimento entre seus pares.

Balancieri (2005) define uma rede científica como:

[...] uma organização de coesão tênue, consistindo de diferentes indivíduos ou grupos ligados entre si por vínculos de natureza diversa. Essas redes são tipicamente centros ‘não-físicos’ que contam com meios de comunicação avançados a fim de promover a interação de participantes com qualificações complementares (p. 68).

A partir dessas considerações, optou-se nesta pesquisa pela análise dos registros produzidos em três redes de pesquisa e de literatura científica brasileira, sendo estas: o Diretório de Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); o Banco de Dados da Biblioteca Virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); o Currículo Lattes.

5. 1. 1 O Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq

O Diretório funciona como uma base de dados disponível no site do CNPq, que fornece informações sobre os grupos de pesquisa em atividade no Brasil. O Currículo Lattes e o Diretório funcionam de forma integrada, pois possuem links diretos de acesso um com o outro, possibilitando o trânsito rápido através destas bases de informação. “As informações individuais dos participantes dos grupos são extraídas dos seus Currículos Lattes” (CNPq. Diretório dos Grupos de Pesquisa, 2014). Assim, o Diretório de Grupos de pesquisa do CNPq se constitui como um inventário dos grupos de pesquisa em atividade no Brasil, fornecendo diversos tipos de informações sobre estes.

As informações nele contidas dizem respeito aos recursos humanos constituintes dos grupos (pesquisadores, estudantes e técnicos), às linhas de pesquisa em andamento, às especialidades do conhecimento, aos setores de aplicação envolvidos, à produção científica, tecnológica e artística e às parcerias estabelecidas entre os grupos e as instituições, sobretudo com as empresas do setor produtivo. Com isso, é capaz de descrever os limites e o perfil geral da atividade científico-tecnológica no Brasil (CNPq. Diretório dos Grupos de Pesquisa, 2014).

O diretório existe desde o ano de 1992, possuindo, atualmente, uma base corrente, que pode ser atualizada continuamente pelos líderes dos grupos de pesquisa, e uma base censitária que tem seu inventário atualmente constituído através de censos bianuais (CNPq. Diretório dos Grupos de Pesquisa, 2014).

O diretório tem por objetivos: trocar informações entre os membros da comunidade científica e tecnológica; servir como ferramenta para o planejamento e a gestão das atividades de ciência e tecnologia; e preservar a memória das atividades brasileiras em ciência e tecnologia (CNPq. Diretório dos Grupos de Pesquisa, 2014).

Quanto ao objetivo de trocar informações entre seus membros, o diretório tem constituído, no dia a dia das atividades científico-tecnológica, um instrumento rápido e eficaz

no intercâmbio de informações, possibilitando responder com precisão quem são os pesquisadores envolvidos, onde se localizam os grupos, que atividades estão realizando e o que foi produzido recentemente (CNPq. Diretório dos Grupos de Pesquisa, 2014).

Quanto à possibilidade de servir como ferramenta para o planejamento e a gestão das atividades de ciência e tecnologia, a construção permite visualizar as atividades desenvolvidas a partir de fatores como: financiamento, avaliação qualitativa e “[...] padrão das interações entre grupos de pesquisa e o setor produtivo” (CNPq. Diretório dos Grupos de Pesquisa, 2014).

Por fim, o objetivo de preservar a memória das atividades brasileiras em ciência e tecnologia se dá pela criação de bases de dados através da recorrente realização de censos. Segundo o sítio do Diretório de Grupos na internet, é habilitado a participar desta as instituições que seguem os seguintes critérios:

Universidades federais, estaduais, municipais ou privadas; Instituições de Ensino Superior – IES não universitárias, públicas ou privadas, **que possuam pelo menos um curso de pós-graduação stricto sensu (mestrado, doutorado e mestrado profissional) reconhecido pela CAPES/MEC. As IES não universitárias podem ser** centros universitários, faculdades integradas, faculdades isoladas, institutos e escolas; Instituições que possuam pelo menos 1 (um) pesquisador doutor com bolsa em curso de Produtividade em Pesquisa (PQ) ou de Produtividade em Desenvolvimento Tecnológico e Extensão Inovadora (DT); Institutos **públicos de** pesquisa científica; Institutos tecnológicos **públicos**, centros **federais** de educação tecnológica e institutos federais de educação tecnológica; Laboratórios de pesquisa e desenvolvimento de **empresas estatais**”; Demais instituições, públicas ou privadas (ex: as ECTPs – Entidades Científicas e Tecnológicas Privadas sem fins lucrativos), que comprovem atividade permanente de pesquisa, infra-estrutura compatível e existência de doutores em seu quadro efetivo (CNPq. Diretório dos Grupos de Pesquisa, 2014).

As referências individuais de cada participante dos grupos são organizadas de forma hierárquica para a constituição da base de dados de cada grupo. As questões que balizam a hierarquia são relacionadas à experiência, ao destaque e a liderança de cada membro do grupo no campo científico ou tecnológico. São consideradas, também, para esta organização a relação de trabalhos que são vinculados às linhas de pesquisa em comum, e o compartilhamento de instalações e equipamentos entre os grupos (CNPq. Diretório dos Grupos de Pesquisa, 2014).

O grupo de pesquisa tem pelo menos um líder, havendo a possibilidade de constituir-se com no máximo duas lideranças, e deve estar “[...] ‘abrigado’ em uma instituição previamente autorizada pelo CNPq”. (CNPq. Diretório dos Grupos de Pesquisa, 2014)

O fluxo geral do cadastro e da certificação de um grupo de pesquisa envolve os dirigentes de pesquisa, os líderes de grupos, pesquisadores, estudantes e técnicos, e ocorre da seguinte maneira: A instituição interessada solicita a sua participação por intermédio de seu Titular e indica o Dirigente de pesquisa e um Assessor, que serão os responsáveis pela gestão do Diretório na instituição; O CNPq analisa a solicitação

e, se aceita, comunica aos interessados e libera o acesso aos responsáveis indicados. Estes cadastram os líderes de grupos da instituição, liberando, por sua vez, o acesso dos mesmos ao Formulário Grupo; Os Líderes acessam o Formulário Grupo para preenchimento dos dados e envio ao CNPq; O responsável pelo DGP na instituição (Dirigente de pesquisa) visualiza os grupos enviados pelos Líderes e certifica ou nega a certificação dos mesmos. (CNPq. Diretório dos Grupos de Pesquisa, 2014)

E para isso acontecer, é necessário que:

As autoridades institucionais envolvidas (Titular, Dirigente de pesquisa e Assessor) possuam cadastro no Diretório de Instituições-DI do CNPq <<http://di.cnpq.br/di/cadi/consultaInst.do>> e possuam uma Senha CNPq; Dirigentes, Assessores, Pesquisadores, Estudantes, Técnicos ou Colaboradores estrangeiro, tenham seus currículos Lattes no CNPq. (CNPq. Diretório dos Grupos de Pesquisa, 2014).

Através de julgamento próprio, os líderes podem excluir os membros que não estiverem mais ativos nos grupos. Pesquisadores, estudantes e técnicos têm a orientação de manter seus currículos atualizados, sendo facultativo a estes a auto-exclusão de um grupo. Também é facultativo aos líderes criarem outros grupos, desde que sigam os critérios já citados (CNPq. Diretório dos Grupos de Pesquisa, 2014).

É essa atualização contínua que forma o banco de dados do Diretório de Grupos:

[...] ou seja, a inclusão de novas instituições pelo CNPq, o cadastro de líderes e a certificação de grupos pelos dirigentes, a atualização e o envio de novos grupos pelos líderes e a atualização dos Currículos Lattes por todos os participantes (de onde o CNPq extrai informações como formação acadêmica, sexo e a produção C,T&A) formam a denominada Base Corrente do DGP, que é disponibilizada para consultas na Internet. (CNPQ. Diretório dos Grupos de Pesquisa, 2014)

A cada intervalo de dois anos, o CNPq elabora um diagnóstico dessa base corrente, e compõe, através desta, um banco de dados censitário que fica disponível em seu sítio na Internet (CNPQ. Diretório dos Grupos de Pesquisa, 2014).

Segundo o sítio da CNPq na internet, a Base corrente é formada por:

[...] grupos de pesquisa certificados pelos dirigentes das instituições participantes (universidades, instituições isoladas de ensino, institutos públicos de pesquisa e outras). Contém dados relativos aos recursos humanos dos grupos (pesquisadores, estudantes, técnicos e colaboradores estrangeiros), às linhas de pesquisa em andamento, às especialidades do conhecimento, aos setores de aplicação das linhas e às parcerias estabelecidas entre os grupos e as instituições, sobretudo as empresas do setor produtivo. A produção científica, tecnológica e artística dos últimos quatro anos, extraída da base de Currículos Lattes, é atribuída a cada pesquisador e estudante presente na base, não quantificando assim a produção do grupo, mas a produção individual dos seus participantes. (CNPQ. Diretório dos Grupos de Pesquisa, 2014)

A partir de 2013 também foram incluídas no “Formulário Grupo”, a possibilidade de informar se os grupos têm participação em redes de pesquisa e vínculos com colaboradores estrangeiros (CNPQ. Diretório dos Grupos de Pesquisa, 2014).

Com relação às Bases Censitárias, estas são formadas, além do que é computado na Base corrente, através da:

[...] produção científica, tecnológica e artística dos grupos, constituída pela soma das produções individuais dos seus participantes, representando, assim, uma aproximação da produção do grupo. Contêm, ainda, informações extraídas de outras bases de dados, como a do Sistema de Bolsas do CNPq e do Coleta CAPES (docentes da pós-graduação), utilizadas como filtros na busca textual dos grupos. (CNPQ. Diretório dos Grupos de Pesquisa, 2014)

Assim, os censos são compostos de informações textuais e quantitativas sobre os grupos, com disponibilidade para consultas através de variáveis como: instituições, áreas predominantes, recursos humanos, tipo de produção, etc.

5.1.2 Scientific Electronic Library Online - SciELO

O desenvolvimento do armazenamento e catalogação da produção científica passou por uma rápida evolução com o advento da Internet, do fichário transformado em catálogo público on-line, a bibliotecas híbridas que mantinham concomitantemente acervos físicos e digitalizados, as bibliotecas virtuais que prescindem de acervo físico (CUENCA et al, 2008-2009).

Atualmente, o uso das bibliotecas virtuais apresentam diversas vantagens em relação às bibliotecas físicas. Tais como a rapidez no acesso à informação e possibilidade de acessar as informações em lugares distintos, pois bastando ter acesso a uma rede de internet não é necessário o deslocamento para um lugar específico, fatores que aumentam o dinamismo na pesquisa (CUENCA et al, 2008-2009).

Outra vantagem importante das bibliotecas virtuais é o seu funcionamento com “[...] sistemas integrados de bases de dados possibilitando buscas simultâneas, interfaces personalizadas e serviços em rede que permitem navegação com inúmeras coleções” (CUENCA et al, 2008-2009, p. 75).

A biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO) disponibiliza, em seu banco de dados, produções científicas brasileiras em formato eletrônico, e, ainda, produz e publica referências estatísticas sobre essas produções, operando suas funções através de um sistema de informática próprio, a Metodologia SciELO.

A SciELO surgiu de uma parceria, na segunda metade da década de 1990, entre a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) e alguns editores de revistas científicas. A esta época a comunicação científica por meio eletrônico passou a se

caracterizar universalmente como forma utilizada majoritariamente para publicação científica, e os países desenvolvidos já contavam com projetos avançados nesta área.

O desenvolvimento da Metodologia SciELO ocorreu, segundo Packer et al (1998), por alguns objetivos: contribuir para o aprimoramento dos meios já tradicionais; dar maior visibilidade gerencial, técnica e econômica ao se adotar uma metodologia comum; evitar a pulverização entre publicações não compatíveis entre si; integrar as “[...] funções de publicação propriamente ditas, mais o controle bibliográfico, a manutenção e preservação de coleções de periódicos, bem como a mensuração do seu uso e impacto” (PACKER et al, 1998, p. 112); aumentar o uso da informação científica, ao facilitar a acessibilidade; e induzir que as revistas elevem a qualidade da informação.

A SciELO ainda se baseou em alguns princípios para o seu desenvolvimento. Entre outros:

[...] o compromisso com a preservação das identidades dos periódicos, incluindo a política editorial e de produção específica de cada um. Esse compromisso permitiu dotar a Metodologia SciELO com a necessária flexibilidade para atender o amplo espectro de situações a ser enfrentado no processo de transição para a publicação eletrônica. (PACKER et al, 1998, p. 112)

Contudo, tais características não impedem que o editor possa modificar as configurações do material editado devido ao interesse próprio do campo científico da publicação em questão.

Outros princípios que a SciELO sustenta são: utilizar alguns padrões e normas internacionais para a publicação científica; desenvolver projetos na América Latina e Caribe para o uso das tecnologias de informação com fins científicos.

A definição para a Metodologia SciELO é:

[...] um conjunto de normas, guias, manuais, programas de computador e procedimentos operacionais dirigidos à preparação de textos de periódicos científicos em formato eletrônico, incluindo, entre outras, as seguintes funções: armazenamento de textos estruturados em base de dados, publicação dos periódicos na Internet ou em outros meios, recuperação de artigos e outros textos por seu conteúdo, produção regular de relatório de uso e indicadores bibliométricos, aprimoramento de critérios para a avaliação da qualidade de periódicos e o desenvolvimento de procedimentos e políticas para a preservação de publicações eletrônicas. A aplicação modelo da metodologia é o site SciELO. (PACKER et al, 1998, p. 113)

5. 1. 3 O currículo Lattes

Desde a década de 1980 o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) tinha interesse na criação de um registro padrão para o currículo dos

pesquisadores brasileiros, com o intuito de poder avaliar estes profissionais, facilitar a seleção de consultores e especialistas, e gerar dados sobre a distribuição da atividade científica no país (CNPQ. Plataforma Lattes, 2014).

Na década de 1980, “[...] foi, então criado, um sistema denominado Banco de Currículos que à época, contava com formulário de captação de dados em papel e etapas de enquadramento e digitação de dados em um sistema informatizado” (CNPQ. Plataforma Lattes, 2014). No final da década de 1980 estes dados foram disponibilizados para universidades e instituições nacionais de pesquisa através da rede BITNET, anterior à Internet no país.

Na década de 1990, o CNPq criou outros formulários eletrônicos, como o: BCUR, para Sistema Operacional DOS; o Currículo Vitae do Orientador, que operava em ambiente Windows; e o Cadastro Nacional de Competência em Ciência e Tecnologia – CNCT. (CNPQ. Plataforma Lattes, 2014)

Foi ao final da década de 1990 que o CNPq resolveu unificar os modelos de currículos existentes, lançando em agosto de 1999 a Plataforma Lattes, que é utilizada até momento e “[...] vem aumentando sua abrangência, sendo utilizado pelas principais universidades, institutos, centros de pesquisa e fundações de amparo à pesquisa dos estados como instrumento para a avaliação de pesquisadores, professores e alunos”. (CNPQ. Plataforma Lattes, 2014)

Atualmente, a Plataforma Lattes é composta por “[...] bases de dados de Currículos, de Grupos de pesquisa e de Instituições em um único Sistema de Informações” (CNPQ. Plataforma Lattes, 2014). E serve a auxiliar:

[...] ações de planejamento, gestão e operacionalização do fomento do CNPq, mas também de outras agências de fomento federais e estaduais, das fundações estaduais de apoio à ciência e tecnologia, das instituições de ensino superior e dos institutos de pesquisa. Além disso, se tornou estratégica não só para as atividades de planejamento e gestão, mas também para a formulação das políticas do Ministério de Ciência e Tecnologia e de outros órgãos governamentais da área de ciência, tecnologia e inovação. (CNPQ. Plataforma Lattes, 2014)

O registro no Lattes tornou-se uma ferramenta de âmbito nacional, na qual é possível identificar um conjunto de atividades desenvolvidas, pregressas e atuais, por pesquisadores e estudantes no campo da Ciência e Tecnologia. Sendo utilizado em abrangência para analisar méritos e competências que servem como respaldo para os financiamentos nestas áreas. (CNPQ. Plataforma Lattes, 2014)

O Lattes fornece, como já descrito, informações individuais acerca desses pesquisadores e estudantes. Entretanto, estes costumam se organizar em redes científicas de

colaboração, com atividades também de orientação e treinamento para estudantes. Esta rede científica é visualizada no sítio de internet do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq – por meio do Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq. (CNPQ. Plataforma Lattes, 2014)

6 DISCUSSÃO METODOLÓGICA: SOBRE TRILHAS E DESCAMINHOS

6.1 Análise das produções científicas: fundamentações

É importante não confundir a análise do discurso com a análise de uma língua. A análise de uma língua procura distinguir a partir de quais regras um enunciado foi construído e de que forma um enunciado semelhante poderia ser construído. “A descrição do discurso coloca uma questão diferente: como ocorre que tal enunciado tenha surgido e nenhum outro em seu lugar?” (FOUCAULT, 2008a, p. 92).

Também a análise do discurso não trabalha a perspectiva de uma consciência de um sujeito falante, que tem uma intensão em seus enunciados, sua finalidade é diferente, pois:

[...] trata-se de apreender o enunciado na estreiteza e na singularidade de seu acontecimento; de determinar as condições de sua existência, de fixar da maneira mais justa os seus limites, de estabelecer suas correlações com outros enunciados aos quais ele pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação ele exclui (FOUCAULT, 2008a, p. 93).

Um enunciado é sempre um acontecimento, possui sua materialidade na forma de registros e sempre é oferecida a possibilidade de ser repetido, transformado e reativado. Incita consequências e simultaneamente se liga a situações que os provoca, e remetem-se a enunciados precedentes e aos o que lhes sucede. O enunciado não se limita aos acontecimentos de característica discursiva, pois também se relaciona a acontecimentos de “[...] ordem técnica, prática, econômica, social, política etc” (FOUCAULT, 2008a, p. 94).

Assim, a análise de um acontecimento discursivo não tenta apreender um significado inerente a este, mas “[...] descrever, entre ele e outros sistemas que lhe são exteriores, um jogo de relações” (FOUCAULT, 2008a, p. 94).

Trata-se de descrever as condições de existência de um discurso e também as correlações entre os discursos, estabelecendo “conjuntos discursivos”. Esses conjuntos não são novos, mas encontram-se por vezes invisíveis. Analisá-los seria a exposição descritiva que torna visível estes arranjos. Entretanto,

[...] essas relações invisíveis não constituiriam de forma alguma uma espécie de discurso secreto animando do interior os discursos manifestos; portanto, não é uma interpretação que poderia fazê-las emergir, mas sim a análise de sua coexistência, de sua sucessão, de seu funcionamento mútuo, de sua determinação recíproca, de sua transformação independente ou correlativa (FOUCAULT, 2008a, p. 94).

Faz-se necessário, também, um recorte temporal para empreender tal análise, porém, este recorte não deve atender a uma tentativa de homogeneizar um período estudado, e sim, procurar reconhecer nesses recortes os pontos de rupturas, de descontinuidade dos

discursos. A filosofia e as ciências não articulam da mesma forma o campo de acontecimentos dos discursos se considerar, por exemplo, um recorte histórico entre o século XVII e o século XIX.

A esta questão, ainda acrescenta Foucault (2008a) que:

De qualquer forma, certamente é preciso tomar consciência de que esses recortes - quer se trate dos que admitamos ou dos que são contemporâneos aos discursos estudados - são sempre, eles mesmos, categorias reflexivas, princípios de classificação, regras normativas, tipos institucionalizados: por sua vez, eles são fatos de discurso que merecem ser analisados ao lado de outros, que mantêm certamente com eles relações complexas, mas que não têm características intrínsecas autóctones e universalmente reconhecíveis (p. 88).

É, ainda, necessário, em um recorte específico, desconsiderar qualquer tentativa de procurar uma origem do discurso, e sim:

[...] acolher cada momento do discurso em sua irrupção de acontecimento; na pontualidade em que ele aparece e na dispersão temporal que lhe permite ser repetido, sabido, esquecido, transformado, apagado, até em seus menores traços, enterrado, bem longe de qualquer olhar, na poeira dos livros. Não é preciso remeter o discurso à longínqua presença da origem; é preciso trata-lo no jogo de instância próprio a cada um (FOUCAULT, 2008a, p. 91).

Diante de tal perspectiva, para analisar os discursos produzidos sobre a “cidade” na Atenção à Saúde Mental brasileira, a presente pesquisa utilizou como recorte os registros produzidos nas redes científicas: Diretório de Grupos do CNPq; Banco de Dados SciELO; Currículo Lattes. Estas redes científicas são regiões de acontecimentos discursivos, que foram utilizadas para circunscrever um determinado domínio onde se busca descrever as relações que permitem aos enunciados suas condições de existência, como indica Foucault (2008):

O que se trata de fazer aparecer é o conjunto de condições que regem, em um momento dado e em uma sociedade determinada, o surgimento dos enunciados, sua conservação, os laços estabelecidos entre eles, a maneira pela qual os agrupamos em conjuntos estatutários, o papel que eles exercem, a série de valores ou de sacralização pelos quais são afetados, a maneira pela qual são investidos nas práticas ou nas condutas, os princípios segundo os quais eles circulam, são recalcados, esquecidos, destruídos ou reativados. Em suma, tratar-se-ia do discurso no sistema de sua institucionalização (p. 95).

As produções discursivas sobre a "cidade" na atenção em saúde mental no Brasil ocorrem em locais diversos, como nas práticas de profissionais em serviços de saúde mental de base territorial. Porém, foi dada preferência à região onde se encontra a maior densidade e quantidade de relações dos acontecimentos discursivos: “[...] e em que outra região os acontecimentos discursivos parecem estar melhor ligados entre si, e conforme relações melhor decifráveis, do que naquela que se designa em geral com o termo ciência?” (FOUCAULT, 2008a, p. 96). São nas redes científicas que se produzem a maior quantidade desses acontecimentos e onde estes podem ser mais facilmente descritos.

Outra consideração sobre a escolha das regiões de acontecimentos discursivos foi realizada a partir da inclusão daquelas com menor formalização, que são mais propícias para análise em questão, por isso se optou, também, pelos Diretórios de Grupos do CNPq e pelos Lattes, visto que no SciELO, pelas exigências de edição dos periódicos, estes discursos parecem ser mais formalizados.

Quanto a esta questão acrescenta Foucault (2008a):

[...] como se dar mais chances de recuperar em um enunciado não o momento de sua estrutura formal e de suas leis de construção, mas o de sua existência e das regras de seu surgimento, senão se dirigindo a grupos de discursos pouco formalizados, nos quais os enunciados não parecem engendrar de acordo com regras de pura sintaxe? (p. 96)

Porém, é necessário ficar claro que um discurso relativo a um determinado tema não pode ser tomado como “[...] unidade válida para constituir um conjunto de enunciados” (FOUCAULT, 2008a, p. 98), pois cada discurso pode compor objetos diversos a partir de seus enunciados. Por exemplo, Foucault ao estudar o discurso referente à “loucura” no século XVII e XVIII identificou que os enunciados do campo jurídico e do campo médico não constituíam a “loucura” enquanto objeto único, mas que o tema da “loucura” ao ser inserido no campo dos enunciados jurídicos e no campo dos enunciados médicos criavam dois objetos distintos, cada um relativo a cada campo.

Trata-se, assim, que a unidade do discurso sobre a “loucura” se compôs a partir de um jogo de regras que não produzem a identidade de um objeto no discurso, mas que compuseram sua dispersão, defasagem e diferença; é aquilo que formula a “lei de repartição”.

É assim que:

A unidade dos discursos sobre a loucura não está fundamentada na existência do objeto “loucura” ou na constituição de um horizonte único de objetividade; é o conjunto das regras que tornam possíveis, durante uma determinada época, o aparecimento de descrições médicas (com seu objeto), o aparecimento de uma série de medidas discriminatórias e repressivas (com seu objeto próprio), o aparecimento de um conjunto de práticas codificadas em receitas ou medicações (com seu objeto específico) (FOUCAULT, 2008a, p. 99).

Está nesta questão um possível critério para análise da unidade discursiva, que é proposto por Foucault (2008a) como análise da “Lei de Dispersão” desses objetos que se formam a partir de um mesmo tema, da seguinte forma:

Eu não chamaria esse sistema de “domínio” de objetos (pois essa palavra implica a unidade, o fechamento, a proximidade, mais do que a disseminação e a dispersão); dar-lhe-ei, um pouco arbitrariamente, o nome *referencial*; e direi, por exemplo, que a “loucura” não é o objeto (ou referente) comum a um grupo de preposições, mas o referencial ou lei de dispersão de diferentes objetos ou referentes colocados em ação por um conjunto de enunciados, cuja unidade se encontra precisamente definida por essa lei (FOUCAULT, 2008a, p. 99).

Nesta pesquisa, os campos com descrições sobre a “cidade” foram analisados a partir dos locais de origem dos registros (departamento ao qual se vinculam: grupos de pesquisa, linhas de pesquisa, dissertações de mestrado; e os periódicos nos quais os resumos foram publicados). Considerou-se que os discursos produzidos nestes campos formam diferentes objetos a partir do termo "cidade", que foi utilizado nas redes científicas em questão como "Regra de Dispersão" dos discursos produzidos na área de atenção à saúde mental brasileira.

Outro critério que pode ser utilizado para constituir conjuntos discursivos seria o tipo de enunciação utilizada, uma forma constante que caracteriza um “estilo” de enunciação, neste caso, referente a um único objeto. Por exemplo, Foucault (2008a) afirma que a partir do século XIX a ciência médica se caracterizou mais pela utilização de um perfil descritivo, do que pela formulação de conceitos e objetos, estando os conjuntos descritivos também influenciados por questões políticas, econômicas, institucionais e de modelos de ensino.

Pela primeira vez a medicina não é mais constituída por um conjunto de tradições, observações, receitas heterogêneas, mas por um *corpus* de conhecimentos que supõem um mesmo olhar sobre as mesmas coisas, uma mesma grade do campo perceptivo, uma mesma análise do fato patológico de acordo com o espaço visível do corpo, um mesmo sistema de transcrição do que se percebe no que se diz (mesmo vocabulário, mesmo jogo de metáforas); em suma, parecia-me que a medicina se formalizava, se é possível dizê-lo, como uma série de enunciados descritivos (FOUCAULT, 2008a, p. 99-100).

Porém, a análise de um perfil enunciativo não deve ser orientada na busca de um “[...] modelo único de encadeamento linear”. Como afirma Foucault (2008a), referindo-se ao exemplo em questão:

O que deve ser caracterizado como medicina clínica é a coexistência desses enunciados dispersos e heterogêneos; é o sistema que rege sua repartição, a confirmação que eles adquirem uns a partir dos outros, a maneira pela qual eles se implicam ou se excluem, a transformação que sofrem, o jogo de sua emergência, de disposição e de sua substituição (p. 101).

Deve-se procurar a regra desses “desdobramentos” do conjunto enunciativo. São estas, em sua individualidade, que constituem o discurso, e que ocasionam a heterogeneidade dos enunciados, “[...] em sua própria impossibilidade de se integrar em uma só cadeia sintática” (FOUCAULT, 2008a, p.101). Esta regra de dispersão dos enunciados é o que Foucault (2008a) denominou de “defasagem enunciativa” (p. 101).

Para tanto, esta pesquisa utilizou a análise do perfil enunciativo a partir da identificação dos vocábulos utilizados nos registros das redes científicas, que foram posteriormente distribuídos, para análise da dispersão, por área de conhecimento nos quais são comumente utilizados.

Outro critério de análise considerado por Foucault (2008a), para verificar as formações discursivas, orienta a descrição de alguns conceitos da gramática clássica, que são mais ou menos heterogêneos, e que permitem “[...] definir um sistema comum que dê conta não somente de sua emergência, mas de sua dispersão e, eventualmente, de sua incompatibilidade” (FOUCAULT, 2008a, p. 102). Esse sistema se define como um “[...] conjunto de regras de formação dos conceitos” (FOUCAULT, 2008a, p. 102). É conjunto de regras que pode ser subdividido em quatro regras teóricas: teoria da atribuição; teoria da articulação; teoria da designação; e teoria da derivação.

Porém, diante do tempo disponível para este trabalho, este terceiro critério não será utilizado, mas deixa-se a indicação de sua existência e a consideração de que este age em interação com os demais critérios para a produção dos discursos.

Por fim, o quarto critério para conhecimento de uma unidade discursiva pode ser estabelecido através de uma “identidade de opinião”. Foucault (2008a) considerando tal questão a partir das “ciências humanas”, por exemplo, afirmou que:

[...] ao jogo das preferências ou dos interesses, tão permeáveis a temas filosóficos ou morais, tão aptas em certos casos ao uso político, igualmente tão próximas de certos dogmas religiosos, é legítimo em primeira instância supor que uma certa temática é capaz de ligar e de arrimar, como um organismo que tem suas necessidades, sua força interna e suas capacidades de sobrevivência, um conjunto de discursos (p. 103-104).

Neste caso, o que permite individualizar um discurso é conhecer a independência da sua existência a partir de um sistema de campo de escolha, “[...] uma gama enunciativa determinada, a partir de uma série de conceitos definidos em seu conteúdo e em seu uso” (FOUCAULT, 2008a, p. 105).

É “[...] insuficiente procurar em uma opção teórica o fundamento geral de um discurso e a forma global de sua identidade histórica: pois uma mesma opção pode reaparecer em dois tipos de discursos; e um só discurso pode dar lugar a várias opções diferentes” (FOUCAULT, 2008a, p. 105).

Então, no critério de análise em questão o que foi observado é um campo estratégico onde se situa a distribuição dos “pontos de escolha”, no qual um determinado discurso advém. “Esse campo não é o somatório de todos os elementos em conflito, tampouco uma obscura unidade dividida contra ela mesma e recusando se reconhecer sob a máscara de cada adversário; é a lei de formação e de dispersão de todas as opções possíveis” (FOUCAULT, 2008a, p. 106).

Estes “pontos de escolha” foram considerados neste trabalho como pressupostos utilizados nos registros das redes científicas que servem como regra de dispersão dos

enunciados sobre a “cidade” no campo de atenção à saúde mental brasileiro. A identificação destes pressupostos foi realizada nesta pesquisa como um dos critérios de análise das regiões de enunciados (redes científicas).

No geral, sobre o que foi argumentado até agora, são apresentados quatro critérios para o conhecimento das “unidades discursivas”, sendo esses critérios articulados entre si, tem-se que:

[...] o primeiro define a unidade de um discurso pela regra de formação de todos os seus objetos; o segundo, pela regra de formação de todos os seus tipos sintáticos; o terceiro, pela regra de formação de todos os seus elementos semânticos; o quarto, pela regra de formação de todas suas eventualidades operatórias (FOUCAULT, 2008a, p. 106).

Nesta pesquisa foram utilizados apenas três dos seguintes critérios. No primeiro, o termo “cidade” serviu como “regra de dispersão” para identificar os campos dos acontecimentos enunciativos, através dos locais de registro das produções científicas; no segundo, os demais vocábulos, presentes nos registros, foram analisados e agrupados de forma a compor o perfil enunciativo sobre a “cidade”, através da distribuição por área de conhecimento onde os vocábulos são comumente utilizados; no terceiro (equivalente ao quarto critério no parágrafo anterior), são analisados os pressupostos sobre a “cidade” presentes nos registros das produções científicas.

6.2 Análise das produções científicas: procedimentos

Considerando a investigação analítica do discurso através de suas regras de dispersão (FOUCAULT, 2008a), esta pesquisa analisou registros produzidos em três sítios virtuais utilizados para propagação de informações em ciência e tecnologia no Brasil: Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq; Banco de Dados SciELO; Currículo Lattes. Os registros produzidos nestas redes científicas criam a regra de dispersão do enunciado “cidade” nas redes científicas brasileiras que abordam a temática da atenção à saúde mental.

Para tanto, três critérios foram utilizados para análise: primeiro, os locais de registro das produções (no Diretório, pela área do departamento/instituto ao qual se vinculam os grupos; no SciELO, pela área do periódico em que os artigos foram publicados; no Lattes, pela vinculação de Departamento/Instituto do autor do registro); segundo, a área de conhecimento a qual são comuns os vocábulos utilizados no registro; terceiro, os pressupostos sobre “cidade” utilizados nos registros.

Os vocábulos analisados foram organizados em grupos, referentes às áreas dos quais são utilizados com maior frequência. Por vezes, um mesmo vocábulo, por não apresentar uma delimitação precisa, foi categorizado em mais de um grupo (APÊNDICES B; D; F).

No primeiro procedimento para identificação de informações, realizou-se a consulta no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq através do link “Buscar Grupos”, na base corrente. Em seguida na “Caixa” de pesquisa digitou-se a expressão “Saúde Mental”, marcou-se o tipo de consulta como “Parametrizada” e a opção de consulta como “Expressão exata”. Esse primeiro critério de seleção deu origem a uma lista, primeira tabela, com referências de 422 (quatrocentos e vinte dois) grupos, produzindo a primeira dimensão de análise. Em seguida foi gerada uma segunda tabela, por meio da organização do item “Repercussão do grupo de pesquisa”, presente na primeira tabela, dos 422 grupos citados, gerando a segunda dimensão de análise. Estas “Repercussões” foram submetidas a um segundo critério de seleção, na qual foram identificadas aquelas que possuíam o termo “Cidade”, o que gerou uma terceira lista com 18 (dezoito) “Repercussões”, das quais 6 (seis) foram excluídas por não descreverem atividades com características de “Atenção à Saúde Mental”, de tal maneira que se elaborou uma terceira tabela (APÊNDICE A) com as “Repercussões” dos 12 (doze) grupos selecionados, gerando a terceira dimensão de análise. Nesta terceira dimensão foram identificados os vocábulos (APÊNDICE B) que se relacionam com “Cidade”, bem como o pressuposto pelo qual o termo “Cidade” é utilizado.

Para a pesquisa no banco de dados SciELO foi utilizada a opção “Busca avançada” que disponibilizou duas “Caixa de busca” onde se escreveu a expressão “Saúde Mental”, com aspas para não haver a busca separada das palavras, e o termo “Cidade”; outra opção utilizada foi o “AND”, segundo a característica disponível no site, para que a busca fosse realizada de forma conjunta. Como filtro, foi marcado “Brasil” na opção “Coleções”, e “Português” na opção “Idiomas”. A seleção, seguindo esses critérios, disponibilizou uma relação com 111 (cento e onze artigos), dos quais 45 (quarenta e cinco) foram excluídos por não descreverem atividades com características de “Atenção à Saúde Mental”, o que gerou uma lista final com 66 (sessenta e seis) artigos, dos quais foi organizada uma tabela (APÊNDICE C) com seus resumos, que foram posteriormente analisados. Esta Tabela gerou a identificação dos vocábulos (APÊNDICE D) que se relacionam com “Cidade”, bem como o pressuposto pelo qual o termo “Cidade” é utilizado.

Nas páginas do Currículo Lattes a busca pelos registros foi realizada utilizando-se a indexação através da base de Grupos do CNPq, e a indexação, partindo de alguns autores já

conhecidos, na página do próprio currículo que possui *link* ao Lattes de outros usuários do sistema do CNPq. Assim, foi possível mapear alguns autores que têm dado relevância a “Cidade” no campo da “Atenção à Saúde Mental”. Tal busca originou uma tabela (APÊNDICE E), onde foram identificados os vocábulos (APÊNDICE F) que se relacionam com “Cidade”, bem como o pressuposto pelo qual o enunciado “Cidade” é utilizado.

Posteriormente, foram organizadas tabelas (a serem apresentadas no capítulo sobre os “resultados”) com o cruzamento dos critérios de análise para as três redes científicas. A formação destas tabelas possibilitou identificar a dispersão do termo “Cidade” nos registros das redes científicas brasileiras que trabalham com a temática da atenção à saúde mental. Por fim, este material identificado foi problematizado a partir das fundamentações teóricas que norteiam esta pesquisa.

7. RESULTADOS

7.1 Critérios de análise

7.1.1 Primeiro critério de análise: locais de registro

A utilização do termo “cidade” como regra de dispersão possibilitou a descrição dos locais de registros dos campos científicos. Assim, foram observados no Diretório de Grupos do CNPq os seguintes locais de registros dos campos científicos: Psicologia; Saúde Coletiva; Serviço Social. No Banco de Dados do SciELO: Enfermagem; Medicina; Psicologia; Saúde Coletiva; Transdisciplinar. No Currículo Lattes: Educação; Interdisciplinar; Psicologia.

No Diretório de Grupos do CNPq foram analisados 12 (doze) grupos com registros sobre a “cidade”, distribuídos nas seguintes localizações: 9 (nove) na Psicologia; 2 (dois) na Saúde Coletiva; e 1 (um) no Serviço Social.

No Banco de dados do SciELO foram analisados um total de 66 (sessenta e seis) resumos de artigos com registros sobre a “cidade”, assim distribuídos: 33 (trinta e três) na Saúde Coletiva; 17 (dezesete) na Psicologia; 10 (dez) na Medicina; 5 (cinco) na Enfermagem; 1 (um) Transdisciplinar.

No Currículo Lattes foram analisados um total de 17 (dezesete) registros sobre a “cidade”, distribuídos nas seguintes localizações: 15 (quinze) na Psicologia; 1(um) na Educação; 1(um) Interdisciplinar.

No geral foram analisados 95 (noventa e cinco) registros sobre a “cidade”, distribuídos por localizações em campos disciplinares na seguinte composição: 41 (quarenta e um) na Psicologia; 35 (trinta e cinco) na Saúde Coletiva; 10 (dez) na Medicina; 5 (cinco) na Enfermagem; 1(um) na Educação; 1(um) Interdisciplinar; 1 (um) no Serviço Social; 1 (um) Transdisciplinar. Esta distribuição é apresentada na Tabela 1, a seguir:

TABELA 1- Distribuição dos Locais de Registro

Local de Registro do Campo Científico	Quantidade Total	Quantidade por rede científica		
		Diretório de grupos do CNPq	Banco de dados SciELO	Currículo Lattes
Psicologia	42	9	17	15
Saúde Coletiva	35	2	33	0
Medicina	10	0	10	0
Enfermagem	5	0	5	0
Educação	1	0	0	1
Interdisciplinar	1	0	0	1
Serviço Social	1	1	0	0
Transdisciplinar	1	0	1	0
Total	95	12	66	17

Fonte: Autor, 2015

7. 1. 2 Segundo critério de análise: vocábulos utilizados

Os vocábulos analisados, que se relacionavam a “cidade”, foram agrupados por áreas de conhecimento em que são comumente utilizados. O agrupamento destes vocábulos formaram no Diretório de grupos do CNPq a seguinte distribuição: 36 (trinta e seis) vocábulos utilizados comumente pela Saúde Coletiva; 34 (trinta e quatro) vocábulos utilizados comumente pelas Categorias Sociológicas; 17 (dezessete) vocábulos pela Medicina; 15 (quinze) vocábulos pela Psicologia; 11 (onze) vocábulos pela Geografia; 8 (oito) vocábulos pela Filosofia Pós-estruturalista; 4 (quatro) vocábulos utilizados comumente pelo Urbanismo.

O agrupamento destes vocábulos formaram no Banco de dados do SciELO a seguinte distribuição: 277 (duzentos e setenta e sete) vocábulos utilizados comumente pela Saúde Coletiva; 165 (cento e sessenta e cinco) vocábulos utilizados pelas Categorias Sociológicas; 149 (cento e quarenta e nove) utilizados pela Medicina; 98 (noventa e oito) vocábulos pela Estatística; 60 (sessenta) vocábulos pela Psicologia; 58 (cinquenta e oito) vocábulos pela Geografia; 46 (quarenta e seis) vocábulos pela Filosofia Pós-estruturalista; 18 (dezoito) vocábulos pelo Urbanismo.

No Currículo Lattes os vocábulos compuseram a seguinte distribuição: 41 (quarenta e um) vocábulos utilizados comumente pela Medicina; 32 (trinta e dois) vocábulos utilizados pela Saúde Coletiva; 29 (vinte e nove) vocábulos pela Filosofia Pós-estruturalista; 19 (dezenove) vocábulos pela Geografia; 18 (dezoito) vocábulos pelo Urbanismo; 16 (dezesseis) vocábulos pelas Categorias Sociológicas; 9 (nove) vocábulos pela Psicologia.

Na análise geral tem-se a seguinte distribuição de registros com os vocábulos comumente utilizados⁴: 345 (trezentos e quarenta e cinco) pela Saúde Coletiva; 215 (duzentos

⁴ Conferir nos APÊNDICES B; D e F.

e quinze) pelas Categorias Sociológicas; 207 (duzentos e sete) pela Medicina; 98 (noventa e oito) pela Estatística; 88 (oitenta e oito) pela Geografia; 84 (oitenta e quatro) pela Psicologia; 83 (oitenta e três) pela Filosofia Pós-estruturalista; 40 (quarenta) pelo Urbanismo. Observa-se esta distribuição na Tabela 2, a seguir:

TABELA 2- Distribuição dos vocábulos

Área do vocábulo	Quantidade Total	Quantidade por rede científica		
		Diretório de grupos do CNPq	Banco de dados SciELO	Currículo Lattes
Saúde Coletiva	345	36	277	32
Categorias Sociológicas	215	34	165	16
Medicina	207	17	149	41
Estatística	98	0	98	
Geografia	88	11	58	19
Psicologia	84	15	60	9
Filosofia Pós- estruturalista	83	8	46	29
Urbanismo	40	4	18	18

Fonte: Autor, 2015

7. 1. 3 Terceiro critério de análise: pressupostos

A análise dos pressupostos utilizados sobre a “cidade” nos locais de registros das redes científicas possibilitou a identificação de 12 (doze) registros no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq: 5 (cinco) registros em que “Cidade” é utilizada como pressuposto de Localização Geográfica; 4 (quatro) registros em que “Cidade” é utilizada como pressupostos de Campo de Pesquisa; 2 (dois) registros em que “Cidade” é utilizada como pressupostos de Conjunto Sociodemográfico; 1 (um) registro em que “Cidade” é utilizada como pressuposto de Nome próprio.

No Banco de Dados do SciELO foram identificados 66 (sessenta e seis) pressupostos, sendo estes: 31 (trinta e uma) registros em que “Cidade” é utilizada como pressuposto de Localização Geográfica; 24 (vinte e quatro) registros em que “Cidade” é utilizada como pressupostos de Conjunto Sociodemográfico; 7 (sete) registros em que “Cidade” é utilizada como Dispositivo Clínico-Político; 3 (três) registros em que a “Cidade” é

utilizada como campo de pesquisa; 1 (um) registro em que “Cidade” é utilizada como Comunidade.

No Currículo Lattes foram identificados 17 (dezesete) pressupostos, sendo estes: 16 (dezesesseis) registros em que “Cidade” é utilizada como pressuposto de Dispositivo Clínico-Político; 1 (um) registro em que “Cidade” é utilizada como pressuposto de Localização Geográfica.

No geral, foram identificados 95 (noventa e cinco) pressupostos nos registros da três redes científicas, sendo estes: 37 (trinta e sete) registros em que “Cidade” é utilizada como pressuposto de Localização Geográfica; 26 (vinte e seis) registros em que “Cidade” é utilizada como pressuposto de Conjunto Sociodemográfico; 23 (vinte e três) registros em que “Cidade” é utilizada como Dispositivo Clínico-Político; 4 (quatro) registros em que “Cidade” é utilizada como pressupostos de Campo de Pesquisa; 1 (um) registro em que “Cidade” é utilizada como Comunidade; 1 (um) registro em que “Cidade” é utilizada como pressuposto de Nome próprio. Observa-se esta distribuição na Tabela 3, a seguir:

TABELA 3- Distribuição dos pressupostos

Pressuposto	Quantidade	Quantidade por rede científica		
		Diretório de grupos do CNPq	Banco de dados SciELO	Currículo Lattes
Localização Geográfica	37	5	31	1
Conjunto Sociodemográfico	26	2	24	0
Dispositivo Clínico-político	23	0	7	16
Campo de Pesquisa	7	4	3	0
Comunidade	1	0	1	0
Nome próprio	1	1	0	0
Total	95	12	66	17

Fonte: Autor, 2015

7.2 Cruzamento dos critérios

No primeiro cruzamento (Tabela 4) entre critérios, local de registro *versus* área de conhecimento dos vocábulos, pode-se observar a predominância de registros sobre a “cidade” na atenção à saúde mental brasileira em três disciplinas: Psicologia; Saúde Coletiva;

Medicina. Há de se considerar, também, a característica interdisciplinar da Saúde Coletiva, que pode conter tanto autores relacionados à Psicologia, como da Medicina. Nestes três locais de registros pode-se observar também uma preponderância de vocábulos comuns a própria área de conhecimento, e outros como “Categorias Sociológicas”, comum a este três locais, “Estatística”, comum aos registros em Saúde Coletiva e Medicina, “Filosofia Pós-Estruturalista” e “Geografia”, comum a Psicologia.

Sendo as três áreas de vocábulos com maiores referências comum aos três locais de registro mais frequentes, o que marca a dispersão dos discursos sobre a “cidade”, a partir do cruzamento destes dois critérios, são os vocábulos emprestados de outras áreas, não reconhecidas como pertencentes a área da saúde, como: Geografia; Estatística; Filosofia Pós-Estruturalista; Urbanismo.

TABELA 4- Relação entre Local de Registro e Área de conhecimento dos vocábulos

Local de Registro	Quantidade	Área de conhecimento dos vocábulos							
		S. Colet.	Categorias Sociológ.	Med.	Estat.	Geog.	Psic.	Filos. Pós-Estrut..	Urb.
Psicologia	41	116	69	78	23	35	36	36	19
Saúde Coletiva	35	176	91	84	33	50	25	20	14
Medicina	10	21	39	28	32	11	13	1	3
Enfermagem	5	13	6	9	6	0	1	4	0
Interdisciplinar/Transdisciplinar	2	7	4	3	2	2	2	3	2
Educação	1	6	1	2	0	2	1	0	2
Serviço Social	1	0	3	0	0	1	0	0	0
Total	95	339	213	204	96	101	78	64	40

Fonte: Autor, 2015

No segundo cruzamento entre critérios (Tabela 5), local de registro *versus* pressuposto, o pressuposto “Localização Geográfica” é comum nos registros da Saúde Coletiva e da Psicologia, enquanto “Conjunto Sociodemográfico” é comum na Saúde Coletiva e na Medicina. Já o pressuposto “Dispositivo Clínico-Político” é preponderante na Psicologia. Há uma dispersão, sobre a “cidade” na atenção à saúde mental brasileira, causada pelos pressupostos adotados. Esta dispersão está polarizada entre os locais de registro da Psicologia e da Medicina, e entre estes dois polos encontra-se a intersecção da Saúde Coletiva.

No terceiro Cruzamento entre critérios (Tabela 6), pressuposto *versus* área de conhecimento do vocábulo, observa-se nas produções acadêmicas que utilizam a “cidade” enquanto pressuposto de “Localização Geográfica” e “Conjunto Sociodemográfico” a preponderância de vocábulos comumente utilizados na: Saúde Coletiva; Categorias

Sociológicas; Medicina; Estatística. Enquanto que nas produções que utilizam o pressuposto “Dispositivo Clínico-Político” os vocábulos da Saúde Coletiva e da Medicina são comumente utilizados, mas os vocábulos dos campos Categorias Sociológicas e Estatística não têm tanta ênfase, e constata-se que há preponderância, também, em campos de vocábulos como: Geografia; Filosofia Pós-Estruturalista; Urbanismo. Portanto há uma dispersão polarizada em um lado pelos pressupostos “Localização Geográfica” e “Conjunto Sociodemográfico”, e pelos campos de vocábulos “Categorias Sociológicas” e “Estatística”; e pelo outro lado, com o pressuposto “Dispositivo Clínico-Político”, e os campos “Geografia”, Filosofia Pós-estruturalista e Urbanismo.

TABELA 5- Relação entre Local de Registro e Pressuposto

Locais de Registro	Quantidade	Pressuposto					
		Localização Geográfica	Conjunto Sociodemográfico	Dispositivo clínico-político	Campo de Pesquisa	Comunidade	Nome Próprio
Psicologia	41	15	4	18	4	0	0
Saúde Coletiva	35	16	12	3	3	1	0
Medicina	10	2	8	0	0	0	0
Enfermagem	5	4	1	0	0	0	0
Interdisciplinar/ Transdisciplinar	2	0	1	1	0	0	0
Educação	1	0	0	1	0	0	0
Serviço Social	1	0	0	0	0	0	1
Total	95	37	26	23	7	1	1

Fonte: Autor, 2015

TABELA 6- Relação entre Pressuposto e Área de conhecimento dos vocábulos

Pressupostos	Quantidade	Área de conhecimento dos vocábulos							
		S. Colet.	Categorias Sociológ.	Med.	Estat.	Geog.	Psic.	Filos. Pós-Estrut..	Urb.
Localização Geográfica	37	149	71	80	38	16	37	21	6
Conjunto Socio-demográfico	26	86	99	59	55	37	20	4	8
Dispositivo Clínico-político	23	71	22	53	2	37	12	32	23
Campo de Pesquisa	7	27	15	9	1	7	8	6	2
Comunidade	1	6	1	3	0	3	1	1	0
Nome Próprio	1	0	3	0	0	1	0	0	0
Total	95	339	213	204	96	101	78	64	39

8. DISCUSSÃO

A partir destes três cruzamentos, conclui-se a existência de três regras de dispersão predominantes em relação às produções discursivas sobre a “cidade” nas redes científicas brasileiras que trabalham com a temática da atenção à saúde mental.

A primeira, mais hegemônica, pode ser identificada como um bloco composto pelos pressupostos “Localização Geográfica”, mais comum nos registros da Saúde Coletiva e da Psicologia. Este bloco é também caracterizado pela maior utilização de vocábulos comuns ao campo da “Saúde Coletiva” e da “Medicina”. A “Cidade” refere-se ao local onde ocorre a atenção à saúde mental, sendo elemento neutro em relação a dinâmica do fenômeno trabalhado.

A segunda regra é o bloco composto pelo pressuposto “Conjunto Sociodemográfico”, mais comum nos registros da Saúde Coletiva e da Medicina. Caracteriza-se por serem os registros com maior incidência de vocábulos dos campos “Categorias Sociológicas” e “Estatística”. A “Cidade” é equiparada a um recorte populacional, e são as características desta população que são consideradas em relação às dinâmicas da atenção à saúde mental.

A terceira regra é o bloco composto pela produção dos discursos sobre a “Cidade” a partir do pressuposto “Dispositivo clínico-político”, presente em maioria nos locais de registro da Psicologia, mas também, com menor frequência, da Saúde Coletiva. Este bloco é também diferenciado pela maior utilização de vocábulos comuns ao campo da “Geografia”, “Filosofia Pós-estruturalista” e “Urbanismo”. Nesta dispersão se observa uma importância dada a “Cidade” como dispositivo capaz de otimizar os aspectos clínicos e políticos da “Atenção à Saúde Mental”, conformando-se mais aos princípios da Reforma Psiquiátrica. O espaço urbano da cidade torna-se lugar de pequenas lutas, de uma micropolítica que seja capaz de pôr em prática a desinstitucionalização sobre a loucura a partir da resistência sobre os modos operantes dos dispositivos do Estado que tentam enquadrar, controlar a “saúde mental” dos entes no espaço aberto da Sociedade de Controle⁵.

⁵ A expressão Sociedade de Controle é utilizada por Deleuze para se referir a uma época que se caracteriza a partir de meados do século XX, recorte temporal em que se inclui o regime biopolítico do Dispositivo de Segurança caracterizado por Foucault. Assim, nesta pesquisa não se fará distinção de época entre Sociedade de Controle e Dispositivos de Segurança.

8. 1 Localização Geográfica

Na composição destes sistemas de regras, que produzem os discursos sobre a “cidade” nas redes científicas da atenção à saúde mental brasileira, é importante evidenciar aquelas que estão invisíveis por parecerem neutras, possuidoras de objetividade. É o caso do pressuposto “Localização Geográfica”, que faz com que a presença do termo “cidade” nos registros científicos não seja problematizada, tornando-a um elemento que pressupõe uma objetividade em si. As representações perimétricas da cidade são comumente usadas em pesquisas como detentoras de uma verdade sobre este objeto, atribuída pela “retórica da realidade” e pela “retórica da precisão irrefutável” (SECCHI, 2004).

Como exemplo dessa perspectiva de objetividade, pode-se observar o trecho do resumo do artigo “Concepções de saúde e doença mental para profissionais de um CAPSi”, disposto no SciELO:

A implantação de dispositivos destinados exclusivamente ao atendimento de crianças e de adolescentes com transtornos mentais graves é uma conquista recente, por isso são poucos os estudos que enfocam estes serviços. Nesta pesquisa, tivemos como objetivo investigar como os profissionais que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) de uma cidade da Região Sudeste do Brasil concebem os processos de saúde e doença dos usuários deste serviço [...]. (FONTE: APÊNDICE C)

E no trecho da descrição do grupo “Psicologia das Relações e Saúde”, no Diretório do CNPq:

[...] Um importante incremento foi o financiamento pela FAPERGS através do edital PPSUS 002/2009 DECIT/SCTIE/MS,CNPq, FAPERGS, SES/RS do projeto de nível superior denominado PROCONVIVE - Projeto de implantação do ambiente de convivência permanente para crianças usuárias do CAPS infantil da cidade de Santa Maria, RS, e avaliação do impacto da intervenção terapêutica em usuários e funcionários do CAPSi, registrado sob o n° de processo 09/0098-2. O projeto alcançou a totalidade da população do CAPSi através de pesquisa e extensão, e no momento gera dados para a melhoria do serviço, da qualidade das relações e para trabalhos posteriores (FONTE: APÊNDICE A)

Em ambos os registros científicos, resumo de artigo e descrição de grupo de pesquisa, o termo “cidade” situa apenas o local onde fica o CAPSi. O que está no foco da pesquisa e do projeto são descritos como fenômenos característicos do CAPSi que não sofrem interferência de algum aspecto da “cidade”, que é tratada como exercendo nula influência sobre os fenômenos da atenção prestada no CAPSi.

Porém, o pressuposto da “Localização Geográfica” não é objetivo e neutro, pois, como afirma Black (2005), existem limitações nas tendências de “mapeamento positivista” quanto à “disponibilidade e descrição de dados”, visto que a “coleta, análise e descrição de dados” é uma “construção social”, inserida numa “cultura científica” de determinada época,

valendo-se, assim, “[...] de uma tecnologia social que não é democrática nem livre de valores, mas que reflete uma tecnocracia com seus próprios valores e métodos” (p. 411).

E acrescente-se, ainda, que:

Em parte, tal análise reflete uma reação suspeita ao poder latente em qualquer método que tenha um potencial para auxiliar a análise e o planejamento; não é específico dos mapas. Contudo, há também uma preocupação acerca do mapeamento que está relacionada ao presente interesse pelo poder dos mapas como meio de abordar e apresentar situações, e processo pelo qual a cartografia reflete o poder. (BLACK, 2005, p. 411)

Entre as noções que a cartografia pode influenciar estão, por exemplo, questões como a “[...] ênfase em nações como comunidades políticas imaginadas, ênfase no papel de imagens como meio de criar percepções de poder e, de modo mais geral, ênfase em aspectos iconográficos da autoridade política e cultural” (BLACK, 2005, p. 11).

No resumo “Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento”, tem-se a ênfase atribuída de que a nação brasileira possa constituir-se como uma região possuidora de homogeneidade cultural, constituindo uma comunidade, como pode ser observado a seguir:

INTRODUÇÃO: Para avaliar a qualidade dos serviços de saúde mental, medidas de resultados relatados pelos próprios usuários têm sido destacadas e, mais recentemente, a percepção de mudanças. O objetivo desta pesquisa foi realizar a adaptação transcultural para o Brasil da escala canadense Questionnaire of Perceived Change, obtendo-se a Escala de Mudança Percebida (EMP), em duas versões: a dos pacientes e a dos familiares. MÉTODO: Participaram da pesquisa 20 familiares e 23 pacientes psiquiátricos de um serviço de saúde mental de uma cidade de porte médio de Minas Gerais. A escala foi submetida aos procedimentos de adaptação transcultural: tradução, retradução, análise por comissão de especialistas, estudo piloto. A escala original possui 20 itens que avaliam a mudança percebida em quatro dimensões da vida dos pacientes. As alternativas de resposta estão dispostas em escala tipo Likert de 4 pontos. RESULTADOS: Foram feitas modificações, incluindo: uma nova forma de aplicação por um entrevistador, número balanceado de alternativas de resposta resultando em três opções, redação dos itens em linguagem simples, eliminação de um item, uso de exemplos e inclusão de duas perguntas abertas. A escala mostrou-se de fácil compreensão pelos usuários. CONCLUSÃO: As duas versões da escala EMP estão adaptadas ao contexto brasileiro e apresentam equivalência semântica com a escala original. Elas servirão para avaliar os resultados do tratamento, na percepção dos seus usuários. (APÊNDICE C)

Na descrição do artigo, anteriormente citado, há duas premissas consideradas a partir da localização geográfica do serviço de saúde mental, a saber: a primeira, que os pacientes localizados numa mesma cidade possuem uma homogeneidade cultural; a segunda, que a cidade em questão possui uma amostra significativa da cultura brasileira que permita a validação e a generalização do instrumento.

O artigo em questão foi publicado em um periódico da Medicina (fonte de registro), campo disciplinar comumente pautado por referenciais positivistas de ciência, em

que o reducionismo praticado por meio das técnicas de separação e classificação, serve para análise dos elementos de um fenômeno e para posterior composição de teorias explicativas gerais. No caso em questão, a cidade é considerada como um recorte objetivo e possuidor de homogeneidade, característica típica de duas instâncias da modernidade, respectivamente, a ciência e a cidade. Assim, a análise desse resumo permite identificar a regra de dispersão do discurso sobre a cidade pautada na intersecção de dois dos critérios analisados: o local de registro e o pressuposto, a “Medicina” e a “Localização Geográfica”.

Essa perspectiva de cartografia científica data do século III, na China, onde se utilizava como critérios de mapeamento aspectos jurídicos, físicos e históricos do território. Já nos séculos XVII e XVIII, na Europa, foram realizadas mudanças significativas para os mapeamentos, entre outras a criação de mapas cadastrais, "feitos para tributação ou com propósitos administrativos", e "a melhoria da medição de longitude"; assim, as referências a mapas cresceram, nesta época, passando a ser "[...] equivalentes cartográficos do interesse em informações estatísticas que afetava aqueles que se preocupavam com 'aritmética política'" (BLACK, 2005, p. 36-40).

E foi esta questão do uso da Estatística que se tornou uns dos elementos fundamentais para análise dos fenômenos sociais no mundo contemporâneo, como pode ser observado no exemplo da descrição do Collins Atlas of Twentieth-Century World History, de Glasgow (1991): "Ele abrangia desertificação, poluição do mar, chuva ácida e desmatamento das florestas tropicais em dois mapas dedicados ao meio-ambiente global e a incidência de casos de AIDS em um dos mapas dedicados à saúde" (BLACK, 2005, p. 347). Ou seja, a cartografia passou a quantificar aspectos culturais, econômicos e sociais; através do uso da estatística.

No campo da Saúde Coletiva, o uso da Estatística no mapeamento tornou-se comum para determinar padrões aceitáveis de fenômenos relacionados à incidência de doenças e aos seus determinantes, e passou também a influenciar a delimitação das políticas públicas de saúde por região. Tem-se a seguir um exemplo deste uso em um dos resumos do SciELO analisado nesta pesquisa:

O objetivo do presente estudo foi verificar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e sua relação com auto-estima, bem como outros fatores associados à ocorrência de TMC em gestantes. Foi realizado um estudo transversal aninhado a uma coorte no qual participaram gestantes atendidas no serviço de saúde do Sistema Único de Saúde na cidade de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Foi utilizado para o rastreamento de transtornos mentais comuns o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) e, para avaliar a auto-estima, a Escala de Auto-Estima de Rosenberg. A amostra constituiu-se de 1.267 gestantes, que tinham em média 25 anos (dp = 6,53). A média de auto-estima foi de 9,3 pontos (dp = 4,76) e a prevalência de TMC em gestantes foi de 41,4%. Evidenciou-se, também, que quanto

menor a auto-estima da grávida maiores são as chances de associação a TMC ($p < 0,001$). Houve uma significativa associação entre maior prevalência de TMC e baixa auto-estima. (FONTE: APÊNDICE C)

Observa-se no resumo, anteriormente citado, o foco na análise de prevalência de TCM em gestantes que são atendidas em um serviço de saúde situado em uma cidade. A relevância da localização geográfica é acentuada pela descrição do Estado e do país: “Rio Grande do Sul, Brasil”. Acrescentada a presença de vocábulos comuns ao campo da “Estatística” e da “Saúde Coletiva”, tem-se a perspectiva da análise do padrão de incidência de uma doença numa determinada localidade. Diferentemente da análise que será posteriormente realizada com o pressuposto “Conjunto Sociodemográfico”, em que a análise Estatística de incidência será realizada sobre a população. Este argumento é válido em função de que existe uma maior correlação do campo de vocábulos “Categorias Sociológicas”, que caracterizam uma determinada população, com o pressuposto “Conjunto Sociodemográfico”. Neste último exemplo, a única categoria sociológica presente é a idade, que não apresenta correlação entre sua distribuição e o resultado da pesquisa. Através destas considerações, tem-se nesse resumo que a regra de dispersão que produz o discurso sobre a cidade parte da intersecção do local de registro “Saúde Coletiva” com o pressuposto “Localização Geográfica”.

Estas pesquisas realizadas com o pressuposto “Localização Geográfica” são influenciadas, mesmo que indiretamente, pelo conjunto de informações sobre os parâmetros de saúde por região. Na área da saúde coletiva brasileira, o Sistema de Informação em Saúde é composto por um conjunto de subsistemas com informações demográficas e de saúde no país. Este sistema realiza o registro, a compilação e a difusão das informações através do Departamento de Informática do SUS - DATASUS. As informações são obtidas através de registros de: serviços de saúde distribuídos no território nacional; secretarias estaduais e municipais de saúde; e órgãos de pesquisas sobre condições demográficas, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. As informações repassadas pelos IBGE são compiladas em formato de mapas, com índices distribuídos por regiões (BRASIL, 2009). Além de mapas e atlas, a apresentação das informações em saúde por região pode ocorrer por gráficos e tabelas, mas que tem em seus princípios o uso do método cartográfico para determinar seus recortes políticos-administrativos.

E estas metodologias cartográficas estão sendo cada vez mais utilizadas por profissionais de diversas áreas, entre outros motivos, pela facilidade que os softwares desenvolvidos têm apresentado no manuseio para inclusão de informações por profissionais não especialistas do método cartográfico. Assim, é cada vez mais ampla a utilização da

cartografia para o diagnóstico e prognóstico de fenômenos sociais dispersos em um recorte de espacialidade (BLACK, 2005).

Esta utilização de computadores na cartografia possibilita também uma ampliação da base de informações utilizadas e uma maior diversidade nas apresentações destas. Esta ampliação permite mostrar a difusão, ou a mudança no decorrer do tempo, de fenômenos sociais, e a diversidade de apresentação, através de “[...] recursos interativos, permite o uso dos mapas num ‘estado de fluxo’, o que torna a apresentação aparentemente menos estatística, influenciando, assim, no processo de produção de conhecimento” (BLACK, 2005, p. 406). Assim, esta característica decorrente da diversidade de apresentações contribui ainda mais para a invisibilidade do pressuposto “Localização Geográfica” nos discursos sobre a “cidade” nas redes científicas brasileiras que trabalham com a atenção à saúde mental, fazendo com que não se perceba a correlação de informações com a repartição espacial.

8.2 Cidade enquanto Conjunto Sociodemográfico (População)

Nos registros apresentados, a “cidade” considerada a partir do pressuposto “Conjunto Sociodemográfico” constitui-se como uma população que reside em um determinado local e que possui características próprias, sendo estas relevantes para a atenção à saúde mental prestada. Por isso, a prevalência de relação deste pressuposto com o campo de vocábulos “Categorias Sociológicas” (Sexo, Idade, Renda, etc.) que servem como indicadores para a avaliação das características de saúde de uma determinada população, como perfil endêmico e tipologia de sintomas.

Pode-se observar a utilização da noção de população nos seguintes trechos:

OBJETIVO: Avaliar a influência das condições socioeconômicas na associação entre transtornos mentais comuns, uso de serviços de saúde e de psicofármacos. **MÉTODOS:** Estudo transversal populacional conduzido na cidade de Botucatu, SP, com amostragem probabilística, estratificada e por conglomerados. Foram realizadas entrevistas domiciliares com 1.023 sujeitos de 15 anos ou mais de idade, entre 2001 e 2002. [...] **RESULTADOS:** No total da amostra, 13,4% (IC 95%: 10,7;16,0) procuraram serviços de saúde na quinzena anterior à entrevista. A procura de serviços de saúde se associou ao sexo feminino (OR=2,0) e à presença de transtorno mental comum (OR=2,2). Na amostra 13,3% (IC 95%: 9,2;17,5) referiram ter usado ao menos um psicotrópico, destacando-se os antidepressivos (5,0%) e os benzodiazepínicos (3,1%). Na análise multivariável, sexo feminino e presença de transtorno mental comum mantiveram-se associados ao uso de benzodiazepínicos. Renda per capita mostrou-se direta e independentemente associada ao uso de psicofármacos, conforme aumento da renda. [...] (APÊNDICE C)

E também na descrição do grupo do CNPq “Psicanálise e Saúde Mental Infantil”:

Tendo como fundamento o aspecto extencionista e de pesquisa, a partir do contato e diálogo com a comunidade, o grupo busca produzir dispositivos clínicos em saúde

mental infantil que contribuam para a prevenção e o cuidado com a primeira infância no serviço saúde de saúde mental, na atenção primária, da cidade de Uberlândia-MG. de modo específico, nossos objetivos são: - estabelecer campos de diálogo entre a psicanálise e a saúde pública mediante a criação de estratégias de identificação e intervenção precoce na população infantil, ressaltando a prioridade dessa intervenção no território social e cultural da criança e sua família; - criar estratégias e viabilizar a aplicação de instrumentos de identificação precoce dos sinais de risco de sofrimento psíquico na tenção básica com crianças na primeiríssima infância; - investigar a sensibilidade desses instrumentos quanto à variabilidade psicopatológica identificada precocemente por meio dos mesmos, assim como os efeitos das especificidades sociais e culturais da população sobre os instrumentos e a necessidade de sua (re)elaboração; [...]. (APÊNDICE A)

Foucault (2007) afirmou que a noção de População surgiu exatamente com o regime biopolítico do Dispositivo de Segurança, onde os Estados modernos ocidentais substituíram o foco sobre a cidade-território e suas características físico-administrativas para o foco sobre a noção de que os indivíduos que habitam um determinado local fazem parte de uma espécie, a Espécie Humana. Assim, os fenômenos sociais passaram a ser entendidos como padrões característicos dessa espécie. Padrões que devem ser estabelecidos através de cálculos estatísticos capazes de obter a otimização do menor custo entre o investimento do Estado e aceitação de determinados miasmas sociais, visto que estes não podem ser simplesmente extintos. Os corpos dos indivíduos, que constituem a unidade da espécie, torna-se uma estratégia biopolítica que o Estado passa a tentar controlar. Na área da saúde, os estados europeus, entre o final do século XVI e início do século XVII, passaram a utilizar estes cálculos estatísticos para determinar padrões de saúde populacional.

Surge, então, o campo da Saúde Coletiva, que tem suas origens em um conjunto de práticas, surgidas no século XVIII na Europa, que vieram a caracterizar a medicina moderna como prática social que tinha por finalidade o controle dos "corpos" dos indivíduos, passando a compor o que ficou conhecido pela alcunha de Medicina Social. Como melhor descreve Guérin:

Tínhamos tido já ocasião de indicar as numerosas relações que existem entre a medicina e os assuntos público [...]. Apesar destas abordagens parciais e não coordenadas que tínhamos tentado incluir sob rubricas tais como polícia médica, saúde pública, e medicina legal, com o tempo estas partes separadas vieram a se juntar em todo organizado e atingir seu mais alto potencial sob a designação de medicina social [...] (apud NUNES, 2012, p. 20-21).

O foco destas práticas é a própria população. Como especifica Arouca, a Medicina Social pode ser entendida “[...] como o estudo da dinâmica do processo de saúde-doença nas populações, suas relações com a estrutura de atenção médica, bem como bem como das relações de ambas com o sistema social global” (apud NUNES, 2012, p. 24).

Estas análises demográficas passaram a incluir no Brasil, no campo da saúde pública, fatores sociais e políticos, influenciadas pelas “[...] possibilidades trazidas pelas

ciências sociais na compreensão do processo saúde-doença; assim como das relações com o campo da epidemiologia, da organização social da saúde e das relações saúde e trabalho” (NUNES, 2012, p. 21).

Como ênfase a esta questão, Nunes (2012) afirma:

Em realidade, a partir do momento em que se foram firmando as formas de tratar o coletivo, o social e o público caminhou-se para entender a saúde coletiva como um campo estruturado e estruturante de práticas e conhecimentos, tantos teóricos como políticos. (p. 27).

Pode-se observar também na análise realizada nas redes científicas que nos locais de registros da Medicina, o pressuposto “Conjunto Sociodemográfico” é hegemônico, assim como os vocábulos afins a este pressuposto, “Categorias Sociológicas” e “Estatística”, têm maior incidência. Já nos registros da Saúde Coletiva, apesar do pressuposto “Conjunto Sociodemográfico” ser o segundo mais utilizado, e vocábulos do campo da “Estatística” não estão entre os mais comuns.

A variabilidade entre os locais de registro pode ser justificada pelo fato de a Medicina ser comumente uma ciência mais positivista e, portanto, de quantificação, enquanto que a Saúde Coletiva é mais heterogênea, por ser dividida em “[...] três grandes espaços e formações disciplinares: as ciências sociais e humanas, a epidemiologia e a política e o planejamento” (NUNES, 2012, p. 29).

Assim, observa-se uma relação entre essas formações disciplinares e alguns campos de vocábulos, por exemplo: ciências sociais e “Categorias Sociológicas”; epidemiologia e “Estatística”; política e planejamento, e o campo de vocábulos próprios da “Saúde Coletiva”.

Exemplificando estas relações, tem-se, por exemplo, que a epidemiologia no campo da saúde mental utiliza-se de uma “[...] taxonomia nosográfica bem delimitada que clarifique suas variáveis de estudo, bem como a definição precisa dos fatores de exposição” (BASTOS; CASTIEL, 2014, p. 106-107). Há, então, a pretensão de uma objetividade que torne a análise dos fenômenos observados possíveis de uma classificação estatística, com intuito de gerar o estabelecimento probabilístico dos “fatores de risco”.

Esta relação entre epidemiologia e “Estatística” pode ser observada, entre as produções analisadas, no resumo do artigo “Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial?”, publicado em um local de registro da Medicina (Revista de Psiquiatria Clínica), serve como um dos exemplos do uso da epidemiológica na atenção à saúde mental:

CONTEXTO: A dependência química tende a afetar a família como um todo. Filhos de dependentes químicos têm um risco aumentado para o desenvolvimento da

dependência química, bem como para transtornos psiquiátricos, quando comparados com outras crianças. OBJETIVO: Investigar o perfil de crianças, adolescentes e familiares em um serviço de prevenção seletiva para filhos de dependentes químicos e discutir alternativas de intervenção e tratamento para essa população. Tipo de estudo: corte transversal. AMOSTRA: serviço de prevenção seletiva, situado em um bairro da periferia da cidade de São Paulo, com 63 familiares, 54 crianças e 45 adolescentes. INSTRUMENTOS: dados sócio-demográficos; Procedimento de Desenhos de Família com Estórias - DF-E; Drug Use Screening Inventory (DUSI); Critérios de investigação sobre situações de estresse psicossocial vividas pela criança (CID 10, 1993); Self-Report Questionnaire SRQ-20; CAGE familiar. RESULTADOS: com relação ao perfil familiar, 67% pertencem à categoria socioeconômica D; na maioria das famílias o pai é o dependente químico (67%), tendo como substância de escolha o álcool (75%). O SRQ-20 detectou, em 59% dos cônjuges que não eram dependentes químicos, risco de distúrbios em saúde mental. Nas crianças, foi observada timidez e sentimento de inferioridade, depressão, conflito familiar, carência afetiva e bom nível de energia, que é indicativo de equilíbrio emocional e mental. Nos adolescentes, foi observado maior índice de problemas nas seguintes áreas do DUSI: desordens psiquiátricas, sociabilidade, sistema familiar e lazer/recreação. CONCLUSÃO: o artigo concluiu a necessidade de um serviço especializado de prevenção seletiva, dirigido a crianças, adolescentes e familiares afetados pela dependência química, uma vez que filhos de dependentes químicos representam um grupo de risco para o desenvolvimento de problemas psicossociais. (APÊNDICE C)

A utilização da análise em saúde mental, nesta descrição de resumo, naturaliza o comportamento de um grupo da população como possuidor de um caráter de risco. Neste grupo as especificidades da saúde mental dos entes pesquisados estão diluídas em fenômenos estratificados a partir de categorias sociológicas (criança, adolescente, categoria socioeconômica). Ainda há a sugestão da interferência de um serviço voltado para a prevenção de riscos nestes moradores da periferia da cidade de São Paulo.

Este recorte da cidade, através do uso do vocábulo periferia, comum aos campos da “Geografia” e do “Urbanismo”, cria-se um “valor posicional” que enfatiza a noção de risco desta população. E esta noção de risco, que tem, segundo Spink (2011), “[...] sua expressão clássica máxima na epidemiologia” (p. 1-2), configura-se como uma das principais estratégias da biopolítica contemporânea, remetendo-se sempre ao controle de eventos futuros. O que transposto para a atenção à saúde mental descritiva no artigo anteriormente citado, impõe uma perspectiva de controlar o que possa vir a acontecer com a população residente naquele local da cidade. Como pode ser também observado, a seguir, no trecho de uma das “Repercussões de Grupo” do CNPq:

Tendo como fundamento o aspecto extencionista e de pesquisa, a partir do contato e diálogo com a comunidade, o grupo busca produzir dispositivos clínicos em saúde mental infantil que contribuam para a prevenção e o cuidado com a primeira infância no serviço saúde de saúde mental, na atenção primária, da cidade de Uberlândia-MG. de modo específico, nossos objetivos são: - estabelecer campos de diálogo entre a psicanálise e a saúde pública mediante a criação de estratégias de identificação e intervenção precoce na população infantil, ressaltando a prioridade dessa intervenção no território social e cultural da criança e sua família; - criar estratégias e viabilizar a aplicação de instrumentos de identificação precoce dos sinais de risco

de sofrimento psíquico na tenção básica com crianças na primeiríssima infância; [...]
(APÊNDICE A)

Assim, a relação mais frequente entre os vocábulos dos campos “Categorias Sociológicas” e “Estatística” com o pressuposto “Conjunto Sociodemográfico” justifica-se em prol das determinações epidemiológicas. Visa-se a gestão de políticas públicas em saúde mental focada não apenas no “acompanhamento” dos entes assistidos, mas também no controle de suas condutas, através da prevenção de riscos.

Há, nos dois últimos registros citados, a instauração do regime biopolítico numa determinada região da cidade, gerando uma fragmentação que considera a existência de homogeneidades nas “peças urbanas”, como é característico nas análises atuais do urbanismo sobre a Cidade Contemporânea. Esta homogeneização, porém, é capaz de gerar invisibilidade da ocorrência de aspectos mais difusos da cidade, sua variedade de fluxos. Este recorte da cidade, comumente não problematizado, gera na atenção à saúde mental critérios de análise pré-determinados que excluem outros fatores influentes na especificidade da área da cidade em questão, como pode-se observar, também, no trecho do resumo a seguir:

OBJETIVO: Detectar a prevalência de transtornos mentais em idosos residentes em área urbana. **MÉTODOS:** Uma amostra de 327 idosos (60 anos de idade ou mais) residentes na cidade de Montes Claros, no norte de Minas Gerais, foi selecionada por amostragem probabilística, em estratos múltiplos, dentro de estrato homogêneo, sendo a unidade amostral o domicílio. [...] **CONCLUSÕES:** Comparando com outros estudos comunitários, a prevalência de distúrbios mentais entre os idosos na área urbana foi alta e está associada com múltiplas doenças, incapacidade e pobreza. É uma realidade preocupante pelo de seu impacto sobre a qualidade de vida relativa à saúde da população e sobre os serviços de saúde nas próximas décadas (APÊNDICE A).

8.3 Cidade enquanto Dispositivo Clínico-Político

A utilização da “cidade”, nas redes científicas em questão, a partir do pressuposto “Dispositivos Clínico-Político” é majoritariamente encontrada nos locais de registro da Psicologia, e utiliza-se, mais frequentemente, vocábulos comuns a campos como a “Geografia”, “Filosofia Pós-estruturalista” e “Urbanismo”; do que os registros que se utilizam de outros pressupostos.

A utilização, em parte destes registros, de vocábulos do campo da “Filosofia Pós-estruturalista” é justificada pelo fato destas utilizarem-se comumente de autores deste campo como sustentáculo teórico para suas argumentações, tais como: Deleuze; Foucault; Guatarri. Como pode ser observado na descrição do projeto de pesquisa “As Cidades e as Intervenções sobre o Diverso: contribuições da Desinstitucionalização Italiana”:

Descrição: A pesquisa visa investigar a vida social dos ex-pacientes do Hospital Psiquiátrico Osservanza, Imola, após o cumprimento da Lei 180 conquistada pela Reforma Psiquiátrica italiana, que proíbe o funcionamento do manicômio, as longas internações em todo o território italiano. Objetiva refletir os desafios políticos advindos da presença destes agora " cidadãos" no cotidiano urbano; deseja detectar as práticas de poder sobre a diferença nas metrópoles do capitalismo contemporâneo. A categoria cidade utilizada na pesquisa afasta-se do sentido de um espaço simbólico ou funcional a uma natureza humana indiferente às tramas da história. À luz das contribuições de Michel Foucault e Walter Benjamin, entre outros autores, esta categoria será utilizada como campo de produção e de confronto de forças, lugar de assujeitamentos, transgressões, de singulares e múltiplas formas de criação e de lutas. [...] (APÊNDICE E).

E também no resumo do artigo “Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político”:

Considerando que o acompanhamento terapêutico, no contexto da reforma psiquiátrica em curso, torna-se uma função emblemática da mistura e contágio das disciplinas psi com o espaço e tempo da cidade, o artigo toma inicialmente como base a noção de dispositivo, tal como a define Michel Foucault, para abordar os elementos que constituem condição para que o acompanhamento terapêutico possa operar como dispositivo clínico-político em apoio à consolidação e colocação em análise do processo da reforma psiquiátrica. Em um segundo momento propõe como problematização para a clínica do acompanhamento terapêutico, fundada em Lacan, Winnicott ou Deleuze-Guatarri, sua operação no espaço múltiplo e aberto da cidade, onde a conflitualidade e o imprevisto inevitavelmente têm lugar. (FONTE: APÊNDICE E)

A própria noção de dispositivo presente nos registros analisados, ora como pressuposto e ora como um dos vocábulos listados⁶ no campo “Filosofia Pós-estruturalista”, é conceituada na obra de Foucault. Caracteriza-se como um mecanismo concreto que atualiza as relações de poder, mecanismo abstrato, existentes em um determinado microcosmo.

⁶ Conferir nos APÊNDICES B; D e F.

Segundo Agamben (2005), o “dispositivo” na obra de Michel Foucault é composto por elementos heterogêneos como “[...] discursos, instituições, edifícios, leis, medidas de segurança, proposições filosóficas etc” (p. 9); e que podem “[...] capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres vivos” (p. 13).

O dispositivo, porém, nunca é um desses elementos isolado, mas uma relação entre elementos, uma rede (AGAMBEN, 2005). Em alguns casos analisados com o pressuposto “Dispositivo clínico-político”, a cidade constitui-se como dispositivo na relação com as tecnologias assistenciais em saúde, como se pode observar em relação à função do Acompanhante Terapêutico (AT) nos trechos:

[...] O AT surgiu num movimento de desinstitucionalização da loucura, tomando a cidade como campo de experimentação e inserindo-se para além dos estabelecimentos de saúde. Realizar uma ‘clínica sem muros’, problematizando a um só tempo a doença mental e sua relação com os espaços urbanos e interrogando radicalmente as práticas manicomialis. [...] O AT comparece como um mobilizador de forças capazes de consolidar um estatuto público para a clínica. (FONTE: APÊNDICE E)

A relação da cidade com AT possui potenciais clínicos e políticos capazes de serem problematizados nas práticas de atenção à saúde mental, onde os tensionamentos produzidos pela relação AT-Cidade devem servir para eliminar resquícios manicomialis oriundos das práticas de confinamento, em prol de uma clínica realizada no espaço aberto da cidade.

Já no resumo “Loucura e cidade: cenas biopolíticas e incursões (des) institucionalizantes”, pode-se observar a cidade em relação com outra tecnologia de assistência à saúde mental, o Serviço Residencial Terapêutico- SRT:

Neste artigo, partimos do pressuposto de que a relação loucura-cidade serve como analisador do processo de desinstitucionalização em saúde mental e procuramos indicar os eixos disciplinares e biopolíticos em operação nesse campo. Para tanto, analisamos algumas cenas urbanas e certos acontecimentos que acompanhamos numa pesquisa acerca das práticas de cuidado no âmbito de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT). E, com base no reconhecimento dos modos de operação do biopoder na relação loucura-cidade, procuramos argumentar que as formas de resistência aos manicômios biopoliticamente configurados na contemporaneidade devem operar macro e micropoliticamente por meio de “lutas em rede”. (FONTE: APÊNDICE C)

O dispositivo presente na relação da cidade com o SRT é analisado como estratégia biopolítica a operar sobre os entes assistidos, na qual se incide em cenas urbanas de forma a reproduzir os modelos disciplinares. A assistência prestada por este serviço deve-se, segundo a visão das autoras, se articular com outras redes, reconfigurando o dispositivo em prol de agenciamentos capazes de tensionar as instâncias do Biopoder. Assim, o potencial

clínico e político, cuidados e lutas, é considerado como capaz de ser mobilizado através de uma relação entre a atenção prestada e a cidade.

Outra característica do dispositivo é, ao agirem sobre os viventes, ter por efeito a produção de subjetividades, que não são, nesta perspectiva, uma entidade que habita o sujeito, mas como o conjunto de práticas do dia a dia de um ente (AGAMBEM, 2005). No resumo do artigo “Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos”, tem-se um exemplo desta perspectiva da produção de subjetividade em um registro que se utiliza do vocábulo dispositivo com o pressuposto “Dispositivo Clínico-Político”:

O artigo discute o cuidado em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica em implementação no Brasil. Resulta de uma proposta de pesquisa-intervenção potencializadora da desinstitucionalização de moradores do Hospital Psiquiátrico São Pedro e aborda, mais precisamente, o trabalho de transição para os serviços residenciais terapêuticos Morada São Pedro, na cidade de Porto Alegre. Para além de mero deslocamento de um espaço físico para outro, a concepção de transição trabalhada diz respeito mais à apropriação de novos territórios subjetivos e de formas outras de viver e habitar. Os processos de subjetivação que emergiram entre usuários, trabalhadores e em nós pesquisadores, ao transitar por novos territórios de vida, foram tomados como dispositivos analisadores e são aqui problematizados, a fim de refletir sobre a função que a transição possa ter na produção de vida desses novos integrantes da vida urbana (APÊNDICE C).

Neste resumo, pode se observar a utilização da “cidade” na atenção à saúde mental tanto por uma perspectiva clínica, como política. No aspecto clínico, a cidade é entendida como possuidora de um potencial terapêutico ao ser capaz de impelir aos entes assistidos a produção de novas subjetividades; e no aspecto político, esta é entendida como potencializadora do processo de desinstitucionalização, que é uma das propostas básicas do modelo de Reforma Psiquiátrica implantado no Brasil. Prepondera-se, ainda, como afirma Campos (2012), que argumentos em prol da produção de novas subjetividades têm sido defendidos em diversos ramos da Saúde Coletiva.

Ferreira Neto (2011) afirma, a partir de relatos de suas pesquisas, que os modos de subjetivação são cada vez mais relevantes para os profissionais e pesquisadores que trabalham na área de atenção à saúde mental, sendo por alguns destes considerada como uma questão indissociável dos novos modelos de atenção. O autor considera, respaldando-se em Foucault, que das experiências de atenção à saúde mental decorrem, invariavelmente, a criação de “estilo de vida” e “cuidado de si”, e, portanto, de subjetividade (FERREIRA NETO, 2007).

Esses estilos de vida têm uma imbricação relacionada, em alguns dos registros analisados, a utilização de vocábulos comuns ao campo do “Urbanismo” e da “Geografia”, como: rua; zona; malha; periferia; lugar; região; território; urban(o)/(a); etc. Vocábulos usados para referir-se a locais da cidade que possuem dinâmicas de fenômenos específicos. E

são estas dinâmicas que ocorrem na cidade que agem influenciando os modos de vidas de seus moradores, e, portanto, suas subjetividades. Isto explica a maior incidência destes vocábulos em registros com o pressuposto “Dispositivo Clínico-político”, a exemplo do trecho do resumo da dissertação “Educação do lugar: saúde mental e pedagogias da cidade”:

[...] Trata-se de uma investigação realizada na "zona de fronteira" entre o serviço de atenção psicossocial e as ruas da cidade, a cultura da cidade, as zonas de resistir e criar nas redes sociais contemporâneas. Após "fechar" os manicômios e abrir serviços substitutivos, no processo de inserir pessoas com a vivência de transtorno psíquico em redes de acolhimento em saúde uma nova pergunta: dessegregar é estender a clínica ou inserir na cidade? Se a esfera da cidade é o território da política (polis) e das redes sociais, a cidade é desafio de pensamento, desafio de prática, desafio de estudo para sistematizar um conhecimento que oriente práticas. A aposta no encontro da saúde com a educação em uma pedagogia da cidade é a aposta na construção de aprendizagens por encontro, exposições, interações para a emergência de laços sociais. Uma educação do lugar que não se impõe, uma vez que emerge das forças de resistir e criar. Destacamos os laços sociais, que produzem um híbrido da atenção em saúde mental e sua clínica, com a educação e seus enlacs na cultura. Trata-se de situar lugares de acolhimento para a ‘alta’ da clínica em pedagogias da cidade. Pedagogias da cidade, zonas de confiança e acolhimento, feitos da tecitura de redes na qual o coletivo e o singular coexistem, configurando a Educação do Lugar. (FONTE: APÊNDICE E)

Em outro registro com o pressuposto “Dispositivo Clínico-político”, esta discussão sobre os modos de vida na cidade, seus processos de subjetivação, surge na perspectiva do cotidiano urbano, é o caso do resumo do artigo “Arte, loucura e cidade: a invenção de novos possíveis”:

RESUMO: O presente trabalho intenta discutir as possibilidades trazidas pela arte no contexto da desinstitucionalização da loucura. Propõe-se que tal dispositivo pode ir além de um uso meramente instrumental e disciplinador, criando novos regimes de visibilidade e de sociabilidade no cotidiano urbano. Nesse sentido, apresentamos algumas imagens que nos ajudam a refletir sobre a potência da arte e debatemos algumas ações que estão em curso a partir do “Projeto Arte e Saúde”. A despeito das dificuldades vivenciadas, observamos que a produção de encontros derivados dessas experiências aponta para outras formas de lidar com a diferença e vivenciar a cidade por meio da arte (APÊNDICE C).

Há neste resumo, acima citado, a necessidade de se romper os padrões de cotidianos citadinos instituídos como forma de potencializar os aspectos clínicos e políticos da atenção em prol da desinstitucionalização da loucura, em que a arte é utilizada como elemento capaz de reorganizar as relações dos sujeitos com a cidade.

Segundo Seabra (2004), pode-se considerar o entrecruzamento de dois vieses que servem como matriz de análise do cotidiano no espaço urbano das cidades: tempo e espaço. Nas sociedades disciplinares esta relação tempo-espaço era demarcada pelos meios de confinamento, onde as demarcações do tempo ocorriam sobre marcações lineares dos horários, que limitavam os acontecimentos da vida cotidiana (DELEUZE, 1992). Já na Cidade Contemporânea o tempo é anacrônico (SECCHI, 2006), o que faz com que sua influência

sobre os acontecimentos cotidianos se tornem menos visíveis. Exigindo estratégias diversificadas para distinguir e resistir aos mecanismos biopolíticos difusos no espaço aberto da cidade. No caso do último resumo transcrito, a arte é usada como estratégia de resistência para um processo de desinstitucionalização da loucura no cotidiano da cidade.

Outras características das cidades capazes de potencializar os aspectos clínicos e políticos na atenção à saúde mental remetem-se à capacidade desta enquanto local de promoção de encontros e da diferença. Encontros que ocorrem na cidade, são comumente considerados, nos registros analisados, como um elemento capaz de agir sobre os entes assistidos, deslocando as dinâmicas de suas vivências, ao lhes colocar em aproximação com a diferença, seja esta a de um outro ente e/ou de um acontecimento na cidade.

A rua, por exemplo, funciona como uma espécie de conectivo, gerando uma determinação limitada de fluxos, sendo capaz de reunir estranhos indiferentes que se tornam ativos entrelaçados com os demais, permitindo uma negociação dialógica do indivíduo com a ordem social, que pode ser, por exemplo, o lugar para a negociação privada do domínio público, ou um lugar para negociação pública do domínio privado (VALSINER, 2004).

Pode-se observar no último resumo citado que esta questão do encontro surge em referência ao uso do termo “sociabilidade”. Os espaços de sociabilidade na cidade sofreram alterações demarcadas na passagem do modelo da cidade moderna para a contemporânea. Locais de socialização foram reduzidos na contemporaneidade e destinados a ambientes que têm por característica o controle privativo das vivências. O que torna necessário a construção de estratégias na atenção à saúde mental para garantir encontros entre diferentes sujeitos. No último exemplo descrito esta estratégia é a “arte”.

Por outro viés, em nenhum outro momento, como na contemporaneidade, encontrou-se na cidade a presença de tantas “tribos urbanas”, produzindo tantas diferenças. O fluxo de uma rua, unindo no mesmo local tantos anônimos, é capaz de gerar um constante embate com a diferença, encontros, mesmo não havendo diálogo entre os entes. Além das diferenças nesses entes, há, ainda, a diferença que a cidade dispõe em acontecimentos múltiplos, mais heterogêneos do que os que poderiam ocorrer em um espaço confinado. Esta multiplicidade da cidade é capaz de engendrar, na atenção à saúde mental, mudanças potencializadas em aspectos clínicos e políticos, como descrito no resumo analisado:

Resumo: Com base na experiência do acompanhamento terapêutico como uma clínica sem muros, imersa na cidade, o artigo centra-se no tema da cidade nas suas relações com a subjetividade. Valendo-se das elaborações de Benjamin sobre a flânerie e a idéia da amizade como política, presente em Foucault e Derrida, o texto assinala a importância, para a consecução dessa clínica, de se tomar em consideração a cidade como polis, aberta ao encontro com a diferença e, portanto,

território de conflitos e negociação. Assim, a cidade como polis é a utopia que a clínica do acompanhamento terapêutico busca ativar. (APÊNDICE E)

Em um esquema simplificador, tem-se que os registros que se utilizam do pressuposto “Dispositivo Clínico-Político” se apropriam de vocábulos do campo “Pós-estruturalista” como conceitos teóricos que sustentam a argumentação da existência de potências clínicas e políticas na relação ente cidade e atenção à saúde mental. E utilizam vocábulos da geografia e do urbanismo para caracterizar a dinâmica de locais na cidade onde os fluxos dessas potências e dos mecanismos de Biopoder ocorrem.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as indagações iniciais desta pesquisa, sobre o potencial terapêutico presente na atenção à saúde mental prestada em articulação com a cidade, pondera-se que as análises aqui realizadas não visam respostas com pretensões de descrever a realidade dos fenômenos apresentados. Pois, considera-se, a partir da perspectiva teórica foucaultiana, que as informações das redes científicas produzem discursos que não descrevem uma realidade anterior, dada no campo, mas que a criam.

Por isto, a análise das informações aqui dispostas dão subsídios a considerar que a produção de discursos sobre a cidade na atenção à saúde mental validam dois tipos de fenômenos: um, em que a cidade é nula como potencial terapêutico; outro, em que a cidade possui um potencial terapêutico que pode sim ser dinamizado e desenvolvido em articulação com as tecnologias de atenção à saúde mental, a partir de aspectos clínicos e políticos.

Os caminhos utilizados como métodos através dos critérios deixados por Foucault foram satisfatórios para se compreender como os discursos produzidos possuem como regra de dispersão nestas redes científicas intersecções dispostas entre a tradição da disciplina científica em que foram produzidos, os vocábulos utilizados e os pressupostos considerados; possibilitando, também, identificar quais discursos foram produzidos por esta regra.

Considera-se, ainda, que a utilização de três redes científicas distintas serviu para apresentar um panorama das produções discursivas sobre a cidade no campo científico brasileiro que trabalha com a temática da atenção à saúde mental, panorama que seria limitado com a redução da quantidade de redes analisadas.

Quanto ao corpo teórico da pesquisa, foi possível identificar que além das contribuições de Foucault, outros teóricos possuem contribuições relevantes para a discussão sobre os problemas apresentados, tais como Deleuze e Guatarri. Áreas de conhecimento como a geografia e o urbanismo, apesar de não apresentarem trabalhos sobre a atenção à saúde mental, contribuem de forma relevante para a discussão ao disporem conceitos importantes sobre a cidade e seus fenômenos.

É importante o desenvolvimento de uma clínica de atenção à saúde mental das vivências praticadas no dia a dia, no local das experiências cotidianas da cidade, como pondera Ferreira Neto (2007). Esta seria uma ação política de enfrentamento às relações de poder presentes na tradição destas práticas, ainda influenciadas por modelos disciplinares, típicos da tradição manicomial.

Como ainda sugere Ferreira Neto (2008), esta clínica se dá a partir de práticas de atenção que superem as dicotomias interno/externo e privado/público, presentes na clínica clássica, em prol do caráter ético-político da construção de subjetividades mais autônomas, menos vulneráveis às homogeneizações impelidas pelos regimes biopolíticos.

Como afirma Bezerra Jr., “[...] saúde significa capacidade de poder suportar embates, sofrimentos, limitações e ir adiante, construindo novas formas de existência” (apud SANTOS; NECHIO, 2010, p. 133). Portanto, como está implicada na produção de novas forma de existência, saúde se relaciona com processos de subjetivação.

A este respeito, “[...] o que mais importa não é o conhecimento de si mesmo, mas a invenção de si mesmo, a ruptura com uma subjetividade indenitária em função de uma subjetivação que ‘*desprende-se de si mesma*’ e cria um devir outro” (FERREIRA NETO, 2007, p. 181).

Modos de existir numa cidade são, por consequência, modos de subjetivação, vivências do dia a dia da relação com este local. Todavia, não está se considerando aqui a cidade como fator determinante aos processos de subjetivação. Trata-se sim de conceber a relação da cidade com a atenção à saúde mental como um sistema de forças entre outros, sistemas que são capazes de impelir certos processos de subjetivação ao ente assistido. Assim, as considerações sobre o uso do potencial terapêutico da cidade na atenção à saúde mental constitui-se como um rumo a ser adotado, e não como um estado dado e facilmente manipulável.

As especificidades da cidade contemporânea, seus aspectos fluidos e heterogêneos, também são fatores importantes de serem problematizados nos registros das redes científicas que trabalham com a temática da atenção à saúde mental, e podem ser considerados a partir de dois vieses: nos registros de pesquisas que buscam identificar elementos da cidade que se relacionam com a saúde mental; e nos registros sobre as tecnologias assistenciais desenvolvidas em relação com a cidade.

Em relação às pesquisas, a análise dos elementos da cidade contemporânea, que se relacionam com a saúde mental, requer novas formas de compreensão dos fenômenos urbanos, para não se limitarem a um recorte geográfico ou populacional. A utilização da cidade em pesquisas delimitando-se na análise da população através de variáveis sociodemográficas pré-determinadas, ou como recorte de localização homogêneo, limita a compreensão dos diversos fluxos difusos da cidade contemporânea que se relacionam com a saúde mental dos cidadãos. Em alguns casos, o recorte utilizado sobre a cidade poderia ser contextualizado. Uma possível alternativa para a reconfiguração da utilização da cidade é a

utilização de novas perspectivas de análise que o campo do urbanismo tem desenvolvido sobre os fenômenos citadinos.

Como apresentadas por Secchi (2004), estas perspectivas de análise utilizam “[...] nova organização discursiva e novas figuras [...]” (p. 154), ao risco de não se limitar a uma codificação pré-determinada. Uma perspectiva que explora situações variadas e “[...] que rejeita a unificação, a codificação, a redução formal e linguística, a generalidade” (p. 154). É certo que alguns critérios de análise continuarão a serem utilizados, como “temas, escalas, e técnicas”; mas estes devem ser utilizados a partir da consideração do aspecto difuso da cidade contemporânea que “[...] refuta o pressuposto de homogeneidade do território que subjaz a toda estrutura de planejamento ditada pela hierarquia institucional e técnico-administrativa” (p. 154).

Já para as tecnologias assistenciais, diversos aspectos da cidade contemporânea podem ser considerados, por exemplo, os CAPS, SRT’s, AT’s. A vivência que um ente assistido estabelece no cotidiano da cidade pode auxiliar a construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) pela equipe de profissionais de um CAPS. A localização do SRT na cidade pode facilitar a socialização e o uso de equipamentos coletivos por parte dos assistidos. A circulação do AT com o assistido pela cidade pode se dar no sentido de privilegiar aqueles locais com maior potencial de embates do ente com a “diferença” capaz de produzir outras dinâmicas, que desloquem a padronização dos hábitos geradas pelo “transtorno”.

Apesar do constante “embaralhamento” dos fluxos na cidade contemporânea, há regiões, como já afirmado nesta pesquisa, com características específicas, umas mais influenciadas pelos engendramentos dos fluxos da globalização da informação e do consumo, outras engendradas pelos fluxos das tradições locais.

Entre as tradições locais, pode-se observar em cidades brasileiras a existência de diversas práticas que ocorrem em espaços públicos, como: pessoas jogando dominó; conversando; partidas de futebol e outros esportes, em campos de várzea ou sobre o asfalto de quadras e ruas; caminhadas ou corridas em ruas, praças e descampados; a existência de atividades folclóricas (rodas de capoeiras; grupos de dança e música; ensaio de brincadeiras típicas e cortejos; etc); espaços onde ocorrem com frequência a apresentação de shows e/ou festas típicas; etc.

Pode-se observar, ainda, em relação a uma determinada região da cidade, a existência de determinados equipamentos coletivos que possam ser usadas pelos entes assistidos: pistas de *cooper* para caminhadas; bancos públicos para os transeuntes sentarem ou deitarem; equipamentos para alongamentos e exercícios; praias; museus; cinemas; teatros;

bares; ruas com prédios antigos; bibliotecas para leitura; clubes esportivos, culturais ou de lazer; feiras públicas; associação de moradores de bairro que promovem atividades coletivas; cooperativa de trabalhadores; igrejas, templos e demais prédios onde ocorrem atividades religiosas; etc.

A existência destas práticas locais e equipamentos coletivos podem promover mudanças no cotidiano citadino dos entes assistidos, ao permitir novas apropriações do tempo e do espaço. E até a proximidade dos equipamentos coletivos, como prédios religiosos e serviços de saúde, podem, em alguns casos, possuírem “valores posicionais” capazes de contribuir para a “sensação de segurança” em alguns entes que têm com maior frequência ocorrências de “crises”, por exemplo.

Porém, não se considera que estas possam, isoladamente, serem determinantes para a produção de novas dinâmicas na vivência dos entes assistidos. Alguns, por dificuldade nos movimentos corporais podem estar impossibilitados de exercer algumas dessas práticas ou equipamentos físicos, para outros, nenhuma destas possibilidades podem interessar, e preferirem, por exemplo, ficarem trancados em seus quartos no SRT's. Entretanto, aos que não possuem limitações físicas e se interessam pelas possibilidades destes elementos citadinos, os aspectos citados podem contribuir para socialização, circulação e uso do tempo em prol de encontros, na cidade e com a cidade, possíveis de estabelecer um potencial terapêutico na atenção à saúde mental, prestadas pelas tecnologias assistenciais.

Em outra perspectiva, aspectos da cidade podem ser evitados por, ao invés de contribuir para o desenvolvimento terapêutico, prejudicarem o desenvolvimento de outros fluxos terapêuticos. Assim, a localização do serviço assistencial em saúde mental pode, por exemplo, prejudicar o deslocamento daqueles que dependem de transporte público, ou que têm dificuldade de locomoção. Ou ainda, por se localizarem em áreas com maior aglomeração de transeuntes podem expor ao desconforto os assistidos com repulsa a multidões ou prejudicar o conforto por barulho, calor e interrupção constante de locomoção. Regiões perigosas da cidade podem gerar incômodos para deslocamento pelas ruas. A presença de esgotos abertos e lixo acumulado em ruas e terrenos baldios podem tanto prejudicar o conforto emocional, como gerar agravos à saúde.

Quanto à perspectiva política de desinstitucionalização da loucura, defendida pela modelo de Reforma Psiquiátrica adotado no Brasil, a configuração dos SRT's, por exemplo, permite aos assistidos se deslocarem por sua vizinhança, sendo vistos por outros moradores da região, o que contribui para a desestigmatização destes entes, diferentemente do que ocorria com o confinamento no hospício ao isolar o ente do convívio na cidade.

Enfim, considera-se diversos os aspectos que podem ser analisados na cidade como potencial para a atenção à saúde mental, não cabendo aqui esgotá-los. Pondera-se, entretanto, que foram deixadas pistas, caminhos a serem seguidos para trabalhos que venham a abordar tais questões, lembrando que cada caso tem sua especificidade, e que cada recorte sobre a cidade em um registro científico deva contextualizar uma gama de fluxos diversos entre a malha citadina e a atenção à saúde mental.

Ainda assim, sugere-se o desenvolvimento de pesquisas que envolvam a observação de usuários de tecnologias de saúde mental a partir de três critérios que se relacionam com a cidade: circulação; sociabilidade; uso do tempo.

Também se considera necessário maiores articulações entre secretarias de saúde e secretarias de habitação e desenvolvimento urbano, na esfera municipal e, na esfera federal, entre Ministério da Saúde e Ministério das Cidades.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. O que é um dispositivo? In: AGAMBEN, G. **Conferência ministrada por Agamben no Brasil em 2005**. Trad. Nilcéia Valdati. Ilha de Santa Catarina: outra travessia 5, 2005.
- AMARANTE, P. D. C. **O Homem e a Serpente**. (ed.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- _____. Asilos, alienados e alienistas. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1. ed. 5ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, p. 73-84.
- AMORIM, A. K. A.; DIMENSTEIN, M. Loucura e cidade: cenas biopolíticas e incursões (des) institucionalizantes. **Fractal: Revista de Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 21- n. 2, p. 319-336, Mai./Ago. 2009.
- BALANCIERI, R. *et al.* A análise das redes de colaboração científica sob as novas tecnologias de informação e comunicação: um estudo na Plataforma Lattes. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 34, n. 1, p. 64-77, Jan./Abr. 2005.
- BARCELLOS, C.; ROJAS, L. I. **O território e a Vigilância da Saúde**. EPSJV: Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - Proformar – Unidade de Aprendizagem I, Módulo III. Rio de Janeiro, 2004, S/N. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf> Acesso em 12 mar. 2014.
- BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: BASAGLIA, F (Coord.). **A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 3 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001, p. 99-133.
- BASTOS, F. I. P.; CASTIEL, L. D. Epidemiologia e saúde mental no campo científico contemporâneo: labirintos que se entrecruzam? In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1. ed. 5ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, p. 97- 112.
- BENEVIDES, L. L. M. G. Alguns vetores que compõem o dispositivo AT. In: BENEVIDES, L. L. M. G. **A função de publicização do acompanhamento terapêutico na clínica: O contexto, o texto e o foratexto do AT**. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.
- BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1. ed. 5ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, p. 41- 72.
- BLACK, J. **Mapas e História: construindo imagens do passado**. Bauru: EDUSC, 2005.
- BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União** Brasília, DF, 09 abr. 2001, S/N. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> Acesso em 03 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.336, de 19 de fevereiro de 2002. **Lex:** Coletânea de Legislação em Saúde Mental, 5 ed. ampl., Brasília, p.125-136, 2004a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf> Acesso em 03 jan. 2014.

_____. Ministério do Estado da Saúde. Portaria nº106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. **Lex:** Coletânea de Legislação em Saúde Mental, 5 ed. ampl., Brasília, p.100-104, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf> Acesso em 03 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. **Lex:** Série B. Textos Básicos de Saúde, v.1, 1 ed., Brasília, Editora MS, 2009, p.7-38, Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf> Acesso em 21 dez. 2014.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: HUCITEC, 2012, p. 41- 80.

COSTA, M. C. L. A cidade e o pensamento médico: uma leitura do espaço urbano. **Revista de Geografia da UFC.** Fortaleza, n. 2, 2002, p. 61-69.

CUENCA et al. Biblioteca Virtual e o acesso as informações científicas e acadêmicas. **Revista USP,** São Paulo, n. 80, Dez./Fev. 2008-2009, p. 72-83.

DELEUZE, G. Sobre as Sociedades de Controle. **Conversações: 1972-1990.** Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992, p. 219-226.

CNPQ. **Diretório de Grupos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq.** Disponível em: <<http://lattes.cnpq.br/web/dgp>>. Acesso em: 29 de junho de 2014.

_____. Plataforma Lattes. **Currículo Lattes.** Disponível em: <<http://lattes.cnpq.br/>>. Acesso em: 03 de julho de 2014.

FERREIRA NETO, J. L. Artes da Existência: Foucault, a Psicanálise e as Práticas Clínicas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa,** Brasília, v.23, n.2, p.177-184, Abr.-Jun. 2007.

_____. Práticas Transversalizadas da Clínica em Saúde Mental. **Psicologia: Reflexão e Crítica,** Porto Alegre, v.21, n.1, p.110-118, 2008.

FERREIRA NETO, J. L. *et al.* Usos da Noção de Subjetividade no Campo da Saúde Coletiva. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.27, n.5, p.831-842, Mai. 2011.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica.** (ed.) São Paulo: Editora Perspectiva S.A., 1978.

_____. **Microfísica do Poder**. 23. ed. São Paulo: Edições Graal, 2007.

_____. Sobre a Arqueologia das Ciências. Resposta ao Círculo de Epistemologia. In: MOTTA, M. B. (Org.). **Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a, p. 82-118.

_____. Aula de 10 de Janeiro de 1979. In: FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica**. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008b, p. 3-37.

_____. **Segurança, Território, População**. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008c.

_____. Espaço, Saber, Poder. In: MOTTA, M. B. (Org.). **Segurança, Penalidade, Prisão**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012, p.206-222.

GUATARRI, F. Restauração da cidade subjetiva. **CAOSMOSE**. 4ª reimpressão. São Paulo: Editora 34, 2006, p. 169- 182.

LIBERATO, M. T. C.; DIMENSTEIN, M. Arte, Loucura e Cidade: a invenção de novos possíveis. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n.2, p.272-281, 2013.

MEYER, R. M. P. O urbanismo: entre a cidade e o território. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v.58, n.1, p.38-41 Jan./Mar. 2006.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2012, p. 19- 39.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios da reforma psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p. 2375-2384, Out. 2007.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.1053-1062, Mai. 2006.

PACKER, A. L. et al. SciELO: uma metodologia para publicação eletrônica. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 27, n. 2, Mai./Ago. 1998, p. 109-121.

PALOMBINI, A. L O louco e a rua: a clínica em movimento mais além das fronteiras institucionais. **Educação, Subjetividade e Poder**, Porto Alegre, v. 6, n. 6, Ago. 1999, p. 25-31

_____. Ferramentas Teóricas Para a Clínica do Acompanhamento Terapêutico. In: PALOMBINI, A. L. **Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: A cidade**. Contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. p. 138-191.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

PELBART, P. P. Cidade, lugar do possível. **A vertigem por um fio: políticas da subjetividade contemporânea**. São Paulo: Iluminuras, 2000, p. 43-52.

_____. Império e Biopolítica. **Vida Capital: ensaios de biopolítica**. 1ª reimpressão, São Paulo: Iluminuras, 2009, n.p.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1. ed. 5ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, p. 149-170.

SANTOS, A. O.; NECHIO, D. E. G. A Paixão de fazer: Saúde Mental e Dispositivo Grupal. **Fractal: Revista de Psicologia**, v.22, n.1, p.127-140, Jan./Abr. 2010.

SANTOS, B. S. O paradigma dominante. In: SANTOS, B. S. **Um discurso sobre a ciência**. 7. ed. Porto: Edições Afrontamento, 1995, p. 10-23.

SEABRA, O. C. L. Territórios do uso: cotidiano e modo de vida. **Revista CIDADES**. São Paulo, v. 1, n. 2, 2004, p. 181-206.

SECCHI, B. **Primeiras lições de urbanismo**. São Paulo: Perspectiva, 2006, p. 85-174.

SPINK, M. J. Riscos antecipados: regimes de esperança e regimes de verdade na administração de agravos à saúde. V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. **ABRASCO**, São Paulo, Abr. 2011, p. 1- 10. Disponível em:
<<https://dl.dropboxusercontent.com/u/27514388/Spink%2C%20Mary%20Jane%20-%20Riscos%20antecipados%20-%20regimes%20de%20esperan%C3%A7a%20e%20regimes%20de%20verdade%20na%20administra%C3%A7%C3%A3o%20de%20agravos%20%C3%A0%20sa%C3%BAde.pdf>>
Acesso em 01 fev. 2015.

VALSINER, J. Ment, Territori i Societat. In: **Actes del III Congrés Internacional ARQUITECTURA 3000**. Barcelona, 2004, S/N.

VASCONCELOS, P. A. **Dois Séculos de Pensamento Sobre a Cidade**. Ilhéus: EDITUS, 1999, p. 543- 564.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TABELA 7- LISTA DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS ANALISADAS NO DIRETÓRIO DE GRUPOS DO CNPq

NOME DO GRUPO	LOCAL DE REGISTRO (DEPARTAMENTO VINCULADO)	PRESSUPOSTO	DESCRIÇÃO DO GRUPO
Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde (NEPIS)	Psicologia UFSJ	Localização Geográfica	Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde (NEPIS) atua, desde 2007, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Del Rei, utilizando oficinas de teatro, literatura, artes plásticas e música, com o objetivo de ampliar a noção de saúde dos integrantes da instituição. Em 2008, foi estabelecida uma parceria com o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de São João Del Rei, que culminou, em 2010, numa capacitação que contou com a participação de professores da FIOCRUZ, da PUC-MG e da ESP-MG, além de conselheiros de diversas cidades da região. Em 2010, foi efetuada parceria com o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Em relação às pesquisas, contamos com duas linhas: A Relação da Arte com o Campo da Saúde Mental; e Promoção da Saúde: entre os estilos de vida e as ações intersetoriais. Na primeira pesquisa, estamos mapeando os trabalhos que relacionam a arte com o campo da saúde mental. A segunda pesquisa conta com financiamento da FAPEMIG e está vinculada à pesquisa Promoção da Saúde e Processos de Subjetivação, coordenada pelo Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto da PUC-MG. Desde 2007, o NEPIS organiza o Seminário Saúde e Educação, que teve as seguintes versões: De Médico, de Louco e de Todo Mundo um Pouco (2007); Quando Acabar o Maluco Sou Eu (2008); Que País É Este? (2009); Psicologia, Escola e Universidade (2010). Através de parceria com o Espaço Artaud, o NEPIS iniciou em 2009 a publicação das palestras dos seminários com o livro Quando Acabar o Maluco Sou Eu
Laboratório de Estudos do Trabalho e Subjetividade em Saúde - LETRASS.	Saúde Coletiva UFF	Campo de pesquisa	O LETRASS é um grupo de pesquisa que tem como pressuposto a inseparabilidade da pesquisa e experimentação, sendo assim, concebe como indivisíveis a investigação e produção de conhecimento, da intervenção sobre a realidade e a si mesmo. Caminhamos portanto como laboratório entre a pesquisa e extensão, em uma multiplicidade que se forma com base na "invasão" da Universidade pela "polis", a cidade, formando assim um campo de forte interseção onde os acontecimentos acontecem. Nossos temas circundam entre a produção do cuidado, trabalho em saúde, educação, criação e arte, micropolítica e subjetividade, produção do comum nas políticas sociais às quais temos uma relação privilegiada de construção permanente. Mantemos cooperação com entidades da comunidade, governos, e Programas de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS-UFRJ, ENSP, UERJ, UFF); Programa de Pós-graduação em Clínica Médica, linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde da UFRJ; Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFES; Núcleo de Ciências do Poder Judiciário - NUPEJ, e o Programa de Pós-Graduação em Justiça Administrativa da Fac. de Direito da UFF. Relações Internacionais com Universidade de Bolonha (Itália), Universidade de Lanús (Buenos Aires-Argentina), Universidade Militar Nueva Granada (Colômbia) e Universidade do Novo México (EUA)
Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Qualidade de Vida e Relações de Trabalho - QUAVISS	Serviço Social UNESP	Nome Próprio	O Grupo está direcionado para a formação de pesquisadores tendo como produto a elaboração de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), dissertações e teses, apresentações em Congressos nacionais e internacionais, publicações em revistas especializadas e em jornais de divulgação leiga, editoração de livros e promoção de eventos. Mantém caráter multidisciplinar garantindo o intercâmbio de saberes com a participação e articulação de pesquisadores e estudantes tanto da própria UNESP, como também de outras Universidades e Centros de Pesquisa. Resultados obtidos foram a publicação de 5 livros sobre saúde, como "RETRATOS DA SAÚDE: o relatório QUAVISS" (2006); "Conversas interessantes sobre saúde: Programa de Extensão QUAVISS" (2007); "Aprendendo a construir saúde: desafios na implantação da política de educação permanente em saúde" com o financiamento da FAPESP/UNESP (2008); "Pacto de Saúde: conversando sobre o SUS" (2010), e "Cidade Amiga do Idoso: um caminho a percorrer" (2011). Mais uma contribuição importante do Grupo é atividade de extensão universitária realizada mensalmente de Oficinas para a população em geral, e publicações de artigos em revistas especializadas. Ainda com o apoio da FUNDUNESP, da FAPESP, do CNPq e da CAPES, o Grupo tem elaborado e apresentado trabalhos em diversos eventos significativos para a categoria dos assistentes sociais no país e no exterior. Outros produtos foram obtidos a partir das parcerias

			estabelecidas durante eventos, como do "Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca", do VI CONASSS (2012), resultado de ação conjunta entre pesquisadores, docentes, discentes e trabalhadores na perspectiva de construção do conhecimento em saúde. Desde 2010, o QUAVISSS socializa seu trabalho por meio do Blogdoquaviss, instrumento online de divulgação que permite a participação de interessados com comentários e debates(http://grupoquaviss.blogspot.com/).
PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL INFANTIL	Psicologia UFU	Conjunto Sociodemográfico	Tendo como fundamento o aspecto extencionista e de pesquisa, a partir do contato e diálogo com a comunidade, o grupo busca produzir dispositivos clínicos em saúde mental infantil que contribuam para a prevenção e o cuidado com a primeira infância no serviço saúde de saúde mental, na atenção primária, da cidade de Uberlândia-MG. de modo específico, nossos objetivos são: - estabelecer campos de diálogo entre a psicanálise e a saúde pública mediante a criação de estratégias de identificação e intervenção precoce na população infantil, ressaltando a prioridade dessa intervenção no território social e cultural da criança e sua família; - criar estratégias e viabilizar a aplicação de instrumentos de identificação precoce dos sinais de risco de sofrimento psíquico na tenção básica com crianças na primeiríssima infância; - investigar a sensibilidade desses instrumentos quanto à variabilidade psicopatológica identificada precocemente por meio dos mesmos, assim como os efeitos das especificidades sociais e culturais da população sobre os instrumentos e a necessidade de sua (re)elaboração; - colaborar para a construção da rede de assistência e intervenção em saúde mental infantil na atenção básica de saúde no município de Uberlândia-MG, considerando as orientações das políticas públicas de saúde para os cuidados à infância.
Grupo de Estudo da Assistência à Saúde Mental da Baixada Santista (GEPAPS)	Saúde Coletiva UNISANTOS	Conjunto Sociodemográfico	O Grupo de Estudo da Assistência à Saúde Mental da Baixada Santista (GEPAPS) desenvolve pesquisas sobre pacientes em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com o propósito de produzir conhecimento para embasar as discussões sobre o modelo de assistência comunitária em CAPS adotado em Santos ao final da década de 1980 e que é o modelo preponderante adotado pela política assistencial Brasileira. Nosso grupo, desde a sua formação, desenvolve metodologia que busca integrar estudos epidemiológicos e etnográficos capaz de fazer frente à necessidade de promover saúde mental, desenvolver e avaliar os cuidados dos portadores de transtornos mentais em serviços públicos de saúde. Neste sentido firmamos convênios com a Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Santos e de outras Secretarias das cidades localizadas na Baixada Santista para o desenvolvimento de nossos projetos de pesquisa, dentre eles destacamos aqueles cujos objetivos específicos são estudar: as necessidades de pacientes com transtornos mentais graves, a qualidade de vida de pacientes com transtornos esquizofrênicos, uso de psicofarmacos por pacientes com transtorno mental grave, estrutura e relacionamento familiar de pacientes com transtorno esquizofrênico, depressão em mulheres, uso de serviço de saúde mental pela comunidade atendida pelo programa de saúde da família e inserção social de pacientes como transtornos psicóticos. Todos os projetos são desenvolvidos por pós-graduandos e alunos de iniciação científica da Universidade e, alguns deles, contam com apoio de agências financiadoras, tais como FAPESP, CNPq e programa de bolsas de iniciação científica da Universidade.
Psicologia das Relações e Saúde	Psicologia UFSM	Localização Geográfica	O grupo surgiu em janeiro de 2009, no Departamento de Psicologia da UFSM e desde então desenvolve pesquisas e extensão, além de atividades integradas de ensino. São desenvolvidos projetos de pesquisa e ensino através da iniciação científica, orientação de trabalhos de conclusão de curso e orientações de mestrado (estas últimas até o ano de 2012). São focos de trabalho o desenvolvimento de grupos em saúde e saúde mental (portadores de psoríase, CAPS infantil). Desde 2009 recebemos vários incrementos financeiros através da Universidade nos editais FIPE (2009, 2010, 2011, 2012) FIEX (2009, 2010, 2011, 2012) e das demais agências de fomento CNPq com bolsas PIBIC (2009, 2011, 2012) e FAPERGS com bolsas PROBIC (2011, 2012). Um importante incremento foi o financiamento pela FAPERGS através do edital PPSUS 002/2009 DECIIT/SCTIE/MS, CNPq, FAPERGS, SES/RS do projeto de nível superior denominado PROCONVIVE - Projeto de implantação do ambiente de convivência permanente para crianças usuárias do CAPS infantil da cidade de Santa Maria, RS, e avaliação do impacto da intervenção terapêutica em usuários e funcionários do CAPSi, registrado sob o n° de processo 09/0098-2. O projeto alcançou a totalidade da população do CAPSi através de pesquisa e extensão, e no momento gera dados para a melhoria do serviço, da qualidade das relações e para trabalhos posteriores
Saúde Mental e Trabalho	Psicologia UFRGS	Campo de pesquisa	Os estudos desenvolvidos pelo grupo terão repercussão no âmbito acadêmico, no sentido da problematização da saúde mental e do trabalho, sobretudo na análise dos impactos do trabalho contemporâneo na saúde dos trabalhadores. A noção de trabalho, ampliada dos aspectos relacionados aos processos, ambientes e organização do trabalho, deverá buscar, também, o trabalho informal, o espaço da cidade e da rua e as diversas estratégias de formação e de capacitação dos trabalhadores. As atividades desenvolvidas pelo grupo também deverão repercutir na definição e implantação das políticas públicas, nas discussões junto ao movimento sindical e nos assessoramento de diferentes movimentos sociais. A reforma psiquiátrica e seus desdobramentos em termos das práticas cotidianas de trabalho também será objeto de estudos e produções dos grupos de pesquisa vinculados ao

			<p>diretório. Outro aspecto relevante á a discussão metodológica proposta pelo grupo nos estudos sobre saúde, enfocando a psicopatologia do trabalho, o estudo das trajetórias e as intervenções fotográficas, como forma de ampliar a discussão saúde mental e trabalho e, da mesma forma, o alcance de nossos estudos. Importante salientar que o grupo tem assumido um caráter interdisciplinar ainda mais evidente, com o ingresso de pesquisadoras da área do serviço social e da fonoaudiologia. Este processo está provocando a redefinição das linhas de pesquisa do grupo, que deverão ter alguns focos mais definidos para permitir um melhor aproveitamento dos estudos dos participantes.</p>
<p>LOCUS - Laboratório de Pesquisa em Psicologia Ambiental</p>	<p>Psicologia UFC</p>	<p>Campo de pesquisa</p>	<p>O LABORATÓRIO DE PESQUISA EM PSICOLOGIA AMBIENTAL TEM COMO OBJETIVO DESENVOLVER PESQUISAS NA ÁREA DE PSICOLOGIA AMBIENTAL ASSOCIADAS À EXTENSÃO E AO ENSINO, CONSTRUINDO REDES DE ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR COM A PSICOLOGIA, EDUCAÇÃO, GEOGRAFIA, ARQUITETURA E OUTRAS ÁREAS DE INTERVENÇÃO NO AMBIENTE. AS LINHAS DE PESQUISA DESDE LABORATÓRIO ENVOLVEM: CIDADE, AFETIVIDADE E SIMBOLISMO DO ESPAÇO; IDENTIDADE, APROPRIAÇÃO E SUSTENTABILIDADE; EDUCAÇÃO AMBIENTAL E PRÁTICAS COLETIVAS. ESTE PROJETO INTEGRA ALUNOS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO, PROFISSIONAIS E PROFESSORES COLABORADORES DA UFC. COMO PROJETOS DE PESQUISA DO LOCUS EM ANDAMENTO TEMOS :PROJETO DE APOIO E ARTICULAÇÃO ENTRE GRUPOS DE PESQUISA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA UFC E O PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO DA UFRGS(CASADINHO: TRANSFORMANDO AFETOS: JOVENS E ADOLESCENTES CATADORES DE MATERIAL RECICLÁVEL EM BUSCA DE UMA ATIVIDADE PRODUTIVA; ESTUDO SOBRE AFETIVIDADE DE MORADORES NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DO CENTRO DE FORTALEZA COM ENFOQUE NA PSICOLOGIA AMBIENTAL;LAR DOCE LAR? UM ESTUDO SOBRE O APEGO AO LUGAR DE MORADIA E A QUALIDADE DE VIDA DE IDOSO; PRÁTICAS DOS PSICÓLOGOS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE AO ADOLESCENTE: PROGRAMAS E POLÍTICAS E AFETIVIDADE E AMBIENTE DO TRABALHADOR EM SAÚDE MENTAL.</p>
<p>Políticas de subjetivação e práticas em saúde em contextos comunitários e institucionais</p>	<p>Psicologia UFPI</p>	<p>Campo de pesquisa</p>	<p>Este grupo reúne pesquisadores vinculados ao Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) da UFPI - Campus Parnaíba, comprometidos com a construção de uma política pública de saúde que dê concretude aos princípios do SUS e aos ideários das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Tendo como base investigativa as metodologias participativas e interventivas, o grupo desenvolve atividades de pesquisa em torno: dos processos educativos e formativos de profissionais no contexto das políticas públicas; da produção de saúde e subjetividades nos mais diversos grupos, coletivos e formações sociais na contemporaneidade; da saúde mental e intersetorialidade das políticas públicas; e das questões pertinentes a cidade, contextos rurais e a cultura local. O Grupo mantém contato com pesquisadores de outras instituições de ensino superior que trabalham com temas afins. Esse intercâmbio proporciona a realização de pesquisas interinstitucionais, missões e encontros acadêmicos.</p>
<p>Grupo de Estudo sobre Violência e Gênero</p>	<p>Psicologia FEAD</p>	<p>Localização Geográfica</p>	<p>O grupo pretende capacitar alunos e profissionais para atendimento a mulheres em situação de violência, bem como desenvolver metodologias diferenciadas para tais atendimentos. O grupo também pretende criar um serviço de política pública na área de saúde mental, voltado para o suporte a violência de gênero. Apresentação de trabalho de Pesquisa no Congresso da ABRAPSO 2011 - Recife sobre suporte a violência de gênero em Presídio Feminino da Cidade de Belo Horizonte - MG Apresentação de Rodas de Conversas e Banner na Mostra Mineira (Agosto de 2012) e Nacional (Setembro de 2012) de Psicologia sobre atuação em Presídio Feminino da Cidade de Belo Horizonte - MG.</p>
<p>Grupo de Estudos e Pesquisa em Acompanhamento Terapêutico</p>	<p>Psicologia UNIP</p>	<p>Localização Geográfica</p>	<p>Este Grupo tem como objeto de investigação o campo do Acompanhamento Terapêutico (AT) em suas dimensões clínicas, teóricas, históricas, culturais e de formação. Seus pesquisadores têm procurado consolidar a fundamentação desta prática clínica e a organização de eventos científicos e culturais sobre o tema. Vale ressaltar o trabalho conjunto com pesquisadores de outros países na organização de uma agenda eventos científicos para a área desde 2003. Em 2012 participamos da organização do VII Congresso Internacional, VIII Congresso Ibero-americano e III Congresso Brasileiro sobre AT a ser realizado em São Paulo Capital nos dias 15, 16 e 17 de novembro no Campus Paraíso da UNIP; Em 2013,teremos o VIII Congresso Internacional sobre AT na Cidade do México nos dias 14, 15 e 16 de novembro. como evento preparatório o III Simpósio Internacional sobre AT a ser realizado em setembro em São Paulo. Outro trabalho que os pesquisadores deste Grupo se dedicam, em parceria com a AAT- Associação de Acompanhamento Terapêutico, é a publicação do Periódico Científico ATravessar, voltado para a área do AT.</p>
<p>Núcleo de Estudos sobre o Trabalho</p>	<p>Psicologia UNIFOR</p>	<p>Localização Geográfica</p>	<p>O Laboratório de Estudos do Trabalho (LET) foi criado em função da evolução de uma tendência específica de investigações dentro da linha de pesquisa "Ambiente, Trabalho e Cultura nas Organizações Sociais" em dezembro de 2007. Desde então vem realizando investigações sobre saúde e trabalho, focalizando as condições de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores. O LET</p>

			<p>vem desenvolvendo pesquisas sobre: assédio moral no trabalho, depressão e trabalho, papel do psicólogo organizacional na saúde do trabalhador, identidade e trabalho, síndrome de burnout entre outros assuntos relevantes para o entendimento do sofrimento do trabalhador e sua relação com as condições de trabalho. O LET conta com pesquisadores externos, professores e alunos dos cursos de graduação e pós-graduação da UNIFOR e da UECE. No biênio 2006/2008 contou com um Auxílio à Pesquisa do CNPq para pesquisa sobre o assédio moral no trabalho e no biênio 2010/2011 contou com dois Auxílios à Pesquisa (Edital PPSUS: Pesquisas para o SUS) da FUNCAP/CNPq. O primeiro auxílio para a pesquisa sobre as condições de trabalho e identidade dos catadores de materiais recicláveis da cidade de Fortaleza. O segundo diz respeito a uma pesquisa sobre as condições de trabalho das atividades operacionais dos Portos do Mucuripe e Pecem no estado do Ceará. Em relação ao tema Assédio Moral no Trabalho. No momento, conta com Auxílio à Pesquisa da Rede PPSUS (CNPq/FUNCAP) para desenvolvimento de pesquisa sobre as condições de emprego e trabalho dos profissionais de saúde do Estado do Ceará e um Projeto sobre as condições de trabalho dos Operadores de Sala de Controle da COELCE (Companhia de Energia do Ceará). A coordenação do LET participa do grupo "Trabalho e processos organizativos na contemporaneidade" da ANPEPP (Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia).</p>
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

APÊNDICE B

TABELA 8- LISTA DOS VOCÁBULOS NO DIRETÓRIO DE GRUPOS DO CNPq

LEGENDAS:

LG: Localização Geográfica

CS: Conjunto Sociodemográfico

CP: Campo de Pesquisa

NP: Nome Próprio

ÁREA DE CONHECIMENTO ONDE O VOCÁBULO É MAIS COMUM	VOCÁBULO	NÚMERO DE RESUMOS QUE UTILIZAM O VOCÁBULO	QUANTIDADE DE CITAÇÕES DO VOCÁBULO	DISTRIBUIÇÃO DOS PRESSUPOSTOS NOS RESUMOS QUE UTILIZAM O VOCÁBULO
Psicologia	Psicólogo/ Psicologia	5	12	4- LG; 1- CP
	Subjetiv(idade)/(ção)	3	3	2- CP; 1- LG
	Depressão	2	2	1- CS; 1- LG
	Terapêutica	1	1	1- LG
	Psicanálise	1	1	1- CS
	Afetividade	1	3	1- CP
	Apego	1	1	1-CP
	Simbolismo	1	1	1 –CP
	Total	15	24	7- LG; 6- CP; 2- CS
Urbanismo	Muni(cípio)/(cipal)	3	3	2- CS; 1- LG
	Rua	1	1	1- CP
	Total	4	4	2- CS; 1- CP; 1- LG;
Categorias sociológicas	Soci(al)/(ais)	7	9	3- CP; 2- CS; 1- LG; 1- NP
	Públic(o)/(a)/(os)/(as)	5	9	2- CP; 2- CS; 1- LG;

	População	3	4	1- CS; 1- LG; 1- NP
	Comunidade	3	3	2- CS; 1- CP
	Inf(ância)/(antil)	2	8	1- CS; 1- LG
	Criança(s)	2	3	1- CS; 1- LG
	Família	2	2	2-CS
	Mulheres	2	2	1- CS; 1-LG
	Idoso	2	2	1- CP; 1- NP
	Gênero	1	2	1- LG
	Adolescentes	1	1	1-CP
	Moradores	1	1	1- CP
	Jovens	1	1	1- CP
	Total	32	47	12- CS; 7- LG; 10- CP; 3- NP
Saúde Coletiva	Intervenç(ão)/(ões)	6	8	3- CP; 2- LG; 1- CS
	Públic(o)/(a)/(os)/(as)	5	9	2- CP; 2- CS; 1- LG;
	Serviços	5	6	2- CS; 2- LG; 1- CP
	Atenção	4	6	2- CS; 1- CP; 1- LG;
	Cuidado	3	5	2- CS; 1-CP
	Rede(s)	3	3	1- CP; 1- CS; 1- LG;
	Institu(ição)/(ições)/(cionais)	2	3	1- CP; 1- LG
	Assistência	2	3	2- CS
	Reforma	2	2	2- CP
	Usuárias	1	2	1- LG
	Epidemiológicos	1	1	1- CS
	Território	1	1	1- CS
	Risco	1	1	1- CS
	Prevenção	1	1	1- CS
	Total	37	51	16- CS; 12- CP; 9- LG;
Medicina	Clínic(os)/(a)	3	4	1- CP; 1- CS; 1- LG

	Vida	3	3	1- CP; 1- CS; 1- LG
	Depressão	2	2	1- CS; 1- LG
	Transtornos	1	6	1- CS
	Pacientes	1	6	1- CS
	Esquizofrênicos	1	2	1- CS
	Psicopatologia	1	1	1-CP
	Tratamento	1	1	1- CS
	Terapêutica	1	1	1- LG
	Reabilitação	1	1	1- CP
	Psicofármacos	1	1	1- CS
	Psicóticos	1	1	1- CS
	Total	17	29	9- CS; 4- CP; 4- LG;
Filosofia pós-estruturalista	Subjetiv(idade)/(ação)	3	3	2- CP; 1- LG
	Arte	2	4	1- CP; 1- LG
	Micropolítica	1	2	1- CP
	Dispositivos	1	1	1- CS
	Total	7	10	4- CP; 2- LG; 1- CS
Geografia	Área	3	5	1- LG; 2- CP
	População	3	4	1- CS; 1- LG; 1- NP
	Espaço	2	2	2-CP
	Território	1	1	1- CS
	Região	1	1	1- LG
	Geografia	1	1	1- CP
	Total	11	14	5- CP; 3- LG; 2- CS; 1- NP

APÊNDICE C

TABELA 9- LISTA DE PRODUÇÕES CIENTÍFICAS ANALISADAS NO SciELO

NOME DO ARTIGO	LOCA DE REGISTRO (PERIÓDICO PUBLICADO)	PRESSUPOSTO	RESUMO
Programa de saúde mental	<i>Rev. Saúde Pública</i>	Conjunto Sociodemográfico	É apresentado o programa de Saúde Mental decorrente de convênio estabelecido pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo com a Universidade de São Paulo, através da Faculdade de Saúde Pública. Este convênio tem por finalidade a realização de estudos na área de Saúde Mental, tais como assistência psiquiátrica preventiva e pesquisas visando a medir transtornos mentais através de casos de óbito e na população da cidade e de cursos e atividades curriculares e extra-curriculares.
Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica	<i>Ciênc. saúde coletiva</i>	Localização Geográfica	O presente estudo investigou as características dos cuidados em saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, levando em conta as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica. Através de um instrumento estruturado, foram entrevistados 31 profissionais que atuam na rede de saúde pública. Os resultados apontam a centralização das ações no modelo de atendimento clínico, na medicalização dos sintomas, embora a totalidade dos municípios disponha de Programas de Saúde da Família; a não utilização de conceitos de clínica ampliada na saúde mental; a inexistência de uma rede de serviços de Saúde Mental nos municípios, excetuando a cidade-pólo; a utilização da transferência para hospitais psiquiátricos como solução para os casos agudos e crônicos; a ausência de acompanhamento posterior das equipes à internação em hospitais psiquiátricos, caracterizando a porta giratória; a inexistência de programas de saúde mental inseridos nos Planos Municipais de Saúde; assim como a inexpressiva representatividade de profissionais nos Conselhos de Saúde. Conclui-se que a questão da municipalização da Saúde Mental na região norte do Rio Grande do Sul é incipiente, prevalecendo ainda as internações em hospitais psiquiátricos como principal intervenção em Saúde Mental.
Função de publicização do acompanhamento terapêutico: a produção do comum na clínica	<i>Psicol. Soc.</i>	Dispositivo Clínico-político	Este artigo discute o Acompanhamento Terapêutico (AT) como dispositivo clínico-político e suas implicações na atenção à saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil. O AT surgiu num movimento de desinstitucionalização da loucura, tomando a cidade como campo de experimentação e inserindo-o-se para além dos estabelecimentos de saúde. Esse dispositivo realiza uma "clínica sem muros", problematizando a um só tempo a doença mental e a sua relação com os espaços urbanos, interrogando radicalmente as práticas manicomialistas. Acompanhando o dispositivo em suas variações e em sua articulação com a rede de saúde mental brasileira, atentamos para algumas funções que o dispositivo AT opera. A partir de tais funções, o AT comparece como um mobilizador de forças capazes de consolidar um estatuto público para a clínica.
Equipe de apoio e a construção coletiva do trabalho em Saúde Mental junto à Estratégia de Saúde da Família: espaço de discussão e de cuidado	<i>Saude soc.</i>	Localização Geográfica	A grande demanda por consulta psiquiátrica e psicoterapia e a necessidade de otimizar os recursos humanos em Saúde Mental têm conduzido à organização de novos modos de ação e suporte técnico aos profissionais de unidades com Estratégia de Saúde da Família. Uma Unidade Básica de Saúde de uma região d a cidade de São Paulo iniciou a prática denominada Apoio Matricial, que consiste no suporte à identificação, tratamento, e proposta de solução dos problemas de saúde mental em conjunto com as equipes de Saúde da Família. O presente

			trabalho tem por objetivo relatar a experiência focada nesse processo de trabalho, tendo como horizonte ético os princípios do Sistema Único de Saúde e concepções técnicas e científicas mais humanizadas com vistas ao atendimento integral ao paciente e a sua inserção no meio social. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que utilizou a observação participante como meio para coletar os dados e analisar a situação. Consoante com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, busca-se uma visão complementar e menos fragmentada do atendimento em Saúde Mental. A experiência mostrou que por meio do apoio matricial pode ser alcançada a necessária (re)organização dos serviços para acolher a demanda e efetivar a atenção em Saúde Mental de qualidade. Esse modo de operar, ao integrar Equipes de Saúde da Família e Unidade Básica Tradicional, permitiu a construção compartilhada do cuidado em saúde.
Concepção de clientela: análise do discurso da benevolência no contexto da reforma psiquiátrica brasileira	<i>Rev. bras. enferm.</i>	Localização Geográfica	Este estudo pretende conhecer o contexto dinâmico e controverso onde ocorre a prática em saúde mental. Para isso, analisou-se o discurso de trabalhadores de saúde mental sobre a concepção da clientela do serviço. O corpus deste trabalho é composto por entrevistas aplicadas a 17 dos 25 profissionais de saúde mental que trabalham em um serviço substitutivo de uma cidade da Região Sul do Brasil. O referencial teórico-filosófico foi a Análise Crítica do Discurso. O dispositivo metodológico que subsidiou a sistematização dos dados foi o "diagrama axiológico-discursivo". Os resultados demonstram que os trabalhadores assumem relações de benevolência em função da indefinição conceitual sobre a clientela do serviço, fruto da dificuldade em estabelecer o que é normal e patológico em saúde mental. Esperamos que o estudo contribua para problematizar o processo de consolidação da reforma psiquiátrica brasileira.
Famílias na rede de saúde mental: um breve estudo esquizoanalítico	<i>Psicol. estud.</i>	Localização Geográfica	Essa pesquisa estudou a dinâmica de funcionamento das famílias de portadores de transtorno mental do CERSAM Teresópolis de Betim, cidade da Região Metropolitana de Belo Horizonte. A amostra se constituiu de 08 famílias atendidas no Programa de extensão Saúde Mental e Família, em uma parceria da prefeitura local com a PUC-Minas. Os dados foram coletados através do cadastro familiar, que abordava as seguintes categorias: situação familiar, renda familiar, emergência da psicopatologia e funcionamento familiar. Os resultados atestam que a baixa renda familiar, a cronicidade da doença mental e sua respectiva dependência, a necessidade de cuidado ininterrupto, a crise que advém da eclosão da doença, tudo isso integra um território existencial marcado pela dor e pelo sofrimento, formando um modo de existência grupal que tem na doença mental seu eixo de sustentação.
Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica	<i>Psico-USF</i>	Localização Geográfica	Este trabalho visa conhecer como os profissionais da saúde mental e os familiares de doentes mentais que se encontram em instituições psiquiátricas representam, por meio de seus discursos, a doença mental e a reforma psiquiátrica. Para tanto, foram realizadas, na cidade de João Pessoa-PB, entrevistas semi-estruturadas com 25 profissionais, dentre eles psiquiatras, psicólogos, enfermeira-chefe, técnicos de enfermagem e assistente social; e 24 familiares de pacientes institucionalizados. Tais entrevistas foram analisadas segundo a análise de conteúdo temática. Os dados encontrados mostram que ainda há um predomínio de visões pejorativas e estereotipadas acerca do doente mental, vendo-o como um ser sem razão ou sem juízo e como uma criança que precisa ser cuidada e protegida. Por outro lado, o hospital psiquiátrico é visto positivamente, enquanto a reforma psiquiátrica é representada como algo negativo, que deixará o doente mental livre para afligir a população e os familiares.
Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?	<i>Rev. esc. enferm. USP</i>	Conjunto Sociodemográfico	O elo entre as práticas de saúde mental e a Estratégia Saúde da Família está alicerçado no vínculo, na corresponsabilidade, no envolvimento e conhecimento do grupo familiar. Estudo do tipo analítico, com abordagem qualitativa, utilizando a técnica de história oral temática. Foi realizado com dez enfermeiros pertencentes a três unidades de saúde da família do Distrito Sanitário Oeste da cidade de Natal/RN. Seu objetivo foi descrever as atividades voltadas para a atenção ao portador de transtorno mental na Estratégia Saúde da Família e identificar se os

			profissionais encontram-se preparados para atender a essa clientela específica. De acordo com as falas pôde-se constatar que não há atividades para o portador de transtorno mental na rede básica, e que a falta de capacitação das enfermeiras emerge como um desafio a ser superado.
Problemas de saúde mental e tabagismo em adolescentes do sul do Brasil	<i>Rev. Saúde Pública</i>	Conjunto Sociodemográfico	OBJETIVO: Analisar a associação entre problemas de saúde mental e uso de tabaco em adolescentes. MÉTODOS: Foram analisados 4.325 adolescentes de 15 anos da coorte de nascimentos de 1993 da cidade de Pelotas, RS. Tabagismo foi definido como fumar um ou mais cigarros nos últimos 30 dias. Saúde mental foi avaliada de acordo com o escore total do questionário Strengths and Difficulties Questionnaire e escore maior ou igual a 20 pontos foi considerado como positivo. Os dados foram analisados por regressão de Poisson, com ajuste robusto para variância. RESULTADOS: A prevalência de tabagismo foi 6,0% e cerca de 30% dos adolescentes apresentaram algum tipo de problema de saúde mental. Na análise bruta, a razão de prevalências para tabagismo foi de 3,3 (IC95% 2,5; 4,2). Após ajuste (para sexo, idade, cor da pele, renda familiar, escolaridade da mãe, grupo de amigos fumantes, trabalho no último ano, repetência escolar, atividade física de lazer e uso experimental de bebida alcoólica), diminuiu para 1,7 (IC95% 1,2; 2,3) entre aqueles com problemas de saúde mental. CONCLUSÕES: Problemas de saúde mental na adolescência podem ter relação com o consumo de tabaco.
Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família	<i>J. bras. psiquiatr.</i>	Conjunto Sociodemográfico	OBJETIVO: Avaliar as características dos transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família (PSF), visando a identificar a necessidade de atendimento em saúde mental. MÉTODO: Foram entrevistadas 400 pessoas indicadas por duas equipes do PSF, residentes de um bairro de baixo nível socioeconômico de uma cidade do interior de Minas Gerais. Entrevistadores previamente treinados aplicaram o Questionário de Saúde Mental (QSG), que avalia as características de transtornos mentais comuns não-psicóticos. RESULTADOS: Obteve-se um índice global elevado (37,8%) de pessoas com perfil sintomático indicativo de transtornos mentais comuns, destacando-se os sintomas referentes às Subescalas de Distúrbios do Sono (41%) e Desejo de Morte (38,25%) e menores índices nas Subescalas de Desconfiança do Próprio Desempenho (27,75%), Distúrbios Psicossomáticos (25,5%) e Estresse Psíquico (22%). Houve taxa significativamente mais elevada no escore global para os homens, com 45,1% apresentando perfil sintomático, comparativamente a 32,6% das mulheres. Porém, as mulheres apresentaram porcentagens mais elevadas de perfil sintomático na subescala que se refere ao desejo de morte, 44,1% contra 29,9% dos homens. CONCLUSÃO: Os resultados descrevem problemas importantes no estado de saúde mental, diferenciados por sexo, em usuários do PSF.
Produções táticas de usuários e trabalhadoras de programa de saúde mental: estudo etnográfico num centro de saúde escola da zona oeste de São Paulo	<i>Saude soc.</i>	Campo de Pesquisa	Este artigo apresenta um recorte de pesquisa sobre o acesso aos serviços de saúde mental na cidade de São Paulo, focalizando as táticas de usuários e trabalhadoras do programa de saúde mental de um centro de saúde escola, constelando possibilidades e afrontando limites da política instituída. Tratou-se de estudo etnográfico realizado na recepção do referido programa, dando a conhecer dimensões das produções cotidianas que qualificam a participação de usuários e trabalhadoras na construção da política pública, na perspectiva posta em tema por Michel de Certeau. O artigo explicita, primeiramente, alguns nexos teórico-metodológicos que dão sustentação ao estudo, articulando a noção de tática, diferenças e tensões entre política instituída e formas de sua apropriação pela população e etnografia. Em seguida, apresenta o Programa de Saúde Mental no qual a pesquisa foi realizada, procurando mostrar seu caráter singular e "sobrevivente", tendo em vista as atuais orientações das políticas de saúde mental e de atenção básica. A interpretação do material observado teve como base as noções de indisciplina e de imaginário, examinando principalmente os vínculos, o mal-estar, a medicação, o acolhimento, o cuidado e o humor.
Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da	<i>Ciênc. saúde coletiva</i>	Localização Geográfica	A atenção básica de saúde, impulsionada pela estratégia da saúde da família, tem o grande desafio de incorporar de ações de enfrentamento às situações de violência e problemas de saúde

atenção			mental. O trabalho analisou a atenção prestada a 411 crianças de cinco a onze anos em uma UBS na cidade de São Paulo. Os dados clínicos foram comparados com um inventário de sintomas padronizados Child Behavior Checklist (CBCL). Entrevistas semi-estruturadas foram aplicadas complementarmente em pediatras. O trabalho mostra que os pediatras têm baixa capacidade de reconhecer problemas de saúde mental em crianças. Os principais fatores relacionados a este baixo desempenho foram: deficiência na formação, carência de possibilidade de atuação concreta frente à queixa ou hipótese diagnóstica. O processo de reorganização do trabalho na atenção básica deveria contemplar a oferta de apoio técnico específico em saúde mental, propiciando a incorporação de tecnologias de intervenção mais apropriadas, como acolhimento e escuta qualificada. A incorporação dos aspectos psicossociais na prática cotidiana da atenção básica possibilitará a ampliação do conceito saúde-doença e abrirá caminho para a abordagem das situações de violência às crianças atendidas na rede básica de serviços de saúde do SUS.
Cidades sutis: dispersão urbana e da rede de saúde mental	<i>Psicol. Soc.</i>	Dispositivo Clínico-Político	Este artigo pretende problematizar o percurso genealógico que possibilita o atual arranjo entre a cidade de Porto Alegre e sua assistência em saúde mental. Inicia com a cidade e seu Hospital Psiquiátrico São Pedro, constituídos a partir de uma lógica disciplinar que buscava subjugar corpos e gestos adequados para o trabalho industrial e aos padrões de convivência da civilidade urbana moderna. Vemos então o surgimento de movimentos anômalos a esta geometria, espasmos descentralizantes que vão esborçando as antigas centralidades e seus lócus antes fechados. Através da breve genealogia dos movimentos que tomaram tais espaços, operamos a problematização das transformações nesta cidade e nas atuais práticas de assistência à saúde mental: por um lado, as novas microsegmentações privadas no espaço urbano contemporâneo minando a centralidade urbana da cidade com a dispersão da convivência e, por outro, a atual reforma psiquiátrica, com a descentralização da assistência.
O significado do trabalho para os profissionais de um serviço substitutivo de saúde mental	<i>Rev. esc. enferm. USP</i>	Localização Geográfica	O Centro de Atenção Psicossocial tem sido visto como uma nova estratégia de atendimento ao portador de transtorno mental por possuir particularidades no cotidiano de trabalho que influenciam diretamente as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde que nele atuam. Por meio de um estudo de caso qualitativo, realizaram-se entrevistas gravadas com 13 profissionais de diferentes categorias, a fim de conhecer o significado do trabalho para os profissionais que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Belo Horizonte. Para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, com os seguintes resultados: a satisfação dos profissionais que atuam no centro de atenção psicossocial devido ao novo modelo de atenção à saúde mental baseada na proposta antimanicomial; a realização no trabalho pelo fato de conseguirem a reinserção social dos indivíduos com transtorno mental e os meios para o alcance da sua autonomia.
Necessidades de saúde psicológica em crianças com deficiência mental	<i>Psicol. cienc. prof</i>	Localização Geográfica	O encaminhamento de crianças com deficiência mental para o psicólogo provém, sobretudo, da preocupação com a adequação de suas condutas às expectativas sociais em detrimento de sua saúde mental e seu bem-estar. Neste trabalho, buscou-se identificar necessidades de saúde psicológica em crianças com deficiência mental, com indicação prévia de psicoterapia, para posterior análise do preparo do psicólogo para atender essas necessidades. A pesquisa foi realizada em escola especial pertencente à rede pública, na cidade de Aracaju. A amostra foi constituída por sete crianças, de sete a dez anos de idade, de ambos os sexos, com escolaridade correspondente à pré-alfabetização. Utilizou-se a observação participante para a coleta de dados, sistematizados por meio de análise de conteúdo. No grupo estudado, os resultados apontaram para a prevalência das necessidades de amor e pertencimento, seguida das necessidades de crescimento, dentro da hierarquia das necessidades humanas básicas descritas por Maslow.
Representações sociais, saúde mental e imigração internacional	<i>Psicol. cienc. prof</i>	Conjunto Sociodemográfico	O movimento de populações, de pessoas mais ou menos organizadas, é fenômeno tão antigo como a humanidade, mas a migração de milhões de pessoas, nos dias de hoje, está se convertendo em um processo com níveis de estresse tão intensos que superam a sua capacidade

			de adaptação. Este estudo objetiva a avaliar a saúde mental e analisar as representações sociais sobre os construtos imigração, imigrante, saúde mental e futuro de imigrantes brasileiros residentes na cidade de Genebra/Suíça. O estudo é exploratório e trabalha com abordagem multimétodo, com uma amostra de 266 participantes submetidos ao questionário biosociodemográfico, ao instrumento de Screening Self-Reporting Questionnaire e à entrevista semidirigida. Os dados dos questionários foram analisados através do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows.16), utilizando-se a estatística descritiva e inferencial e os conteúdos das entrevistas pela análise de conteúdo de Bardin (1997/2002). Os resultados demonstraram que a variável tempo de imigração favoreceu o aparecimento de déficits na saúde mental dos participantes. O presente estudo permitiu concluir que, nesse contexto de imigrações internacionais, as representações sociais dos imigrantes e a sua saúde mental são influenciadas, proporcionalmente, pela duração ou pelo tempo da imigração.
Loucura e cidade: cenas biopolíticas e incursões (des) institucionalizantes	<i>Fractal, Rev. Psicol</i>	Dispositivo Clínico-político	Neste artigo, partimos do pressuposto de que a relação loucura-cidade serve como analisador do processo de desinstitucionalização em saúde mental e procuramos indicar os eixos disciplinares e biopolíticos em operação nesse campo. Para tanto, analisamos algumas cenas urbanas e certos acontecimentos que acompanhamos numa pesquisa acerca das práticas de cuidado no âmbito de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT). E, com base no reconhecimento dos modos de operação do biopoder na relação loucura-cidade, procuramos argumentar que as formas de resistência aos manicômios biopoliticamente configurados na contemporaneidade devem operar macro e micropoliticamente por meio de "lutas em rede".
Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico	<i>Rev. Saúde Pública</i>	Dispositivo Clínico-político	OBJETIVO: Analisar como pessoas com doenças mentais vivenciam suas necessidades especiais e interagem com a comunidade local nos espaços públicos urbanos. METODOLOGIA: Pesquisa realizada na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, utilizando como abordagem teórico-metodológica a etnografia. A partir de estudo de um sujeito, buscou-se compreender o que caracteriza as pessoas como doentes mentais e como as adversidades decorrentes de seus quadros mentais não as impossibilitam de construir circuitos, trajetórias e redes sociais no espaço urbano. RESULTADOS E CONCLUSÕES: O estudo identificou os processos de subjetivação dos sujeitos no espaço da cidade. Uma vez que os serviços de saúde reconhecem esses sujeitos, podem criar formas de intervenção mais adequadas às suas necessidades especiais.
Sofrimento mental em vendedores na Grande São Paulo: a destituição do ser pela organização do trabalho	<i>Rev. bras. saúde ocup.</i>	Localização Geográfica	Este trabalho relata a experiência de um serviço de psicologia no atendimento de vendedores com transtornos mentais, discutindo riscos e malefícios causados pela organização do trabalho no ramo de serviços. O sofrimento mental é focado a partir da falta de reconhecimento, do conflito família versus trabalho e também pelo conflito ético instalado nos vendedores por uma das empresas focalizadas na pesquisa. São apresentados relatos de oito trabalhadores colhidos por meio do método de entrevistas semiestruturadas e material clínico de sessões de psicoterapia. Todos foram atendidos entre os anos de 2006 e 2009 no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Diadema, cidade da Grande São Paulo. Os dados revelam como a identidade dos trabalhadores é ameaçada por inúmeras estratégias provocando um vazio existencial que leva ao adoecimento mental. Nesta estrutura, a correlação do lúdico com o trabalho na vida adulta se perde, interrompendo a continuidade do desenvolvimento do ser.
Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil	<i>Cad. Saúde Pública</i>	Conjunto Sociodemográfico	Nesse artigo, foram investigados fatores associados ao sofrimento psíquico dos policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil, a partir de estudo transversal com 1.120 policiais, sendo caracterizados o perfil socioeconômico e demográfico, a qualidade de vida, as suas condições de saúde e de trabalho. Para mensurar o sofrimento psíquico, utilizou-se o Self-Reported Questionnaire. Na análise de associações, usou-se o modelo de regressão logística, considerando-se variáveis relacionadas ao sofrimento psíquico. Os resultados indicaram associação entre sofrimento psíquico e fatores como: capacidade de reagir a situações difíceis e

			<p>grau de satisfação com a vida; problemas de saúde, sobretudo, digestivos, nervosos, musculares e ósseos; e condições adversas de trabalho, como carga excessiva, constante exposição ao estresse e à vitimização. Conclui-se apontando a necessidade de intervenções que visem à promoção da saúde desses profissionais, sobretudo da sua saúde mental.</p>
Avaliação de política em saúde mental sob o viés da alteridade radical	<i>Physis</i>	Campo de Pesquisa	<p>Realizou-se pesquisa de tese em História Social, sob a vertente da História Oral, com o objetivo de avaliar a política de saúde mental do município de Quixadá, no período de 1993 a 2012. Foram selecionados quatro depoimentos de pessoal diretamente responsável pela construção da política, em sua primeira gestão: o prefeito, o supervisor de serviço, um auxiliar de Enfermagem e um médico. Os depoimentos foram analisados utilizando como referencial teórico a ética da alteridade radical. Consensualmente, os depoimentos apontavam para o entendimento de que, além de o paciente e sua família precisarem de cuidados, intervenções se faziam necessárias no sentido de apresentar a loucura à cidade, como forma de diminuir o preconceito. Sugere-se, a partir dos relatos dessa boa prática, a criação de um novo critério de avaliação dos serviços em saúde mental, qual seja, sua efetividade em gerar, na sociedade, novas formas de lidar com a diferença e com o outro.</p>
Atividade física e estado de saúde mental de idosos	<i>Rev. Saúde Pública</i>	Conjunto Sociodemográfico	<p>OBJETIVO: Avaliar a associação entre nível de atividade física e o estado de saúde mental de pessoas idosas. MÉTODOS: Inquérito de base populacional com amostragem probabilística, incluindo 875 idosos da cidade de Florianópolis, Santa Catarina, em 2002. Foram aplicados os questionários: Internaciona l de Atividades Físicas e Brazil Old Age Schedule. Os problemas de saúde mental avaliados foram depressão e demência, além da prática de atividade física total (lazer, ocupação, deslocamentos e serviços domésticos). Após análises descritivas e bivariadas, realizou-se análise ajustada por meio de regressão logística, com ajuste para os fatores de atividade física total, atividade de lazer, escores de depressão e demência. RESULTADOS: Verificou-se associação estatisticamente significativa e inversa de demência e depressão com atividade física total e atividade física no lazer. A odds ratio ajustada para demência entre os sujeitos sedentários para atividade física total comparada à dos ativos foi de 2,74 (IC 95%: 1,85; 4,08), enquanto o respectivo valor para depressão foi de 2,38 (IC 95%: 1,70; 3,33). CONCLUSÕES: Os resultados reforçam a importância de estilo de vida ativo para prevenção de problemas de saúde mental de idosos. Infere-se que a atividade física tem conseguido reduzir e/ou atrasar os riscos de demência, embora não se possa afirmar que a atividade física evita a demência.</p>
O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental	<i>Saude soc</i>	Localização Geográfica	<p>A Reforma Psiquiátrica busca superar as intervenções tradicionalmente hospitalocêntricas e medicalizantes em relação à "loucura". Para isso, visa implantar estratégias de cuidado territoriais e integrais, ancorados em novos saberes e valores culturais. Nessa perspectiva, o Apoio Matricial surge como proposta para articular os cuidados em saúde mental à Atenção Básica. Este trabalho objetiva discutir a perspectiva de técnicos de Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Natal, RN, acerca dessa proposta. Foram realizadas entrevistas com oito técnicos da USF do Distrito Sanitário Leste da cidade. A partir dos resultados observamos que não há clareza acerca da proposta de Apoio Matricial (AM) e há uma forte demanda cotidiana de saúde mental não acolhida, pois os entrevistados não se sentem capacitados para tal e indicam a necessidade de apoio e instrumentalização nesse campo. Além disso, as possibilidades de encaminhamento são pequenas em função da precariedade da rede de serviços substitutivos e destes com a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) como um todo. O trabalho compartilhado com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é ainda uma promessa.</p>
Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira	<i>Ciênc. saúde coletiva</i>	Conjunto Sociodemográfico	<p>A Atenção Primária à Saúde é reconhecida mundialmente como a responsável pela solução dos principais problemas de saúde da comunidade, incluso a mental. O presente estudo buscou avaliar a articulação entre as redes de atenção primária e de saúde mental em regiões de alta vulnerabilidade social de um a grande cidade brasileira (Campinas - SP) através dos parâmetros:</p>

			pesquisa avaliativa, participativa e predominantemente qualitativa. Foram definidos dois grupos pela técnica de clusters: um de Unidades Básicas de Saúde com maior grau de implantação das ações inovadoras e outro com menor grau de implantação. Posteriormente foi realizada uma comparação. O apoio matricial se mostrou potente para definir fluxos, qualificar as equipes e promover uma assistência conjunta e compartilhada. Detectou-se um papel estratégico do agente comunitário de saúde para identificar ofertas em potencial e propiciar escuta de forma mais próxima à população. As práticas de promoção à saúde ainda não estão consolidadas. Quando os arranjos possibilitam inserções dos profissionais em atividades extramuros, os usuários reconhecem e se apropriam dos espaços, possibilitando ações que se distanciam da tradicional queixa-conduta.
Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica	<i>Esc. Anna Nery</i>	Localização Geográfica	Este estudo analisa o discurso de trabalhadores, apontando caminhos, dúvidas e incertezas que rondam a constituição da equipe de um serviço comunitário de saúde mental. O corpus é composto por entrevistas aplicadas no ano de 2006 a 17 dos 25 trabalhadores de saúde mental que trabalham em um serviço substitutivo de uma cidade da Região Sul do Brasil. O dispositivo metodológico que subsidia a sistematização dos dados é o "diagrama axiológico-discursivo", construído a partir dos pressupostos teóricos da Análise Crítica do Discurso. Constata-se que a incerteza operacional que une e fragmenta a equipe, ao mesmo tempo, está relacionada com uma cascata de possibilidades, que se inicia na indefinição operacional dos objetos e instrumentos de trabalho em saúde mental, e termina na dificuldade de identificar quem são os profissionais que devem cuidar da loucura no serviço. Espera-se que este estudo ajude na problematização do movimento de reforma psiquiátrica no contexto brasileiro.
A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental	<i>Paidéia (Ribeirão Preto)</i>	Conjunto Sociodemográfico	A conjunção do desenvolvimento dos psicofármacos modernos com o amplo alcance que assumiu a ênfase preventiva em saúde mental na atualidade modificou as práticas da Psiquiatria, que deixou de ser um saber voltado exclusivamente ao tratamento da loucura para dedicar-se a medicar, através da prescrição de psicofármacos, qualquer manifestação de sofrimento psíquico. O presente trabalho problematiza esse processo atual de medicalização generalizada da população e apresenta dados de um estudo exploratório amostral que objetivou conhecer, através do exame de registros de prontuários, a trajetória dos usuários da porta de entrada do Pronto Atendimento até a prescrição de psicofármacos no âmbito de um Ambulatório de Saúde Mental de uma pequena cidade do oeste paulista. Nossos dados mostram que a maioria (65%) dos usuários já chega ao serviço sob prescrição prévia de psicofármacos e que, encaminhados à consulta psiquiátrica, praticamente todos (99%) recebem prescrição de psicofármacos.
Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho	<i>Ciênc. saúde coletiva</i>	Localização Geográfica	Este estudo busca compreender a relação entre trabalho, adoecimento mental e reabilitação psicossocial a partir da narrativa de pessoas portadoras de transtorno mental e usuárias de substâncias psicoativas sobre o sentido do trabalho. O estudo ocorreu em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Goiânia (GO), do qual participaram oito pessoas adultas e de ambos os sexos, que traziam o trabalho como algo importante em suas vivências. Utiliza-se de metodologia qualitativa e exploratória, por meio da realização de grupo focal. Para o tratamento dos dados, utiliza-se a análise temática. Os resultados apontam os sentidos do trabalho enquanto existencialização e identidade social, autonomia e sociabilidade. Na interface com a saúde mental, o trabalho surge como protetor e/ou adoecedor mental. Os processos de exclusão social dos participantes ocorrem através da dificuldade de acesso à seguridade social relacionada ao trabalho e ao preconceito social vivido na tentativa de ingresso ao mundo do trabalho. Enquanto possibilidade de (re) inserção social, o estudo mostrou que os CAPS têm dificuldades em propor alternativas de inclusão pelo trabalho, apesar da melhoria de vida promovida pelo acompanhamento psicossocial.
Plantão psicológico, universidade pública e política de saúde mental	<i>Estud. psicol. (Campinas)</i>	Campo de Pesquisa	Este artigo analisa a prática de Plantão Psicológico no contexto da crise universitária e do desmanche dos serviços públicos de saúde mental na cidade de São Paulo. Define a prática de

			Plantão Psicológico e explicita o panorama empírico no qual se encontra a partir da implementação das reformas neoliberais das políticas públicas na área da saúde. Apresenta e discute a "modernização" da universidade pública e suas implicações na esfera da prestação de serviços universitária. Finalmente, esboça algumas propostas de enfrentamento da situação de crise dos serviços universitários e, mais especificamente, o Plantão Psicológico.
Enredando lutas cotidianas: dispositivos de saúde pela cidade	<i>Fractal, Rev. Psicol.</i>	Dispositivo Clínico-político	A partir das experiências de intervenções em serviços públicos de saúde e em outros setores da cidade, este trabalho afirma uma prática oficinaira descentralizada capaz de compor na construção de redes sociais, servindo de instrumento de análise e possibilitando a invenção de modos de vida e afirmação de singularidades. As intervenções na cidade abrem caminhos para mudanças nos processos em curso e contribuem para a produção de saúde/cidadania por meio da potência conectiva das lutas. O enlace dessas temáticas visa ampliar o campo problemático da atenção psicossocial e fortalecer a luta antimanicomial no Espírito Santo, apostando em novas formas de atuação.
Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a "parceria" da família: o discurso do distanciamento /	<i>Interface (Botucatu)</i>	Localização Geográfica	Este estudo analisou o discurso de trabalhadores de saúde mental sobre a participação da família no tratamento. O corpus foi composto por entrevistas aplicadas a 17 dos 25 profissionais que trabalham em um serviço substitutivo de uma cidade da região Sul do Brasil. O referencial teórico-filosófico foi a Análise Crítica do Discurso. O dispositivo metodológico que subsidiou a sistematização dos dados foi o "diagrama axiológico-discursivo". Verificou-se que os trabalhadores manifestam a importância da família no tratamento do usuário, entretanto, representação ainda pautada na responsabilização e culpabilização, quando a família se afasta do tratamento. Aos poucos, a "parceria" vai dando espaço ao "distanciamento", como dimensão cuidadora nos serviços de saúde mental. Espera-se que este estudo subsidie a constante reflexão sobre o papel das famílias em saúde mental, temática importante para repensar saberes e práticas sobre o louco, a loucura e suas relações no contexto da reforma psiquiátrica.
A atuação dos psicólogos em unidades básicas de saúde na cidade de São Paulo	<i>Saude soc.</i>	Localização Geográfica	Este artigo foi produzido com base em pesquisa qualitativa, cujo objetivo foi estudar a atuação do psicólogo em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Foram realizadas 17 entrevistas semiestruturadas com psicólogas atuantes na atenção básica à saúde, pertencentes à Coordenadoria de Saúde da região oeste da cidade de São Paulo. A análise foi de conteúdo do tipo temática e tomou por referencial teórico-conceitual a produção em análise institucional, em estudos sobre o trabalho em saúde e sobre a história da psicologia como profissão. Enfocaram-se dois aspectos interligados: as mudanças e novas necessidades de trabalho e atuação profissional que a regulamentação da profissão trouxe para a psicologia, e as políticas públicas de saúde mental no Estado e na cidade de São Paulo a partir da década de 1970. Os resultados revelam as mudanças, tensões e contradições no processo de institucionalização da psicologia clínica, tradicionalmente uma prática liberal realizada em consultório que passa a apresentar ao psicólogo novos desafios com sua inserção em instituições de saúde pública, em especial em UBS, cuja atuação passa a incluir práticas clínico-sanitárias e a ter regulações de ordem político-institucional.
O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental	<i>Estud. psicol. (Natal)</i>	Localização Geográfica	A Reforma Psiquiátrica objetiva desconstruir a relação de tutela e objetificação sustentada pelo saber/práticas psiquiátricas para com a loucura. Um dos pilares dessa relação é o diagnóstico psiquiátrico que produz efeitos importantes nas trajetórias vital e institucional dos portadores de transtornos mentais. Essa pesquisa objetivou conhecer os sentidos do diagnóstico psiquiátrico para usuários do Ambulatório de Saúde Mental na cidade de Natal/RN e os efeitos produzidos em suas vidas. Trabalhamos com observações e um roteiro semi-estruturado de entrevista. Identificamos variações na concepção do diagnóstico, alterações nas suas vidas em função do mesmo tais como a perda do trabalho, a dependência familiar, mudanças nas relações sociais, as quais são sustentadas pelo saber médico e jurídico. Entendemos que as relações tutelares com a família e os serviços de saúde se estabelecem a partir do momento que o diagnóstico é atestado

			e a vida passa a ser norteada pela "existência" do transtorno mental.
Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados	<i>Cad. Saúde Pública</i>	Localização Geográfica	O objetivo do presente estudo foi verificar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e sua relação com auto-estima, bem como outros fatores associados à ocorrência deantes. Foi realizado um estudo transversal aninhado a uma coorte no qual participaram gestantes atendidas no serviço de saúde do Sistema Único de Saúde na cidade de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Foi utilizado para o rastreamento de transtornos mentais comuns o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) e, para avaliar a auto-estima, a Escala de Auto-Estima de Rosenberg. A amostra constituiu-se de 1.267 gestantes, que tinham em média 25 anos (dp = 6,53). A média de auto-estima foi de 9,3 pontos (dp = 4,76) e a prevalência de TMC em gestantes foi de 41,4%. Evidenciou-se, também, que quanto menor a auto-estima da grávida maiores são as chances de associação a TMC (p < 0,001). Houve uma significativa associação entre maior prevalência de TMC e baixa auto-estima.
Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas	<i>Rev. Saúde Pública</i>	Conjunto Sociodemográfico	OBJETIVO: Avaliar a influência das condições socioeconômicas na associação entre transtornos mentais comuns, uso de serviços de saúde e de psicofármacos. MÉTODOS: Estudo transversal populacional conduzido na cidade de Botucatu, SP, com amostragem probabilística, estratificada e por conglomerados. Foram realizadas entrevistas domiciliares com 1.023 sujeitos de 15 anos ou mais de idade, entre 2001 e 2002. Transtorno mental comum foi avaliado utilizando o Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). O uso de serviços foi investigado com relação à quinzena anterior à entrevista e uso de psicotrópicos, nos três dias anteriores. Utilizou-se regressão logística para análise multivariável, considerando o efeito do desenho. RESULTADOS: No total da amostra, 13,4% (IC 95%: 10,7;16,0) procuraram serviços de saúde na quinzena anterior à entrevista. A procura de serviços de saúde se associou ao sexo feminino (OR=2,0) e à presença de transtorno mental comum (OR=2,2). Na amostra 13,3% (IC 95%: 9,2;17,5) referiram ter usado ao menos um psicotrópico, destacando-se os antidepressivos (5,0%) e os benzodiazepínicos (3,1%). Na análise multivariável, sexo feminino e presença de transtorno mental comum mantiveram-se associados ao uso de benzodiazepínicos. Renda per capita mostrou-se direta e independentemente associada ao uso de psicofármacos, conforme aumento da renda. CONCLUSÕES: Menor renda associou-se à presença de transtorno mental comum, mas não ao uso de psicotrópicos. A associação entre transtorno mental comum e uso de psicotrópicos e maior renda reforça a hipótese da existência de iniquidades no acesso à assistência médica na população estudada.
Inconsciente e cotidiano na prática da atenção psicossocial em saúde mental	<i>Psic.: Teor. e Pesq.</i>	Localização Geográfica	O objetivo deste artigo é analisar as concepções sobre o inconsciente ligadas ao cotidiano da prática terapêutica de rede, como contribuição à clínica em saúde mental. A pesquisa participante foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo. Os resultados mostraram as concepções mais frequentes: o inconsciente como inconsciência, o inconsciente como desconhecimento e o inconsciente como método de escuta do sujeito e das relações na instituição. Demonstaram uma flexibilidade teórica que pode permitir articulações complexas nas diversas intervenções no cotidiano da equipe referentes às subjetividades e saberes sobre o inconsciente, psicanalíticos ou não. Conclui-se que a elucidação desse saber prático sobre o inconsciente contribui para o aprofundamento dessa temática no campo da reforma psiquiátrica.
Os impasses da pobreza absoluta: a experiência da Ouvidoria Coletiva na região da Leopoldina, Rio de Janeiro (RJ, Brasil)	<i>Ciênc. saúde coletiva</i>	Conjunto Sociodemográfico	A experiência de Ouvidoria Coletiva desenvolvida na região da Leopoldina, na cidade do Rio de Janeiro, amplia a visão tradicional de vigilância em saúde e objetiva organizar um sistema de vigilância capaz de identificar os problemas de saúde da população e os recursos utilizados na tentativa de superá-los. Profissionais de saúde, líderes comunitários e religiosos se reuniram em fóruns mensais para apresentar e discutir as condições de vida percebidas nas comunidades em que atuam. A partir do olhar das dimensões sociais envolvidas nos processos de saúde-doença, este trabalho visa discutir de que forma a pobreza compromete a saúde das classes populares,

			especialmente no que se refere à saúde mental e ao "sofrimento difuso". A metodologia permitiu organizar, de modo sistemático, a escuta e favoreceu o reconhecimento do saber local, construído a partir das experiências de vida das pessoas que lidam com o sofrimento, a doença e seus determinantes nas condições de vida da população. A situação de pobreza absoluta de uma parcela significativa da população foi percebida como geradora de impasses para a resolução de problemas de saúde. Os resultados confirmam a importância de se compreenderem as estratégias de enfrentamento da população e as propostas para possíveis ações no campo da saúde
Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do "Cândido Ferreira" em Campinas	<i>Ciênc. saúde coletiva</i>	Localização Geográfica	Este artigo analisa o processo de reforma psiquiátrica a partir de um foco dirigido ao trabalho interdisciplinar dos profissionais de nível superior do serviço de saúde Dr. Cândido Ferreira, em Campinas. Trata-se de uma instituição filantrópica que contribui expressivamente com a rede de assistência à saúde mental deste município. Embora integrada à rede de assistência de saúde mental desta cidade, o serviço apresenta certa independência financeira, administrativa e gerencial em relação à ela, o que lhe permite implementar algumas experiências terapêuticas e inovações gerenciais. Mais especificamente, este artigo focaliza o processo de tomada de decisão da equipe interdisciplinar, envolvendo diagnóstico e processo terapêutico. Também aborda a organização do serviço no processo de desospitalização, como o remanejamento de pacientes em residências fora da parte central do serviço, a manutenção dessas unidades, o gerenciamento das oficinas de trabalho na instituição, que preveem um rendimento financeiro para o paciente, e a implementação de um programa de três anos de residência em psiquiatria na instituição. A abordagem metodológica da pesquisa é essencialmente qualitativa, constituindo-se de entrevistas e observação participante relacionados com os profissionais desse serviço de saúde.
Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento	<i>J. bras. psiquiatr.</i>	Conjunto Sociodemográfico	INTRODUÇÃO: Para avaliar a qualidade dos serviços de saúde mental, medidas de resultados relatados pelos próprios usuários têm sido destacadas e, mais recentemente, a percepção de mudanças. O objetivo desta pesquisa foi realizar a adaptação transcultural para o Brasil da escala canadense Questionnaire of Perceived Change, obtendo-se a Escala de Mudança Percebida (EMP), em duas versões: a dos pacientes e a dos familiares. MÉTODO: Participaram da pesquisa 20 familiares e 23 pacientes psiquiátricos de um serviço de saúde mental de uma cidade de porte médio de Minas Gerais. A escala foi submetida aos procedimentos de adaptação transcultural: tradução, retradução, análise por comissão de especialistas, estudo piloto. A escala original possui 20 itens que avaliam a mudança percebida em quatro dimensões da vida dos pacientes. As alternativas de resposta estão dispostas em escala tipo Likert de 4 pontos. RESULTADOS: Foram feitas modificações, incluindo: uma nova forma de aplicação por um entrevistador, número balanceado de alternativas de resposta resultando em três opções, redação dos itens em linguagem simples, eliminação de um item, uso de exemplos e inclusão de duas perguntas abertas. A escala mostrou-se de fácil compreensão pelos usuários. CONCLUSÃO: As duas versões da escala EMP estão adaptadas ao contexto brasileiro e apresentam equivalência semântica com a escala original. Elas servirão para avaliar os resultados do tratamento, na percepção dos seus usuários.
Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil	<i>Rev. Saúde Pública</i>	Conjunto Sociodemográfico	OBJETIVO: Detectar a prevalência de transtornos mentais em idosos residentes em área urbana. MÉTODOS: Uma amostra de 327 idosos (60 anos de idade ou mais) residentes na cidade de Montes Claros, no norte de Minas Gerais, foi selecionada por amostragem probabilística, em estratos múltiplos, dentro de estrato homogêneo, sendo a unidade amostral o domicílio. Os transtornos mentais foram aferidos por meio de um questionário de rastreamento psicogeriatrico (QRP). Utilizou-se análise univariada usando o qui-quadrado e análise multivariada de regressão logística. RESULTADOS: A prevalência estimada de transtornos mentais foi 29,3%, associada com sexo feminino, número de doença, capacidade funcional e local de residência (favela/não favela). CONCLUSÕES: Comparando com outros estudos comunitários, a prevalência de

			distúrbios mentais entre os idosos na área urbana foi alta e está associada com múltiplas doenças, incapacidade e pobreza. É uma realidade preocupante pelo de seu impacto sobre a qualidade de vida relativa à saúde da população e sobre os serviços de saúde nas próximas décadas.
Experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em Teresina (PI, Brasil)	<i>Ciênc. saúde coletiva</i>	Conjunto Sociodemográfico	O objetivo deste artigo é discutir os significados das experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em nível de Atenção Básica na cidade de Teresina, Piauí, Brasil. Realizou-se uma pesquisa qualitativa com o objetivo de compreender experiências emocionais, sociais, familiares, sexuais e laborais na perspectiva de mulheres usuárias da Saúde da Família em Teresina. Para a coleta de dados, utilizaram-se entrevista semiestruturada e observação não sistemática, realizadas na própria Unidade Municipal de Saúde. As informações coletadas desvelaram sofrimento psíquico intrínseco às experiências cotidianas, na relação familiar, em situações de traição, separação, desemprego, violência e vivência da sexualidade. Percebeu-se a importância de articular saúde mental com atenção básica, instituindo um diálogo profícuo, com vistas à proximidade entre equipes, famílias e comunidades, que certamente serão beneficiadas no enfrentamento de entraves do cotidiano, permeado por situações de violência, abuso, maus-tratos e negligência. Propõe-se preparar profissionais de saúde e implementar a interface entre Saúde da Família e atenção psicossocial, propiciando ação integral voltada ao sujeito integral.
Perfil cognitivo em idosas de dois serviços públicos em São Luís - MA	<i>Rev. psiquiatr. clín..</i>	Conjunto Sociodemográfico	CONTEXTO: Este estudo procurou estabelecer, sob o ponto de vista descritivo, o nível de cognição e variáveis sociodemográficas associadas em mulheres da sétima à nona década, em dois serviços públicos, na cidade de São Luís (MA). OBJETIVOS: Estudar o nível de cognição pelo Miniexame do Estado Mental (MMSE) e variáveis sociodemográficas associadas em mulheres da sétima à nona década, em dois serviços públicos, na cidade de São Luís (MA). MÉTODOS: Durante quatro meses um questionário com as variáveis sociodemográficas e o Miniexame do Estado Mental (MMSE) foram aplicados em pacientes ambulatoriais. As voluntárias foram avaliadas nos ambulatórios de Neurologia do Hospital Universitário Presidente Dutra e do Hospital Estadual Carlos Macieira. RESULTADOS: Oitenta pacientes foram avaliadas - 31,2% foram classificadas com transtorno cognitivo ao MEEM; 71,4% destas tinham entre 81 e 85 anos. Transtorno cognitivo estava presente em 65% das pacientes com nível educacional inferior a sete anos. Em relação ao nível de renda e cognição, foi observado que 30,4% das pacientes que apresentavam nível de renda menor que um a dois salários mínimos eram classificadas com transtorno cognitivo. Das 33 voluntárias que tinham cuidador direto, 57,6% apresentavam transtorno cognitivo. CONCLUSÕES: O estudo torna-se de relevância, pois permite se atentar para o problema na região e serve de estímulo para estudos metodológicos mais complexos, visando promover a saúde pública mental do idoso.
Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira	<i>Saude soc</i>	Localização Geográfica	Uma das proposições dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços substitutivos de assistência à saúde mental de base comunitária e territorial, é a intervenção no contexto de vida dos usuários, buscando explorar os recursos existentes para a viabilização dos projetos terapêuticos, os quais devem possibilitar transformações concretas no cotidiano. Nesse contexto, foi desenvolvida a pesquisa que tem como referencial metodológico a teoria da vida cotidiana, proposta por Agnes Heller, e as categorias analíticas, território e reabilitação psicossocial. Trata-se de um estudo de caso com a finalidade de identificar e discutir as possibilidades das práticas territoriais na produção de mudanças no cotidiano dos usuários. Nesse artigo, buscamos discutir um dos objetivos delineados no estudo: compreender a representação que a equipe multiprofissional tem sobre "território" e "serviço de saúde mental de base territorial". O campo do estudo constituiu-se em um dos CAPS III da cidade de Campinas/SP e os colaboradores desta pesquisa foram os trabalhadores de saúde mental, os usuários e não usuários do serviço. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e sessões de grupo focal. Na

			análise dos dados, sob o enfoque da Análise do Discurso, obteve-se como resultado o reconhecimento de três categorias empíricas, dentre as quais o território. As ações no território é que dão significado para o cotidiano do serviço e nisso reside a importância dessas intervenções, as quais diferenciam um hospital psiquiátrico de um serviço comunitário.
Ambiência na Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil: um estudo no CAPSi	<i>Saude soc.</i>	Localização Geográfica	O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) organiza-se como um ambulatório diário voltado para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, configurando-se como um modelo de atenção pautado em bases territoriais e comunitárias. Por ser um novo serviço direcionado a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e entendendo que a saúde engloba os aspectos do ambiente, o objetivo deste trabalho foi conhecer e descrever a ambiência no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves no CAPSi da cidade de Vitória, ES. Foram priorizados os componentes expressos na forma da atenção dispensada ao usuário e da interação estabelecida entre profissionais e usuários. Empregou-se a técnica de coleta de dados da observação participante. Verificou-se, com base na teoria de Winnicott, que a presença, a atenção aos objetos disponíveis nos espaços, a sustentação e o manejo das atividades são aspectos importantes na constituição da ambiência na atenção psicossocial, pois podem facilitar o oferecimento de um ambiente seguro e adequado às necessidades das crianças e adolescentes que sofrem com transtornos mentais graves.
Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: um estudo ecológico	<i>Ciênc. saúde coletiva</i>	Conjunto Sociodemográfico	O objetivo deste estudo foi relacionar a mortalidade por suicídio com indicadores de saúde e trabalho em seis metrópoles brasileiras: Porto Alegre, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo. Estudo ecológico, cujo desfecho é o coeficiente de mortalidade por suicídio na série histórica de 2002 a 2010, e as variáveis independentes são os indicadores de atividade laboral e de sofrimento mental. Realizou-se associação estatística por meio do teste de Correlação de Pearson e as variáveis associadas ao suicídio ($p < 0,05$) foram incluídas em um modelo de regressão linear multivariada. A mortalidade por suicídio foi maior em Porto Alegre, seguida de São Paulo, e a tendência do fenômeno foi ascendente ($p = 0,03$). Observou-se que a população economicamente ativa e ocupada permaneceu no modelo final de regressão na cidade de São Paulo. A associação entre mortalidade por suicídio e variáveis laborais sugere que o trabalho no contexto de precarização piora a qualidade de vida da população trabalhadora, implica em sofrimento físico e mental e aumenta o risco de autoagressão.
Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise	<i>Interface (Botucatu)</i>	Localização Geográfica	Este trabalho relata a experiência de avaliação do acolhimento em saúde mental na cidade de São Paulo-SP, utilizando entrevistas com trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e duas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Objetivou entender o acolhimento, considerando a percepção dos trabalhadores e identificando o vínculo e a articulação da rede nesse processo. Utilizou-se como método a hermenêutica filosófica, para identificar que elementos participantes do processo de acolhimento poderiam ser destacados. Procedeu-se à análise das narrativas a partir de três linhas de argumentação: vínculo, acolhimento e articulação da rede - resultando em quatro categorias: sensação de ausência; mistura de modelos; primazia em tecnologias duras; e ineficiência quanto à integralidade. A discussão apontou uma imbricação dessas categorias, colocando o investimento em tecnologias leves como centro do debate para a superação da sensação de ausência, da mistura dos modelos e para construção da integralidade do cuidado.
Programa de educação popular em saúde: hábitos de vida e sintomas depressivos em idosos	<i>Rev. bras. geriatr. gerontol.</i>	Conjunto Sociodemográfico	OBJETIVOS: Avaliar a proposta de um programa de educação popular em saúde para um envelhecimento saudável em duas comunidades da cidade de Campinas, SP e verificar a influência deste programa sobre os hábitos de vida e em sintomas depressivos dos participantes. MÉTODOS: Trata-se de estudo exploratório, prospectivo e intervencionista. Foram realizadas atividades educacionais com 16 indivíduos idosos, com idades que variavam entre 60 e 75 anos ($m=66,88+5,4$ anos) e que foram divididos em dois grupos com delineamento pré-teste, intervenção, pós-teste e seguimento; a intervenção consistiu de um encontro semanal de 150

			minutos, de agosto a dezembro de 2009. As medidas incluíram questionários e escalas sobre variáveis sociodemográficas, de saúde, hábitos de vida e sintomas depressivos. Os programas foram elaborados com temas escolhidos pelos idosos. RESULTADOS: O estudo mostrou melhora no tempo diário de prática de atividade física; melhora no consumo diário de verduras e legumes para os dois grupos; os participantes de um dos grupos apresentaram piora em sintomas depressivos na medida de seguimento. CONCLUSÕES : Os resultados sugerem que intervenções desse tipo podem favorecer a saúde física e mental de idosos, a partir de mudanças de comportamento em saúde; mostra também a importância do grupo social para atenuação dos sintomas depressivos em viúvas.
O impacto do baixo peso ao nascer relacionado à depressão gestacional para o financiamento federal da saúde pública: uma análise do Município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil	<i>Cad. Saúde Pública</i>	Conjunto Sociodemográfico	O baixo peso ao nascer está relacionado com morbimortalidade e sequelas no desenvolvimento infantil, impactando nos custos dos sistemas de saúde, por isso é importante avaliar fatores que o influenciam, estimando seu impacto no Sistema Único de Saúde (SUS). Este é um estudo prospectivo aninhado a um a coorte de gestantes que realizaram pré-natal e parto exclusivamente pelo SUS nos hospitais com UTI da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Entre os resultados, concluiu-se que mães com episódios de depressão gestacional apresentam quase quatro vezes mais chances de ter um filho com baixo peso ao nascer (RP = 3,94; IC: 1,49-10,36). Valendo-se do cálculo da fração atribuível na população, estima-se que, na população geral, 36,17% dos bebês com baixo peso ao nascer são filhos de mães que tiveram episódio depressivo, estimando-se um custo que pode chegar a mais de R\$ 76 milhões no Brasil. Sugere-se que se ampliem as ações preventivas e curativas para as gestantes na área da saúde mental, possibilitando melhor desfecho de saúde dos recém-nascidos, e que se utilizem adequadamente os recursos do SUS.
Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos	<i>Physis</i>	Dispositivo Clínico-político	O artigo discute o cuidado em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica em implementação no Brasil. Resulta de uma proposta de pesquisa-intervenção potencializadora da desinstitucionalização de moradores do Hospital Psiquiátrico São Pedro e aborda, mais precisamente, o trabalho de transição para os serviços residenciais terapêuticos Morada São Pedro, na cidade de Porto Alegre. Para além de mero deslocamento de um espaço físico para outro, a concepção de transição trabalhada diz respeito mais à apropriação de novos territórios subjetivos e de formas outras de viver e habitar. Os processos de subjetivação que emergiram entre usuários, trabalhadores e em nós pesquisadores, ao transitar por novos territórios de vida, foram tomados como dispositivos analisadores e são aqui problematizados, a fim de refletir sobre a função que a transição possa ter na produção de vida desses novos integrantes da vida urbana.
Produções discursivas sobre o trabalho em equipe no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo com trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial	<i>Estud. psicol. (Campinas)</i>	Localização Geográfica	O artigo objetiva analisar as produções discursivas de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial sobre o processo de atuação em equipe. Adota-se como abordagem teórico-metodológica a Psicologia Social Discursiva, uma abordagem construcionista no contexto da Psicologia Social. A opção por centrar os estudos nos trabalhadores em saúde mental deve-se ao fato de que, no Brasil, esses profissionais foram os precursores do movimento de Reforma Psiquiátrica. A pesquisa, de natureza qualitativa, contemplou 14 entrevistas semiestruturadas com profissionais de dois Centros de Atenção Psicossocial da cidade de Recife (PE). Delimitação de lugares, diluição de saberes e necessidade de formação profissional foram sentenças recorrentes durante as entrevistas. As falas aqui analisadas revelam equipes que se encontram permeadas por conflitos, tensões e possibilidades de construção de suas práticas profissionais. Tais falas apontam para a necessidade de dar visibilidade e fomentar discussões sobre as referidas práticas.
O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental	<i>Psicol. Soc.</i>	Conjunto Sociodemográfico	O momento é emblemático para as políticas públicas em saúde no Brasil, pois os novos modelos de atenção, que rompem com a lógica da psiquiatria tradicional, já estão implementados, mas sua legitimação e consistência teórico-metodológica precisam ainda ser consolidadas na práxis

			coletiva. Dessa forma , o objetivo deste estudo é estabelecer reflexões sobre as práticas nos novos dispositivos de atenção à saúde, como os CAPS - Álcool e Drogas e sua relação com as políticas realizadas pelo Ministério da Saúde. Sustentado em estudo do tipo exploratório descritivo, baseado na análise de 1122 prontuários do CAPSad da cidade de Blumenau-SC, nos anos de 2005 e 2007, o presente trabalho traçou o perfil dos usuários desse serviço. Utilizaram-se análises estatísticas univariadas e bivariadas. Estabeleceram-se discussões entre os dados obtidos e as proposições da Reforma Psiquiátrica.
Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes	<i>Saude soc</i>	Conjunto Sociodemográfico	Investigamos neste estudo a interação entre gênero, envelhecimento e consumo particularizado de calmantes (benzodiazepínicos), procurando entender como, dentro do processo de medicalização da sociedade, essa interação interfere nos modos de utilizar e nas concepções sobre os calmantes e como são (re)significados pelas consumidoras. No estudo, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 18 mulheres idosas, que a partir de uma análise qualitativa foram interpretadas, à luz dos enfoques teóricos de gênero, transição de idades e medicalização. Essas mulheres eram pertencentes a classes populares da cidade de Ribeirão Preto-SP, pacientes psiquiátricas do serviço público ambulatorial do Núcleo de Saúde Mental, vinculado ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Observamos que o consumo de calmantes é intensificado entre as mulheres idosas, que passam a tratar conflitos e questões cotidianas por meio do uso de medicamentos. As mulheres idosas, com experiência de frequência dos serviços de saúde, entre eles os psiquiátricos, durante vários anos, conseguem incorporar conhecimentos e experiências sobre o uso dos calmantes, promovendo a sua difusão no meio social.
Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional /	<i>J. bras. psiquiatr.</i>	Conjunto Sociodemográfico	OBJETIVO: Determinar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e sua associação a fatores sociodemográficos e profissionais em residentes de medicina, enfermagem, nutrição e saúde coletiva da cidade do Recife (PE). MÉTODOS: Estudo transversal foi conduzido, em 2007, envolvendo uma amostra aleatória de 178 residentes que responderam a questões sociodemográficas e sobre a formação profissional e ao Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Calcularam-se as prevalências de TMC e estimaram-se as razões de prevalência (RP) e os intervalos de confiança. RESULTADOS: A prevalência total dos TMC foi de 51,1% e não se observou associação aos fatores sociodemográficos. A prevalência do evento foi 39% maior nos médicos que nos não médicos ($p = 0,049$) e 46% maior em residentes médicos das especialidades cirúrgicas que entre os de enfermagem, nutrição e saúde coletiva ($p = 0,048$). Cinco das queixas do SRQ-20 foram mais frequentes no sexo feminino ($p < 0,05$). CONCLUSÃO: Os dados demonstram a elevada magnitude dos TMC nessa população, principalmente nos residentes médicos, e servem para educadores e gestores de serviços de saúde no sentido de viabilizar estratégias para prevenir e reuperar a qualidade de vida dos residentes.
Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos	<i>Psicol. estud.</i>	Localização Geográfica	O estudo avaliou o sentimento de sobrecarga objetiva e subjetiva deflagrado em cuidadores de adultos portadores de esquizofrenia. A coleta de dados foi realizada em um hospital-dia da rede pública da cidade de Teresina-PI - Brasil, e a amostra foi constituída por 14 familiares que cuidavam direta ou indiretamente de portador de esquizofrenia. Verificaram-se sobrecargas objetiva e subjetiva semelhantes nas dimensões relacionadas à assistência na vida cotidiana, à supervisão dos comportamentos problemáticos, ao impacto nas rotinas diárias e a preocupações com o paciente. Observou-se que os cuidadores quase sempre necessitam cobrir despesas desencadeadas pelo doente. Desse modo, destaca-se a necessidade, por parte dos dispositivos em saúde mental, de estratégias que viabilizem o apoio, a orientação e a preparação das famílias no tocante ao gerenciamento do cuidado ao portador de esquizofrenia.
Residência multiprofissional em saúde da família e a formação de psicólogos para a	<i>Saude soc.</i>	Localização Geográfica	O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu como estratégia de reorientação da atenção básica em saúde. A incorporação de profissionais de saúde mental no PSF não foi prevista na Portaria

atuação na atenção básica			n° 648 (2006), que definiu os recursos mínimos para a atuação das equipes. O Ministério da Saúde, em 2007, aprovou os Núcleos de Atenção à Saúde da Família. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família foi uma proposta coordenada pela Faculdade e Casa de Saúde Santa Marcelina, contando com dez categorias profissionais, entre elas a psicologia. Este trabalho tem o objetivo de refletir sobre a prática do psicólogo residente e analisá-la, contribuindo para a discussão das possibilidades de atuação do psicólogo no PSF na cidade de São Paulo. Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo estudo de caso, que tem o objetivo de sistematizar as intervenções realizadas, o processo de construção da planilha mensal de produção e alguns dados que ela fornece. Os resultados são: a descrição das categorias, a planilha mensal de produção com adaptações a partir dos códigos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) atribuídos aos psicólogos e um quadro com os dados quantitativos. Foi possível perceber que os princípios do PSF, a formação em psicologia e a vinculação com a Residência estão relacionados com os caminhos percorridos. Concluiu-se, então, que a quantificação é necessária para a visualização das ações, entretanto, não é suficiente para avaliar a abrangência, a eficácia e a efetividade das ações e o quanto o SIA não está preparado para o registro, o controle e a fiscalização do psicólogo inserido no PSF.
Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico	<i>Ciênc. saúde coletiva</i>	Dispositivo Clínico-político	Os serviços residenciais terapêuticos (SRT) no Brasil são considerados estratégicos e imprescindíveis no processo de desinstitucionalização de egressos de longas internações psiquiátricas que perderam vínculos sociais e familiares. No entanto, muitos são os problemas e desafios que este serviço evidencia no contexto mais amplo da atenção à saúde. Este artigo procura analisar alguns desses problemas e desafios a partir da experiência do SRT de Natal, Rio Grande do Norte, e de contribuições da literatura do campo. Propostos com base na idéia de que os encontros entre loucura e cidade são potentes no sentido da desconstrução da "lógica manicomial", os SRT são problematizadores do modelo de atenção em saúde vigente, pois exigem a desconstrução das formas rígidas e hegemônicas de morar e cuidar. Pretende-se problematizar essa "lógica manicomial" que atravessa os limites dos manicômios concretos e se atualiza no cotidiano dos serviços substitutivos em certas práticas e na frágil articulação da rede de saúde mental. A falta de articulação efetiva entre SRT e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) dá lugar a dispositivos biopolíticos no cotidiano através dos quais essa lógica opera. Discutimos, então, os riscos de captura por esta lógica e indicamos algumas das possibilidades de desconstrução, defendendo uma clínica que possibilite encontros potentes com a cidade e a construção de "redes de trabalho afetivo" produtoras de vida e liberdade.
A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental	<i>Psicol. cienc. prof</i>	Localização Geográfica	O presente estudo teve como objetivo conhecer a experiência dos profissionais da Psicologia dentro do atual modelo de atenção em saúde mental. Foi realizado um estudo qualitativo, com a utilização da técnica de entrevistas semiestruturadas, tendo como participantes sete psicólogos de três Centros de Atenção Psicossocial de uma cidade de porte médio do Rio Grande do Sul. Os resultados foram analisados através da análise de conteúdo, e revelaram o impacto inicial vivenciado pelos profissionais, manifestado através dos sentimentos de medo, frustração e impotência. Os participantes evidenciaram a importância de um constante repensar da ação profissional, destacando a realização de capacitação quando da entrada do profissional no serviço e da supervisão clínico-institucional como recurso para qualificar a prática, e ressaltaram a importância de um trabalho em equipe e do olhar multiprofissional em relação ao usuário. Pode-se concluir que os profissionais da Psicologia têm um papel preponderante nas equipes que compõem os CAPS.
Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial?	<i>Rev. psiquiatr. clín.</i>	Conjunto Sociodemográfico	CONTEXTO: A dependência química tende a afetar a família como um todo. Filhos de dependentes químicos têm um risco aumentado para o desenvolvimento da dependência química, bem como para transtornos psiquiátricos, quando comparados com outras crianças. OBJETIVO: Investigar o perfil de crianças, adolescentes e familiares em um serviço de

			<p>prevenção seletiva para filhos de dependentes químicos e discutir alternativas de intervenção e tratamento para essa população. Tipo de estudo: corte transversal. AMOSTRA: serviço de prevenção seletiva, situado em um bairro da periferia da cidade de São Paulo, com 63 familiares, 54 crianças e 45 adolescentes. INSTRUMENTOS: dados sócio-demográficos; Procedimento de Desenhos de Família com Estórias - DF-E; Drug Use Screening Inventory (DUSI); Critérios de investigação sobre situações de estresse psicossocial vividas pela criança (CID 10, 1993); Self-Report Questionnaire SRQ-20; CAGE familiar. RESULTADOS: com relação ao perfil familiar, 67% pertencem à categoria socioeconômica D; na maioria das famílias o pai é o dependente químico (67%), tendo como substância de escolha o álcool (75%). O SRQ-20 detectou, em 59% dos cônjuges que não eram dependentes químicos, risco de distúrbios em saúde mental. Nas crianças, foi observada timidez e sentimento de inferioridade, depressão, conflito familiar, carência afetiva e bom nível de energia, que é indicativo de equilíbrio emocional e mental. Nos adolescentes, foi observado maior índice de problemas nas seguintes áreas do DUSI: desordens psiquiátricas, sociabilidade, sistema familiar e lazer/recreação. CONCLUSÃO: o artigo concluiu a necessidade de um serviço especializado de prevenção seletiva, dirigido a crianças, adolescentes e familiares afetados pela dependência química, uma vez que filhos de dependentes químicos representam um grupo de risco para o desenvolvimento de problemas bio-psicossociais.</p>
<p>Distorções do pensamento em pacientes deprimidos: frequência e tipos</p>	<p><i>J. bras. psiquiatr.</i></p>	<p>Conjunto Sociodemográfico</p>	<p>OBJETIVO: O objetivo deste estudo foi identificar as principais distorções do pensamento (DP) em pacientes deprimidos, sua frequência, bem como se há relação delas com dados clínicos e sociodemográficos. Método: Estudo descritivo de corte transversal com 75 voluntários entre 18 e 65 anos, residentes na cidade de João Pessoa/PB. Aplicaram-se a escala SCID - I, apenas a parte dedicada ao diagnóstico de depressão, o Inventário de Beck para Depressão (IBD) e questionários para avaliação de dados clínicos e sociodemográficos. Foram pesquisadas as principais distorções do pensamento descritas na literatura. RESULTADOS: As distorções do pensamento mais prevalentes foram desesperança (69,3%), hipocondria (62,7%), ideias de fracasso (61,3%) e desejo de morte (60,0%). As DP ideias de culpa, desejo de morte e ideias suicidas foram as únicas a ocorrerem exclusivamente em pacientes com IBD > 10. Apenas 13,3% dos pacientes não apresentaram no momento da entrevista nenhuma distorção do pensamento. Houve associação estatisticamente significativa entre várias DP e variáveis clínicas e sociodemográficas (p < 0,05). CONCLUSÃO: Conclui-se que as distorções do pensamento são altamente prevalentes em indivíduos deprimidos, merecendo maior investigação por parte dos profissionais de saúde mental envolvidos no atendimento a pacientes deprimidos.</p>
<p>Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico</p>	<p><i>Rev. Saúde Pública</i></p>	<p>Localização Geográfica</p>	<p>OBJETIVO: O número de idosos com demência no Brasil está crescendo rapidamente, e há carência de dados empíricos sobre o impacto em cuidadores informais. O objetivo do estudo foi avaliar o impacto sobre cuidadores informais de pacientes com síndrome demencial. MÉTODOS: Estudo de corte transversal foi conduzido em um serviço psicogeriátrico da cidade de São Paulo, Brasil. Entrevistas estruturadas e semi-estruturadas foram aplicadas em 49 idosos com demência e em seus cuidadores informais. O impacto em cuidadores foi avaliado com a Zarit Burden Interview. RESULTADOS: Os pacientes eram em sua maioria do sexo feminino, apresentavam escore médio no mini exame do estado mental de 12,2 e alta frequência de transtornos de comportamento. Os cuidadores eram predominantemente mulheres, filhas ou esposas, e co-residiam com seus pacientes. A média de impacto foi de 32,4 (dp: 16,7). As variáveis estatisticamente associadas a níveis de impacto foram o grau de parentesco do cuidador com o paciente (p=0,011), sintomas psiquiátricos do cuidador (p<0,001) e tempo em que o cuidador exercia o papel de cuidar (p=0,001). CONCLUSÕES: Observou-se alta média de impacto em cuidadores de idosos, com demência, que necessitam de atendimento psicogeriátrico. É necessário que os profissionais de saúde estejam aptos a prover suporte</p>

			adequado a esses cuidadores, com o objetivo de minimizar problemas tanto para pacientes, quanto para cuidadores.
O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade	<i>Ciênc. saúde coletiva</i>	Comunidade	No Brasil, vemos surgir, a partir da década de setenta, diversas propostas inovadoras no campo da atenção à saúde mental. A partir de então, multiplicam-se no país ambulatorios de psicologia e psiquiatria, hospitais-dia, residências terapêuticas e diversos núcleos/centros de atenção psicossocial. Transformados em política pública, os centros de atenção psicossocial espalham-se pelo país, preconizando um atendimento ambulatorial, interdisciplinar e de orientação territorial. Geralmente formado sob os auspícios de um grande hospital, o psiquiatra que se propõe a trabalhar, a partir da ótica psicossocial, imerso em uma pequena cidade, vê-se exposto às diversas contradições e ilogicidades do discurso psiquiátrico clássico. Os variados saberes locais são uma ameaça ao saber psiquiátrico medicamente constituído. Respostas, antes fáceis no interior do hospital, têm variadas implicações no território e adquirem uma complexidade para a qual o psiquiatra não se encontra preparado. Assim, este trabalho tenta demonstrar a dissonância entre essas duas espécies de psiquiatria: a clássica (afinada com a biologia, com a normatividade e com a instituição) e a psicossocial (que se volta para respostas localmente construídas e que se afina com o homem, em uma dimensão muito além do seu corpo).
Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços	<i>Rev. Saúde Pública</i>	Localização Geográfica	OBJETIVO: Analisar os sentidos do cuidado para com o usuário atendido no âmbito da assistência em saúde mental, a partir de percepções de psicólogos atuando no cotidiano de serviços públicos de saúde. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Estudo exploratório qualitativo realizado na cidade de Fortaleza, CE, no ano de 2006. A amostra foi composta por oito informantes do sexo feminino, psicólogas, pertencentes ao quadro funcional da rede estadual de saúde. Para apreensão e construção das informações, foram realizadas entrevistas não-diretivas, gravadas e transcritas. A categorização dos discursos a partir de enfoque hermenêutico possibilitou a construção de rede interpretativa. ANÁLISE DOS RESULTADOS: A rede interpretativa evidenciou que o psicólogo reconhece sua inserção no campo da saúde pública como um desafio, distinto do campo de sua formação. As concepções de cuidado predominantes foram circunscritas à dimensão técnica, embora também tenham sido identificadas outras mais próximas à abertura ética e de respeito à alteridade. CONCLUSÕES: No cotidiano da assistência na rede pública, percebe-se uma atitude de cuidado como técnica, controle e anulação da diferença mais comprometida com os modelos tradicionais da biomedicina e da psicologia clínica. Foram observadas práticas que ultrapassam essa atitude e assumem uma configuração direcionada ao encontro intersubjetivo, ao diálogo, à afetação, à escuta ética, ao compartilhamento de responsabilidades e ao compromisso ético em sua perspectiva sociocultural e política.
Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais Brasileiras	<i>Rev. Assoc. Med. Bras</i>	Conjunto Sociodemográfico	OBJETIVO: Avaliar aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto e o diagnóstico de depressão maior comparando mulheres de duas capitais brasileiras (São Paulo e Natal). MÉTODOS: Estudo transversal realizado de janeiro de 2009 a maio de 2010, envolvendo a realização de entrevistas semidirigidas com mulheres em situação de abortamento (interrupção até a 22ª semana de gestação) atendidas em hospitais universitários de São Paulo (n = 166) e Natal (n = 150). Para o diagnóstico de depressão, foi aplicada a versão em português do instrumento Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD). RESULTADOS: Não houve diferença significativa (p = 0,223) na proporção de abortamentos provocados: Natal (7,3%) e São Paulo (12,0%). O diagnóstico de depressão foi elevado nas mulheres em situação de abortamento, em proporção significativamente maior na cidade de Natal do que em São Paulo (50,7% contra 32,5%, respectivamente, p < 0,01). Quanto aos aspectos emocionais, não houve diferença na ocorrência de sentimentos de culpa (Natal 27,7%; São Paulo 23,3%; p = 0,447). A participação do companheiro foi satisfatória pelas mulheres em proporção semelhante nas capitais (Natal 62,0%; São Paulo 59,0%; p = 0,576). Não se constata diferença na proporção de

			mulheres que relatam ter sofrido violência, relacionada ou não ao aborto (Natal 22,9%; São Paulo 16,6%; $p = 0,378$). CONCLUSÃO: Embora não tenha sido constatada diferença entre os aspectos emocionais e sociais na comparação entre as duas capitais, verificou-se elevada proporção de mulheres com depressão maior, sendo mais frequente na cidade de Natal, o que denota a importância de suporte psicossocial nos serviços de atenção à saúde da mulher.
Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo	<i>Rev. esc. enferm. USP</i>	Localização Geográfica	O Serviço de Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral (SEPHG) é uma proposta articulada com o movimento da reforma psiquiátrica. Objetivou-se caracterizar os clientes com sofrimento psíquico assistidos no SEPHG Dr. Estevam, em Sobral-CE. Este é um estudo do tipo documental, com abordagem quantitativa, envolvendo 191 clientes atendidos no SEPHG no período de janeiro a dezembro de 2007. Os dados foram coletados a partir de um livro de registro, cujas informações nele contidas foram retiradas dos prontuários dos clientes. Observou-se predomínio de pacientes do sexo masculino (70,15%), com idade entre 30-49 anos (48,71%) e solteiros (74,86%). A maioria era proveniente da cidade de Sobral (69,64%). Em 42,40% dos casos, o diagnóstico foi transtorno do uso de álcool. Grande parte da clientela (66,50%) deu entrada no serviço por demanda espontânea. Após avaliação do SEPHG, 43,45% desses clientes foram encaminhados ao CAPS-ad. Pelos resultados, depreende-se o quanto imprescindíveis são os serviços de saúde mental.
Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde	<i>Interface (Botucatu)</i>	Localização Geográfica	O objetivo deste trabalho foi compreender as práticas e os saberes envolvidos nas abordagens terapêuticas grupais e suas articulações com a produção do cuidado em saúde mental em um Hospital-Dia (HD) da cidade de Fortaleza-CE, por meio de pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. Para coleta de dados, realizou-se entrevista semiestruturada com 14 profissionais do HD, além da observação sistemática das práticas. Na análise crítica e reflexiva, buscaram-se convergências e divergências entre as falas dos profissionais e as observações no campo. De acordo com essa análise, as práticas terapêuticas grupais desenvolvidas no HD são importantes para a reabilitação psicossocial dos sujeitos e a equipe do HD utiliza dispositivos para a produção do cuidado, tais como: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. Ao cuidar do sujeito, a equipe procura entender sua complexidade e subjetividade. A produção do cuidado no HD inclui a participação da família do paciente e perpassa todo o projeto terapêutico.
Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família	<i>Rev. Bras. Ginecol. Obstet</i>	Localização Geográfica	OBJETIVOS: estimar a prevalência de depressão puerperal (DP) sua associação com transtorno mental comum (TMC) nas mulheres atendidas por duas unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) da cidade de São Paulo e identificar os fatores de risco associados à DP. MÉTODOS: estudo de corte transversal com 70 puérperas atendidas nas Unidades do PSF, Fazenda da Juta II e Jardim Sinhá, entre outubro de 2003 e fevereiro de 2004. Como instrumentos utilizaram-se: questionário com informações sociodemográficas econômicas e dados obstétricos e perinatais; Self-Report Questionnaire 20 (SRQ-20), para rastreamento de TMC e a Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDS), para avaliação de DP. Para testar as associações entre variáveis explicativas (fatores de risco) e a presença de DP foram utilizados os testes t de Student, χ^2 e χ^2 de tendência linear, quando indicados. Para avaliar a concordância entre a EPDS e o SRQ foi utilizado o coeficiente de concordância kappa (κ). RESULTADOS: a prevalência de TMC e de DP foi de 37,1%. As escalas apresentaram boa concordância ($\kappa = 0,75$). As variáveis explicativas idade materna, cor, escolaridade, ocupação e estado civil, além de idade, ocupação e instrução do companheiro, renda familiar, número de gestações, paridade, abortamentos, filhos vivos, partos prematuros, idade gestacional, tipo do parto, planejamento da gestação, Apgar de 1º e 5º minuto, sexo e peso do recém-nascido e aleitamento materno não apresentaram significância estatística. Quanto maior a percepção de suporte social do marido, menor a prevalência de DP ($p=0,03$). CONCLUSÃO: devido à alta prevalência e impacto negativo sobre a mãe e seu filho, é valioso sensibilizar o profissional de saúde para a importância da DP.

<p>Avaliação de déficits cognitivos em moradores com mais de 65 anos de um albergue público</p>	<p><i>Rev. psiquiatr. clín.</i></p>	<p>Conjunto Sociodemográfico</p>	<p>CONTEXTO: Há uma escassez de estudos nacionais que tenham avaliado déficits cognitivos em população idosa em situação de rua. Propôs-se o presente estudo para avaliar esses transtornos em uma população moradora de um albergue público da cidade do Rio de Janeiro. MÉTODOS: Avaliou-se uma amostra aleatória de 64 pessoas com mais de 65 anos, moradoras de um albergue público do Rio de Janeiro, por uma entrevistadora treinada em instrumentos com aspectos sociodemográfico, cognitivo, nutricional e cotidiano. RESULTADOS: A idade média foi de 72,9 anos (desvio-padrão = 6,03 anos). A maior parte da amostra foi do sexo masculino (71,9%), solteira (90,6%), oriunda do Rio de Janeiro (71,9%), analfabeta (60,9%) e desempregada no momento (82,8%). A frequência de déficits cognitivos foi de 20,3%. Da amostra, 15,6% relataram internações psiquiátricas anteriores, 12,5% apresentaram desnutrição, 39,1% não apresentaram autonomia/independência e 37,5% relataram uso abusivo de álcool estando associado estatisticamente com síndrome demencial provável (37,5% vs. 20,3%; $X^2 = 4,6$; $p = 0,03$). CONCLUSÕES: Deve-se implementar ações específicas nos albergues, no intuito de trabalhar a equipe de saúde para receber o morador e desenvolver nele competências e habilidades perdidas ou escondidas.</p>
<p>Concepções de saúde e doença mental para profissionais de um CAPSi</p>	<p><i>Psicol. estud.</i></p>	<p>Localização geográfica</p>	<p>A implantação de dispositivos destinados exclusivamente ao atendimento de crianças e de adolescentes com transtornos mentais graves é uma conquista recente, por isso são poucos os estudos que enfocam estes serviços. Nesta pesquisa, tivemos como objetivo investigar como os profissionais que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) de uma cidade da Região Sudeste do Brasil concebem os processos de saúde e doença dos usuários deste serviço. Entrevistamos vinte e quatro profissionais, mediante um roteiro semiestruturado. Os dados foram submetidos a uma análise de conteúdo temática. Destacaram-se entre os temas de análise: a explicação de transtornos mentais sob uma ótica pluricausal; a menção do transtorno como um fenômeno relacional; a abertura à cidadania e à reinserção social; a presença do sofrimento psíquico e de oscilações no transtorno; e a importância de detectar precocemente tais situações. As ideias que circulam entre o profissionais parecem considerar as particularidades do público atendido, com uma inclinação terapêutica aliada às políticas destinadas a este público.</p>

APÊNDICE D

LEGENDAS:

LG: Localização Geográfica

CS: Conjunto Sociodemográfico

CP: Campo de Pesquisa

DCP: Dispositivo Clínico-político

C: Comunidade

TABELA 10- LISTA DOS VOCÁBULOS DO SciELO

ÁREA DE CONHECIMENTO ONDE O VOCÁBULO É MAIS COMUM	TERMO	NÚMERO DE RESUMOS QUE UTILIZAM O TERMO	QUANTIDADE DE CITAÇÕES DO TERMO	DISTRIBUIÇÃO DOS PRESSUPOSTOS NOS RESUMOS QUE UTILIZAM O VOCÁBULO
Psicologia	Psicólogo(s)/ Psicologia/ Psicológic(o)/(a)	10	28	8 LG; 1 C; 1CP
	Depressão	6	13	5- CS; 1- LG
	Subjetividade(s)/Subjetivos/ Subjetiva@/(ção)	6	8	3- LG; 3- DCP
	Terapêutico	5	8	5-LG
	Vínculo	5	6	2-LG; 1- CS; 1- DCP; 1- CP
	Perfil	4	7	4- CS
	Conflito(s)	4	5	2 LG; 2 CS
	Violência	3	5	2- CS; 1- LG
	Comportamento(s)	3	3	2- LG; 1- CS
	Psicoterapia	3	3	3-LG
	Auto-estima	1	6	1- LG
	Inconsciente	1	6	1- LG
	Pensamento	1	5	1 CS
	Cognição	1	3	1- CS
	Hábitos	1	2	1- CS
Total	54	108	29- LG; 18- CS; 4- DCP; 2- CP; 1- C	

Urbanismo	Urban(o)/(a)/(os)/(as)	6	10	5- DCP; 1-CS
	Município(s)/ Municipal(ização)	5	9	3- LG; 1- CS, 1- CP
	Centralidades/ Descentraliza(das)/(ção)/(ntes)	3	6	2- DCP; 1- LG
	Bairro	2	2	2- CS
	Periferia	1	1	1- CS
	Metrópoles	1	1	1- CS
	Total	18	29	6-CS; 7- DCP; 4- LG; 1- CP
Estatística	Dados	28	32	20- LG; 8- CS
	Popula(ção)/(cional)	15	22	13- CS; 1- LG; 1- CP
	Amostra(l)/(gem)	13	19	8- CS; 5-LG
	Níve(l)/(is)	8	12	6- CS; 2- LG
	Estatística(mente)	8	9	6- CS; 2- LG
	Prevalência	6	18	3- CS; 3- LG
	(Sub)escala(s)	6	15	4- CS; 2- LG
	Escore	4	5	3- CS; 1- LG
	Desvio- Padrão/Padr(ões)/(onizados)	3	3	1- CS; 1- LG; 1- DCP
	Índice	2	3	2- CS
	Proporção	1	5	1- CS
	Dispersão	1	1	1- DCP
	Normal	1	1	1- LG
	Total	96	135	55- CS; 38- LG; 2- DCP; 1- CP
Categorias sociológicas	Família/Familiar(es)	22	57	14- LG; 6- CS; 1- DCP; 1- CP
	Soci(al)/(ais)/(idade)	20	30	9- LG; 7- CS; 3- DCP; 1- CP
	Públic(o)/(a)/(os)	18	27	6- CS; 6- LG; 3- DCP; 2- CP; 1- C
	Popula(ção)/(cional)	15	22	13- CS; 1- LG; 1- CP
	Sex(o)/(os)/(uais)	12	13	6- CS; 6- LG
	Comunidade(s)/ Comunitári(o)/(a)/(as)	9	12	5- CS; 3- LG; 1- DCP

	(Sócio)Demográfico(s)	8	15	7- CS; 1- LG
	Grupo(s)	8	11	5- CS; 3- LG
	Mulher(es)	7	19	5- CS; 2- LG
	Criança(s)	6	18	5- LG; 1- CS
	Adolescente(s)	4	12	2- CS; 2- LG
	Idoso(s)	5	12	5- CS
	Renda	5	10	3- CS; 2-LG
	Perfil	4	7	4- CS
	(Sócio)econômico(o)/(as)	4	4	4- CS
	Violência	3	5	2- CS; 1- LG
	Culturais/transcultural/ Sociocultural	3	4	2- LG; 1- CS
	Adult(a)/(as)/(os)	3	3	3- LG
	Morador(es)	2	4	1- CS; 1- DCP
	Classes	2	2	2- CS
	Sociabilidade	2	2	1- CS; 1LG
	Gênero	1	2	1- CS
	Civilidade	1	1	1-DCP
	Solteiros	1	1	1- LG
	Total	165	284	87- CS; 62- LG; 10- DCP; 5- CP; 1- C
Saúde Coletiva	Serviço(s)	35	67	18- LG; 10- CS; 4- DCP; 3- CP
	Atenção	22	46	13- LG; 4- CS; 3- DCP; 1- C; 1- CP
	Públic(o)/(a)/(os)	18	27	6- CS; 6- LG; 3- DCP; 2- CP; 1- C
	Rede(s)	17	25	9- LG; 5- DCP; 3- CS
	Reforma	15	16	11- LG; 3- DCP; 1- CS
	Cuidado(s)	14	32	9- LG; 2- CP; 2- DCP; 1- CS
	Usuário(s)	14	23	7- LG; 5- CS; 1- CP; 1- DCP
	Intervenç(ão)/(ões)	12	16	6- LG; 3- CS; 2- DCP; 1- CP

	Doença/Adoecimento	10	14	6- LG; 2- CS; 2- DCP
	Medica(lização)/(ção)/(lizantes)/Médico(s)	9	14	3- CS; 3- LG; 2- CP; 1- C
	Programa(s)	9	14	5- LG; 3- CS; 1- CP
	Modelo	9	12	6- LG; 3- CS
	Assistência	8	12	4- LG; 3- CS; 1- DCP
	Fatores	7	10	4- CS; 3- LG
	Territóri(o)(al)/(ais)	6	14	4- LG; 1- C; 1- DCP
	Instituição/Institucional(izados)/(ização)	6	11	5- LG; 1- C
	Risco(s)	6	9	3- CS; 2- LG; 1- PT
	Recurso(s)	6	6	4- LG; 2- CS
	Preven(ção)/(tiva)	5	7	5- CS
	Área(s)	5	6	4- CS; 1-CP
	Caso (s)	5	5	4- LG; 1- CS
	Acolhimento	4	7	3- LG; 1 CP
	Desinstitucionalização	4	4	4- DCP
	Demanda	3	4	3- LG
	Corresponsabilidade/(Cor)responsabilização	3	3	2- LG; 1- CS
	Gestante(s)	2	6	1- CS; 1- LG
	Matricial	2	5	2- LG
	Custo	1	2	1- CS
	Indicadores	1	2	1- CS
	Vigilância	1	2	1- CS
	Humanizadas	1	1	1- LG
	Normal	1	1	1- LG
	Total	262	423	138- LG; 71- CS 32- DCP; 15-CP; 6-C
Medicina	Transtorno(s)	20	41	11- LG; 9 CS
	Vida	16	25	8- CS; 5- LG; 3- DCP

	Paciente(s)	12	25	7- LG; 4-CS; 1-CP
	Hospita(l)/(is)/(locentricas)	11	15	5-LG; 3- CS; 2-DCP; 1- CP
	Medica(lização)/(ção)/(lizantes)/Médico	9	14	3- CS; 3- LG; 2-CP; 1- C
	Clínic(o)/(a)	10	13	6- LG; 2- DCP; 1-CS
	Doença/Adoecimento	9	14	6- LG; 2- CS; 2-DCP
	Loucura	9	10	4- LG; 3- DCP; 1-CS; 1- CP
	Ambulatóri(o)/(os)/(ais)/(al)	7	9	3-CS; 3- LG; 1- C
	Depressão	6	13	5- CS; 1- LG
	Diagnóstic(a)/(o)	6	11	4- LG; 2- CS
	Tratamento	6	8	3- CS; 3- LG
	Sintomas	5	8	3- LG; 2-CS
	Terapêutico	5	8	5- LG
	Manicômiais/ Antimanicomial	5	7	4- DCP; 1-LG
	Psiquiatria	4	5	2- CS; 1- C; 1- LG
	Reabilitação	3	3	3- LG
	Psicofármacos	2	7	2- CS
	Normal	1	1	1- LG
	Patológico	1	1	1- LG
	Total	147	240	73- LG; 50- CS; 16- DCP; 5- CP; 3- C
Filosofia pós- estruturalista	Dispositivo(s)	10	13	6- LG; 3- DCP; 1-CS
	Discurso(s)/Discursiva(s)	8	15	7- LG; 1- C
	Subjetividade(s)/Subjetivos/ Subjetiva@/(ção)	6	8	3- LG; 3- DCP
	Diferença(s)	4	7	2- CP; 1- CS; 1-LG
	Desconstru(ir)/(ção)	2	4	1- LG; 1- DCP
	Biopolític(o)/(os)/(a)	2	3	2- DCP

	Disciplinar(es)	2	2	2-DCP
	Geneal(ogia)/(ógico)	1	2	1- DCP
	Biopoder	1	1	1- DCP
	Fluxos	1	1	1- CS
	Total	37	56	18- LG; 13- DCP; 3- CS; 2- CP; 1- C
Geografia	Popula(ção)/(cional)	15	22	13- CS; 1- LG; 1- CP
	(Sócio)Demográfico(s)	8	15	7- CS; 1- LG
	Espaço(s)	7	10	4- DCP; 2- LG; 1- CS
	Territóri(o)(al)/(ais)	6	14	4- LG; 1- C; 1- DCP
	Urban(o)/(a)/(os/(as)	6	10	5- DCP; 1-CS
	Área(s)	5	6	4- CS; 1-CP
	(Sócio)econômico(o)/(as)	4	4	4- CS
	Migração	1	4	1- CS
	Metrópoles	1	1	1- CS
	Local(mente)	5	5	2- CS; 1- C; 1- DCP; 1- LG
	Residência(s)	4	6	2- LG; 1- C; 1-CS
	Total	62	97	35- CS; 11- DCP; 11- LG; 3- C; 2- CP

APÊNDICE E

TABELA 11- LISTA DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS ANALISADAS NO CURRÍCULO LATTES

TÍTULO DA PRODUÇÃO	TIPO DE PRODUÇÃO	PRESSUPOSTO	DESCRIÇÃO DA OBRA
As Cidades e as Intervenções sobre o Diverso: contribuições da Desinstitucionalização Italiana	Projeto de pesquisa	Dispositivo Clínico-político	“Descrição: A pesquisa visa investigar a vida social dos ex-pacientes do Hospital Psiquiátrico Osservanza, Imola, após o cumprimento da Lei 180 conquistada pela Reforma Psiquiátrica italiana, que proíbe o funcionamento do manicômio, as longas internações em todo o território italiano. Objetiva refletir os desafios políticos advindos da presença destes agora "cidadãos" no cotidiano urbano; deseja detectar as práticas de poder sobre a diferença nas metrópoles do capitalismo contemporâneo. A categoria cidade utilizada na pesquisa afasta-se do sentido de um espaço simbólico ou funcional a uma natureza humana indiferente às tramas da história. À luz das contribuições de Michel Foucault e Walter Benjamin, entre outros autores, esta categoria será utilizada como campo de produção e de confronto de forças, lugar de assujeitamentos, transgressões, de singulares e múltiplas formas de criação e de lutas. Selecionamos para a pesquisa intervenção a residência Cá de Vento, primeira moradia criada pela Reforma em Imola, onde residem 20 moradores, homens e mulheres entre 45 e 70 anos, ex-pacientes do Hospital Osservanza. A pesquisa pretende ouvir suas histórias sobre a presença polifônica da cidade no cotidiano da nova morada; deseja destacar, através das suas narrativas, as inquietações e os projetos destes "cidadãos" na vida urbana. Objetiva também focar a atenção nos desafios singulares que possam emergir nesta residência aos técnicos de apoio aos moradores; ouvir as interpelações, descobertas, tensões da desinstitucionalização em curso desencadeadas pelo novo espaço.”
O louco e a rua: a clínica em movimento mais além das fronteiras institucionais	Artigo completo publicado em periódico	Dispositivo Clínico-político	“Cada louco é, hoje, sua própria nau errante, deslizando invisível, à deriva, pelas ruas, sem porto de chegada. Um ambulatório, hospital-dia ou internação fazem, às vezes, de ponto de paragem, mas sem amarragem com a própria vida, que escoia contínua pelos instantes ou, imóvel, congela a nascente do tempo. Com que bóias, então, sustentar a sua livre navegação pelas vias da cidade? De que amarras é preciso desfazerem-se os profissionais para, com mãos livres, tecerem os fios que possam ancorá-lo, ainda que brevemente, à terra urbana? Respostas a essas questões não se formulam nem nos manuais de atendimento clínico nem nas diretrizes políticas de saúde mental. Elas inventam-se continuamente na prática cotidiana das equipes envolvidas no trabalho em saúde mental, diante do desafio que lhes lança cada um daqueles que busca, ou deixa de buscar, atendimento. Para que essas práticas microscópicas se entrelacem em rede, é necessário fomentá-las, expandi-las, e, sobretudo, desterritorializá-las, deslocá-las do âmbito restrito dos serviços de saúde mental, lançando-as no espaço aberto do urbano – o que não significa, como já ocorreu no passado, uma psiquiatrização do social, mas o assujeitamento, ao social, da psiquiatria e suas congêneres (Palombini, 1998; p.46). Trata-se de tarefa inadiável, se queremos que o louco ocupe lugar na cidade, não enquanto doente mental, mas em sua peculiar condição de sujeito.”

Interferências urbanas: a presença das cidades nos discursos/práticas de saúde mental	Dissertação concluída	Dispositivo Clínico-político	<p>“Resumo: Esta pesquisa se propõe a analisar a concepção de território que atravessa os discursos e práticas em saúde mental a partir do surgimento do modelo de assistência psicossocial. A luz das questões sobre a construção da assistência ampliada e articulada ao território que visa promover a inclusão social dos usuários dos dispositivos da reforma psiquiátrica, proporemos uma interlocução com alguns autores que analisam os sentidos e usos possíveis do território na atualidade. As diversas formas de apropriação dos territórios, das cidades que forjam movimentos de resistência e subversão a ordem instituída, nos permite interferir no processo de reforma psiquiátrica.</p>
Uma nova clínica na cidade: uma experiência em saúde mental - práticas transversalizadas	Projeto de pesquisa	Dispositivo Clínico-político	<p>“Descrição: Objetivo geral: Estudar as práticas clínicas em Psicologia em serviços públicos na cidade de Belo Horizonte. Objetivos específicos: - Elaborar um panorama histórico do desenvolvimento das novas práticas clínicas. - Apurar conceitualmente a noção de clínica associada a essas novas práticas, em especial o novo que se distingue das ações clássicas da psicologia clínica. - Identificar as conexões entre essas novas práticas e a vida urbana. - Conhecer o ponto de vista dos profissionais envolvidos com essas práticas - Propor alguns elementos de avaliação dessas práticas tanto do ponto de vista teórico-técnico quanto do ético-político.”</p>
Acompanhamento terapêutico: vertigens da clínica no concreto da cidade.	Artigo completo publicado em periódico	Dispositivo Clínico-político	<p>“Resumo: Este artigo tem como ponto de partida o percurso de uma experiência desenvolvida desde 1998 junto ao Instituto de Psicologia da UFRGS, em parceria com serviços de saúde mental da rede pública, tendo a atividade do acompanhamento terapêutico (AT) como vetor no contexto da reforma psiquiátrica, o acompanhamento terapêutico torna-se uma função emblemática da interpenetração das disciplinas psi com o espaço e tempo da cidade. Se diferentes vertentes da clínica disponibilizam ferramentas conceituais com as quais se constrói a prática do AT, é do encontro entre acompanhante e acompanhado em meio à cidade e seus jogos de força que surgem as interpelações que aqui lançamos, em retorno, no campo da clínica, à psicanálise mesma. Palavra-chaves: Acompanhamento terapêutico, Psicanálise, Cidade, Saúde mental.”</p>
Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político	Artigo completo publicado em periódico	Dispositivo Clínico-político	<p>Considerando que o acompanhamento terapêutico, no contexto da reforma psiquiátrica em curso, torna-se uma função emblemática da mistura e contágio das disciplinas psi com o espaço e tempo da cidade, o artigo toma inicialmente como base a noção de dispositivo, tal como a define Michel Foucault, para abordar os elementos que constituem condição para que o acompanhamento terapêutico possa operar como dispositivo clínico-político em apoio à consolidação e colocação em análise do processo da reforma psiquiátrica. Em um segundo momento propõe como problematização para a clínica do acompanhamento terapêutico, fundada em Lacan, Winnicott ou Deleuze-Guattari, sua operação no espaço múltiplo e aberto da cidade, onde a conflitualidade e o imprevisto inevitavelmente têm lugar.</p>
Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade. Contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica (resumo de tese)	Artigo completo publicado em periódico	Dispositivo Clínico-político	<p>“Considerando que é esse paradoxo que o acompanhamento terapêutico, ao abrir-se à cidade, vem habitar, a pesquisa busca identificar as ferramentas conceituais de que se serve o acompanhamento terapêutico em cada uma de suas vertentes teóricas – referendadas seja em Lacan, em Winnicott ou em Deleuze e Guattari – e o modo como essas ferramentas possibilitam à clínica a incorporação do espaço público, por meio de objetos e relações, tanto simbólicos como materiais, sem fazer uso de uma relação de domínio à parte, que implique segregação com respeito à sociedade comum.”</p>

<p>A Função Publicizante do Acompanhamento Terapêutico na Clínica: o contexto, o texto e o foratexto do AT</p>	<p>Dissertação concluída</p>	<p>Dispositivo Clínico-político</p>	<p>“Resumo: Esta pesquisa investiga o Acompanhamento terapêutico (AT) como dispositivo clínico-político e suas implicações na atenção à saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Construímos o trabalho em três momentos: num primeiro traçamos o contexto em que tem se dado as experiências de AT; num segundo trouxemos à tona os textos sobre AT e, num terceiro, incluímos o foratexto, ou seja, problematizamos e fizemos interceder no texto e no contexto as funções que tal dispositivo faz funcionar. O AT surgiu num movimento de desinstitucionalização da loucura, tomando a cidade como campo de experimentação e inserindo-se para além dos estabelecimentos de saúde. Realizar uma ‘clínica sem muros’, problematizando a um só tempo a doença mental e sua relação com os espaços urbanos e interrogando radicalmente as práticas manicomialis. Paradoxalmente, há uma tendência no campo do AT de institucionalização e privatização da clínica, fazendo do mesmo um especialismo. Acompanhando o dispositivo em suas variações e em sua articulação com a rede de saúde mental brasileira, atentamos aos agenciamentos que estabelece com a Psiquiatria, com a Psicanálise, com as Universidades e com a cidade e os efeitos políticos que tais agenciamentos produzem. As relações que se estabelecem entre os vetores que compõem o plano da experimentação clínica do AT, dão visibilidade a algumas funções que o dispositivo AT opera: função micropolítica, função de transversalização, função rizomática, função deslocalizadora e analisadora da clínica, função de resistência aos modelos centrípetos e analisadora do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, função de territorialização, função inclusiva e função de publicização, ou de geração de um plano comum na clínica. O AT comparece como um mobilizador de forças capazes de consolidar um estatuto público para a clínica.</p>
<p>Educação do lugar: saúde mental e pedagogias da cidade</p>	<p>Dissertação concluída</p>	<p>Dispositivo Clínico-político</p>	<p>“Resumo: Este trabalho procura a educação como desafio à saúde, ativação de pensamento, pelos abalos do fora sobre o território psicossocial estruturado nos serviços de saúde mental. Trata-se de uma investigação realizada na "zona de fronteira" entre o serviço de atenção psicossocial e as ruas da cidade, a cultura da cidade, as zonas de resistir e criar nas redes sociais contemporâneas. Após "fechar" os manicômios e abrir serviços substitutivos, no processo de inserir pessoas com a vivência de transtorno psíquico em redes de acolhimento em saúde uma nova pergunta: dessegregar é estender a clínica ou inserir na cidade? Se a esfera da cidade é o território da política (polis) e das redes sociais, a cidade é desafio de pensamento, desafio de prática, desafio de estudo para sistematizar um conhecimento que oriente práticas. A aposta no encontro da saúde com a educação em uma pedagogia da cidade é a aposta na construção de aprendizagens por encontro, exposições, interações para a emergência de laços sociais. Uma educação do lugar que não se impõe, uma vez que emerge das forças de resistir e criar. Destacamos os laços sociais, que produzem um híbrido da atenção em saúde mental e sua clínica, com a educação e seus enlacs na cultura. Trata-se de situar lugares de acolhimento para a ‘alta’ da clínica em pedagogias da cidade. Pedagogias da cidade, zonas de confiança e acolhimento, efeitos da tecitura de redes na qual o coletivo e o singular coexistem, configurando a Educação do Lugar.”</p>
<p>Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental</p>	<p>Artigo completo publicado em periódico</p>	<p>Dispositivo Clínico-político</p>	<p><i>“Relações entre Clínica, Comunidade, Região e Cidade</i> - 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.”</p>

<p>Utópicas cidades de nossas andanças: flânerie e amizade no acompanhamento terapêutico</p>	<p>Artigo completo publicado em periódico</p>	<p>Dispositivo Clínico-político</p>	<p>“Resumo: Com base na experiência do acompanhamento terapêutico como uma clínica sem muros, imersa na cidade, o artigo centra-se no tema da cidade nas suas relações com a subjetividade. Valendo-se das elaborações de Benjamin sobre a flânerie e a idéia da amizade como política, presente em Foucault e Derrida, o texto assinala a importância, para a consecução dessa clínica, de se tomar em consideração a cidade como polis, aberta ao encontro com a diferença e, portanto, território de conflitos e negociação. Assim, a cidade como polis é a utopia que a clínica do acompanhamento terapêutico busca ativar.</p>
<p>Coisas que se passam sobre a pele da cidade: clínica urbana e políticas de subjetivação no contemporâneo</p>	<p>Projeto de pesquisa</p>	<p>Dispositivo Clínico-político</p>	<p>“Descrição: Inspirados em Michel Foucault, elegemos como indagação-eixo para o nosso trabalho a questão: "o que temos feito de nós mesmos?". Essa é uma questão que roça aquilo que nos dói, que atravessa nossos corpos e almas, que perpassa nosso tempo e as tramas da malha urbana, nossa cidade. Assim, saímos às ruas para ouvir histórias de vida, histórias de vidas anônimas, histórias de vidas infâmes, histórias de uns que se misturam as histórias de outros. A escuta dessas histórias nos permite a produção de narrativas, que se fazem por imagens e palavras, e nos permitem conta-las por meio de fotografias, de pequenos filmes, de textos, de dissertações. Ao compartilharmos essas histórias, percebemos que algo que é vivido como próprio, como individual, nos enlaça em tantos pontos em comum, nos aproxima, nos liberta de certas idiosincrasias que nos capturam. Esse é o nosso compromisso ético e político com a (re)invenção do cuidar e de uma clínica ampliada.”</p>
<p>Produção de documentário: imagens e polifonias da desinstitucionalização da loucura na cidade</p>	<p>Dissertação concluída</p>	<p>Dispositivo Clínico-político</p>	<p>“Resumo: As transformações que a Reforma Psiquiátrica possibilitou na relação entre a cidade e a loucura trouxe aos usuários de saúde mental, antes confinados nos manicômios, uma abertura para a diversidade de relações e acontecimentos no espaço urbano. Ao mesmo tempo, nessa relação, existe a possibilidade de que a presença antes interdita do louco no espaço urbano possa ser agente de novos modos de ser e habitar a cidade. O contato do louco com a polis e vice-versa permite que todos os habitantes possam estar em contato com o estranhamento, proporcionando um terreno fecundo para irrupção de novas formas de ser, de estar e habitar a cidade. Baseado nesta relação e nesta mudança de perspectiva desencadeada pela desinstitucionalização da loucura, surgiu a produção de um documentário que retrata justamente este cenário contemporâneo, este momento singular no processo da reforma psiquiátrica, em que pessoas deixam de ocupar o manicômio e habitam a vida comum da cidade. Esta produção, iniciada no ano de 2008, inspirada na itinerância de Abel, morador de um serviço substitutivo ao manicômio, e através do depoimento de algumas pessoas que o conheciam, é o balizador desta dissertação. A partir de pensadores sobre o cinema como Deleuze, Vertov, Benjamin, Comolli, Lins, Ramos, entre outros, aos quais se soma a análise da produção do documentário "Eu Conheço o Abel", procurouse elementos para analisar a produção de cinema documental como agente de transformação do real, e não como retratação do real, como sugerem algumas correntes da produção de documentários. A partir desta análise, puderam ser estabelecidas ressonâncias com a ética e a pesquisa em psicologia social.”</p>
<p>Multiversas Cidades, tessituras de redes: acompanhamento terapêutico</p>	<p>Artigo completo publicado em periódico (Trata-se de um prefácio da edição do periódico)</p>	<p>Dispositivo Clínico-político</p>	<p>“A abertura para estar com o outro, entre traçados de vidas que inventam a geografia cidadina, nos convoca a uma clínica extramuros, sem muros, feita dos acontecimentos que emergem das andanças pelos espaços e tempos da cidade. A experiência do acompanhamento terapêutico, quando imbuída dessa direção, faz emergir problemáticas que há muito interessam à psicologia social no Brasil, envolvendo as relações entre cidade e subjetividade, entre políticas públicas e redes territoriais de cuidado e entre reforma psiquiátrica e desinstitucionalização da loucura”</p>

Territórios da loucura	Dissertação concluída	Dispositivo Clínico-político	<p>“Resumo: A loucura desperta ao mesmo tempo medo e fascínio, um espelho pelo avesso que revela o homem na sua forma mais insólita. Esta pesquisa tem como campo de análise territórios onde se pode encontrar e conviver com a mesma, tendo como objetivo analisar as mudanças ali ocorridas durante os últimos anos. Está dividida em três partes que correspondem a três territórios: a rua, o hospital psiquiátrico e o centro de atenção psicossocial, todos situados na cidade de Uberaba, interior de Minas Gerais. Valendo-se do contexto histórico, da literatura e da análise institucional, tratou-se da construção de uma escrita experimental ou cartográfica. As análises partiram de observações, diálogos, entrevistas e experiências clínicas que favoreceram uma melhor compreensão das principais transformações ocorridas em cada território; essas mudanças atravessam diversas esferas, seja política, econômica, cultural, social e ética. Algumas geraram entraves que interferem até hoje diretamente na representação social, nas formas de tratamento, no funcionamento e organização desses territórios, nos modos de convivência e nas práticas daqueles que decidem tratar a loucura. A dissertação termina com um questionamento ético referente ao papel do profissional que atua hoje na saúde mental, revelando os desafios permanentes na construção de um território e uma prática clínica a mais horizontal possível.</p>
Arte, loucura e cidade: a invenção de novos possíveis.	Artigo completo publicado em periódico	Localização Geográfica	<p>"RESUMO: O presente trabalho intenta discutir as possibilidades trazidas pela arte no contexto da desinstitucionalização da loucura. Propõe-se que tal dispositivo pode ir além de um uso meramente instrumental e disciplinador, criando novos regimes de visibilidade e de sociabilidade no cotidiano urbano. Nesse sentido, apresentamos algumas imagens que nos ajudam a refletir sobre a potência da arte e debatemos algumas ações que estão em curso a partir do “Projeto Arte e Saúde”. A despeito das dificuldades vivenciadas, observamos que a produção de encontros derivados dessas experiências aponta para outras formas de lidar com a diferença e vivenciar a cidade por meio da arte.</p>
Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde	Artigo publicado em periódico completo	Dispositivo Clínico-político	<p>“Resumo: Este artigo discute práticas de cuidado do Consultório de/na rua, serviço que se delinea no Sistema Único de Saúde, destinado à atenção às pessoas em situação de rua. A intenção é problematizar as estratégias de acolhimento e cuidado em saúde, bem como as diretrizes ou valores desse trabalho, muitas vezes destoantes entre si, como: as ações programadas de rastreamento e autoridade moral sobre pessoas com vida na rua e as ações disruptivas do modelo urbano de cidade saudável e segura, para uma forte inclusão de pessoas que, por variados motivos, levam esse tipo de vida. Como recurso de análise, estão diários de campo escritos pelos trabalhadores de um desses consultórios – localizado em Porto Alegre, Brasil – que, em seu cotidiano, percorrem as ruas e redes de saúde e intersetorial com todas as suas dificuldades e potências.</p>

APÊNDICE F

TABELA 12- LISTA DOS VOCÁBULOS DO CURRÍCULO LATTES

LEGENDAS:

LG: Localização Geográfica

DCP: Dispositivo Clínico-político

ÁREA DE CONHECIMENTO ONDE O VOCÁBULO É MAIS COMUM	VOCÁBULOS	NÚMERO DE RESUMOS QUE UTILIZAM O TERMO	QUANTIDADE DE CITAÇÕES DO TERMO	DISTRIBUIÇÃO DOS PRESSUPOSTOS NOS RESUMOS QUE UTILIZAM O VOCÁBULO
Psicologia	Psicologia	4	5	4- DCP
	Psicossocial	3	4	2- DCP; 1- LG
	Psicanálise	2	3	2- DCP;
	Total	9	12	8- DCP; 1- LG;
Urbanismo	Urban(o)/(a)	8	11	8- DCP;
	Rua(s)	5	8	4- DCP; 1- LG;
	Tramas	2	2	2- DCP
	Zona(s)	1	3	1- DCP
	Malha	1	1	1- DCP
	Metrópoles	1	1	1- DCP
	Total	18	26	17- DCP; 1- LG;
Categorias sociológicas	Família	1	1	1- DCP
	Sociedade	1	1	1- DCP
	Social	6	8	5- DCP; 1 LG
	Cultura	2	3	1- DCP; 1- LG
	Homens	1	1	1- DCP
	Mulheres	1	1	1- DCP
	Econômica	1	1	1- LG
	Sociabilidade	1	1	1- LG
Morador(es)	2	3	2- DCP	

	Total	16	20	12- DCP; 4- LG;
Saúde Coletiva	Reforma	7	11	7- DCP
	Rede(s)	7	10	7- DCP;
	Atenção	5	6	4- DCP; 1- LG;
	Públic(o)/(a)/(os)	5	5	5- DCP;
	Serviço(s)	4	5	4- DCP;
	Cuida(r)/(do)	3	4	3- DCP
	Acolhimento	2	4	2- DCP
	Usuários	2	2	2- DCP
	Território(s)	5	14	4- DCP; 1- LG
	Assistência	1	2	1- DCP
	Total	41	63	39- DCP; 2- LG
Medicina	Vida	7	11	7-DCP;
	Hospital	2	3	1- DCP; 1- LG
	Clínica(S)	11	25	10- DCP; 1- LG;
	Doença/Adoecimento	1	1	1- DCP
	Loucura	5	8	4- DCP; 1- LG;
	Tratamentos	2	2	1- DCP; 1- LG
	Corpos	1	1	1- DCP
	Terapêutico	6	12	6- DCP
	Manicômi(o)/(ais)	4	6	4- DCP
	Psiquiatri(a)/(zação)	2	3	2- DCP
	Total	41	72	37- DCP; 4- LG;
Filosofia pós- estruturalista	Dispositivo(s)	4	8	3- DCP; 1- LG
	Diferença	3	3	3- DCP
	Agenciamentos	2	3	2- DCP
	Potência	2	2	2- DCP
	Subjetividade	2	2	2- DCP
	Vetor(es)	2	2	2- DCP
	Assujeitamentos	2	2	2- DCP
	Arte	1	4	1- DCP
	Disciplinador	1	1	1- DCP
	Discursos	1	1	1-DCP
	Total	20	28	19- DCP; 1- LG
Geografia	Espaço(s)	8	11	8- DCP

Urban(o)/(a)	8	11	8- DCP;
Território(s)	5	14	4- DCP; 1- LG
Cartográfica	1	1	1- LG
Lugar	4	6	4- DCP
Metrópoles	1	1	1- DCP
Região	1	1	1- DCP
Total	28	45	26- DCP; 2- LG