



Eliane Regina Pereira  
(Organizadora)

# Saúde Mental: um Campo em Construção

**Atena**  
Editora  
Ano 2019

**Eliane Regina Pereira**

(Organizadora)

# Saúde Mental: Um Campo em Construção

Atena Editora  
2019

2019 by Atena Editora  
Copyright © Atena Editora  
Copyright do Texto © 2019 Os Autores  
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora  
Editora Executiva: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonella Carvalho de Oliveira  
Diagramação: Karine de Lima  
Edição de Arte: Lorena Prestes  
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

#### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista  
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal  
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)</b>	
S255	Saúde mental [recurso eletrônico] : um campo em construção / Organizadora Eliane Regina Pereira. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019.  Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-596-9 DOI 10.22533/at.ed.969190309  1. Política de saúde. 2. Saúde pública. 3. Serviços de saúde mental – Brasil. I. Pereira, Eliane Regina.  CDD 362
<b>Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422</b>	

Atena Editora  
Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

A fabricação da doença

Boa saúde? Saúde ruim? Tudo depende do ponto de vista. Do ponto de vista da grande indústria farmacêutica, a má saúde é muito saudável.

A timidez, digamos, podia ser simpática, e talvez atrativa, até se transformar em doença. No ano de 1980, a American Psychiatric Association decidiu que a timidez é uma doença psiquiátrica e a incluiu em seu Manual de alterações mentais, que periodicamente põe os sacerdotes da Ciência em dia.

Como toda doença, a timidez precisa de medicamentos. Desde que a notícia se tornou conhecida, os grandes laboratórios ganharam fortunas vendendo esperanças de cura aos pacientes infestados por essa fobia social, alergia a pessoas, doença médica severa... (Eduardo Galeano, 2012, p. 124)<sup>1</sup>

Minha escolha por iniciar a apresentação deste ebook com Galeano se dá, por me sentir provocada a pensar no termo saúde. Quando falamos em saúde precisamos delimitar se falamos de um campo de prática ou de um campo de conhecimento.

Como campo de prática temos o SUS (Sistema Único de Saúde) – mas não apenas ele – que como sabemos é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Básica, até o transplante de órgãos. Mas, quando falamos de campo de conhecimento, precisamos de uma discussão ampliada sobre o conceito de saúde. Não pretendo aqui analisar o conceito de saúde da OMS (Organização Mundial da Saúde), uma vez que apesar dos avanços trazidos pelo conceito, ele não rompe com o paradigma da saúde vista como um equivalente inverso da doença.

Aqui, quero destacar, não um conceito de saúde, mas uma compreensão. Sawaia (1995)<sup>2</sup> escreve que saúde não é a ausência de doença ou de angústia, mas, é ter no corpo potência que permita a cada sujeito lutar. Lutar contra o que lhe entristece. Lutar contra a angústia que toma conta de si. A autora diz ainda, que promover saúde não é ministrar medicamentos ou ensinar padrões comportamentais, mas é atuar na base afetivo-volitiva dos comportamentos e ações, ou seja, atuar na relação emoção/pensamento.

Somando a esta discussão, Souza e Sawaia (2016, p. 04)<sup>3</sup> defendem que saúde é um conceito ético-político. As autoras escrevem

---

1 Galeano, Eduardo. (2012). Os filhos dos dias. (Tradução Eric Nepomuceno). Porto Alegre: L&P.

2 Sawaia, Bader Burihan. (1995). Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora. Psicologia Social: aspectos epistemológicos e éticos. In S. T. M. Lane & B. B. Sawaia (Orgs.), Novas veredas da Psicologia Social (pp. 157-68). São Paulo: Brasiliense

3 Souza, Ana Silvia Ariza de, & Sawaia, Bader Burihan. (2016). A Saúde como Potência de Ação: uma análise do coletivo e de Comuna do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Revista Psicologia Política, 16 (37), 305-320. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2016000300005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2016000300005&lng=pt&tlng=pt).

“buscamos ressaltar uma dimensão ético-política da saúde, que considera essas determinações sociais, mas vai além, coloca o processo de saúde/doença na ordem da dialética entre autonomia e heteronomia, o que significa tirar a saúde do campo biológico e das condições materiais, inserindo-as na ordem da virtude pública. A saúde vai além do estado de bem-estar físico e espiritual, e adquire a dimensão da felicidade pública: poder de negociação com as autoridades de discutir os negócios públicos(...)”.

Demarcar que a saúde é ético-política, nos faz recordar que existe um sujeito, um sujeito de potência. E, portanto, não podemos falar em saúde, se não falarmos de condições de vida, se não falarmos de racismo, se não falarmos de violência doméstica, se não falarmos de questões de gênero. Se não falarmos dos determinantes sociais que constituem ética e politicamente a vida desse sujeito.

Quando Galeano escreve “A fabricação da doença”, sinto-me provocada a pensar na sociedade em que vivemos e, na medicalização da vida, do cotidiano, ou qualquer momento mais frágil no qual estejamos inseridos. Ao medicalizar a vida, esquecemos da potência humana, de toda potência que ainda existe apesar das dificuldades, das desigualdades, do sofrimento. Não dá para falar de saúde demarcando apenas a ausência de doença, demarcando apenas condições biológicas de vida, porque ter potência para lutar em momentos de dificuldade é ter SAUDE.

Não podemos negar o sofrimento, mas precisamos entender que ele compõe o sujeito, não é negar as condições sociais mais ao contrário entender que elas constituem sujeitos. Estar saudável é, portanto, dar conta de lutar, ter vigor, ter potência.

Este ebook é resultado de uma série de pesquisas e experiências em psicologia. Nele há relatos de sofrimento, mas muitos relatos de potência, de novos modos de compreender sujeitos e suas condições de saúde-doença.

O livro está organizado em três partes. A primeira parte intitulada “Relatos de Pesquisas” conta com vinte capítulos que apresentam diferentes pesquisas, algumas teóricas outras empíricas. As temáticas que circulam nesta parte, se referem a formação dos profissionais de saúde, diferentes propostas terapêuticas - Terapia Comunitária, Sarau Poético, Arteterapia - e, diferentes processos de adoecimento - autismo, usuários de CAPS, sofrimento psíquico, Reforma Psiquiátrica, Promoção de Saúde, Suicídio, Estupro, Depressão, Dependência Química. A segunda parte intitulada “Relatos de Experiência” é composta de seis capítulos. Nesta parte, os autores contam sobre seus trabalhos e os caminhos de compreensão do processo saúde-doença. A terceira e última parte intitulada “Ensaio” inclui oito pequenos textos, que permitem ao leitor acompanhar as reflexões iniciadas pelos autores.

Desejamos boa leitura a todos e que os conhecimentos aqui apresentados possam provocar e convocar reflexões, como faz Galeano.

Eliane Regina Pereira

## SUMÁRIO

### PARTE 1 – RELATOS DE PESQUISA

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
A ARTETERAPIA COMO EXPRESSÃO E SUPORTE DE SENTIMENTOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS	
Vanessa de Sousa Callai Ana Cláudia Afonso Valladares-Torres	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9691903091</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>14</b>
A PSICOLOGIA NOS CAPS	
Karla Maria Duarte Castro	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9691903092</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>26</b>
A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM PSICOLOGIA: DESAFIOS E REFLEXÕES SOBRE O SUICÍDIO	
Silvana Viana Andrade Suze Cristina Barros dos Santos Vânia Matias de Oliveira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9691903093</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>38</b>
AÇÕES DE PROTAGONISMO E GARANTIA DE DIREITOS NOS CAPS NO DISTRITO FEDERAL	
André Vinícius Pires Guerrero Barbara Coelho Vaz Adélia Benetti de Paula Capistrano Enrique Araujo Bessoni June Scafuto Correa Borges Pérolla Goulart-Gomes Natanielle Cardona Machado	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9691903094</b>	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>50</b>
A EXCLUSÃO DOS ANORMAIS E A EFETIVAÇÃO DO DISPOSITIVO DA LOUCURA	
Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9691903095</b>	
<b>CAPÍTULO 6</b> .....	<b>59</b>
CARACTERIZAÇÃO DOS ÓBITOS POR SUICÍDIO EM IDOSOS NO DISTRITO FEDERAL, BRASIL, NO PERÍODO DE 2007 A 2016	
Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco Sílvia Maria Ferreira Guimarães Patrícia Maria Fonseca Escalda	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9691903096</b>	

**CAPÍTULO 7 ..... 71**

CARACTERIZAÇÃO DO SUICÍDIO NO ESTADO DA BAHIA ENTRE OS ANOS DE 2008 E 2017: UM ESTUDO ECOLÓGICO DE SÉRIES TEMPORAIS

Alesson Gabriel Martins Silva Bezerra  
Laura Moreira Queiroz  
Mila Nora Pereira Oliveira Souza  
Paula Cristian Dias De Castro  
Raissa Andressa Da Costa Araújo  
Thiago Barbosa Vivas

**DOI 10.22533/at.ed.9691903097**

**CAPÍTULO 8 ..... 82**

CRISE PSICOSSOCIAL: UMA PROPOSTA DE AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE CRISE EM SAÚDE MENTAL

Gustavo Emanuel Cerqueira Menezes Junior  
Priscila Coimbra Rocha  
Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté  
Alessandra Gracioso Tranquilli

**DOI 10.22533/at.ed.9691903098**

**CAPÍTULO 9 ..... 97**

CONTRIBUIÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DA RAPS: MAPEAMENTO DE AÇÕES PROMOTORAS DE SAÚDE NA REGIÃO DO CAMPO LIMPO SÃO PAULO

Elisabete Agrela de Andrade  
Vivian Andrade Araújo  
Maria Camila Azeredo de Jesus  
Ludimilla Deisy da Silva Gomes Martins  
Karine Vieira de Moraes  
Mariangela Nascimento Bezerra de Paula  
Damares Borges dos Santos

**DOI 10.22533/at.ed.9691903099**

**CAPÍTULO 10 ..... 106**

DEMANDAS POR DIREITOS E O ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL

Inês Terezinha Pastório  
Marli Renate Von Borstel Roesler

**DOI 10.22533/at.ed.96919030910**

**CAPÍTULO 11 ..... 116**

ESTUPRO E TENTATIVA DE SUICÍDIO: O IMPACTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NO COTIDIANO DA MULHER

Angela Pires da Silva

**DOI 10.22533/at.ed.96919030911**

**CAPÍTULO 12 ..... 127**

ETNOFARMACOLOGIA, AYAHUASCA, E AS POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS PARA O USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Rodrigo Scalabrin  
Maria Soledade Garcia Benedetti  
Germana Bueno Dias  
Thiago Martins Rodrigues  
Lincoln Costa Valença

**DOI 10.22533/at.ed.96919030912**

**CAPÍTULO 13 ..... 136**

EXERCÍCIOS FÍSICOS: EFEITOS SOBRE A DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA

Givanildo de Oliveira Santos  
Rosimari de Oliveira Bozelli  
Laís Mirele Oliveira Martins Daciuk  
Eliene Lopes de Souza

**DOI 10.22533/at.ed.96919030913**

**CAPÍTULO 14 ..... 147**

GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: ADOECIMENTO PSÍQUICO COMO REFLEXO AO TRABALHADOR

Rodrigo Scalabrin  
Darlim Saratt Mezomo  
Keila Rodrigues da Fonseca  
Régia Cristina Macêdo da Silva  
Sandra Maria Franco Buenafuente

**DOI 10.22533/at.ed.96919030914**

**CAPÍTULO 15 ..... 158**

LA SALUD MENTAL: UN PROBLEMA DE LA SALUD PUBLICA GLOBAL

Adriana Lucia Acevedo-Supelano  
Camilo José González-Martínez  
Maximiliano Bustacara-Díaz  
Luis Alejandro Gómez-Barrera

**DOI 10.22533/at.ed.96919030915**

**CAPÍTULO 16 ..... 167**

MULHERES DONAS DE CASA ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL: UMA QUESTÃO DE SAÚDE E BEM-ESTAR ANTE O SOFRIMENTO DA ADIÇÃO E O AMBIENTE FAMILIAR

Gilmar Antoniassi Junior  
Ester Roza Luz Freitas  
Flávio Henrique Sousa Santos  
Luciana de Araujo Mendes Silva  
Glória Lucia Alves Figueiredo

**DOI 10.22533/at.ed.96919030916**

**CAPÍTULO 17 ..... 182**

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DE FUTUROS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM – UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Daniel Borges Dutra  
Sonia Regina Jurado  
Izabela Carvalho Vieira  
Letícia Akie Nagata  
Cláudia Kauany da Silva Hildebrando  
Beatriz Soares dos Santos  
Vanessa Bernardo da Silva Souza  
Gabriela Melo Macedo  
Hilary Elohim Reis Coelho  
Mara Cristina Ribeiro Furlan  
Thais Carolina Bassler  
Adailson da Silva Moreira

**DOI 10.22533/at.ed.96919030917**

<b>CAPÍTULO 18</b> .....	<b>195</b>
REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA: ENTRAVES PERCEBIDOS POR PSICÓLOGOS COORDENADORES DE OFICINAS TERAPÊUTICAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	
Anelisa Cesario Santana Ana Luiza de Mendonça Oliveira Rodrigo Sanches Peres	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030918</b>	
<b>CAPÍTULO 19</b> .....	<b>205</b>
SAÚDE MENTAL: AÇÕES DE CUIDADO DA ENFERMAGEM	
Ana Vitória Conceição Ribeiro de Menezes Ana Socorro de Moura	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030919</b>	
<b>CAPÍTULO 20</b> .....	<b>218</b>
TRAJETÓRIA DAS TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL	
Beatriz Jacques Cardoso Rodrigues Laís Chagas de Carvalho	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030920</b>	
<b>PARTE 2 - RELATOS DE EXPERIÊNCIA</b>	
<b>CAPÍTULO 21</b> .....	<b>230</b>
A IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE ADOLESCENTES COM TEA	
Lídia Isabel Barros dos Santos Silveira Benhur Machado Cardoso Caroline Ramaldes Vaz da Costa Thatiane Gabriela Guimarães Pereira Ana Lúcia Silveira Rusky Ilton Garcia dos Santos Silveira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030921</b>	
<b>CAPÍTULO 22</b> .....	<b>242</b>
OFICINA NA PRAIA – OCUPANDO O TERRITÓRIO COM UMA EXPERIÊNCIA PLURAL	
Nelson Falcão de Oliveira Cruz Fabrice Sanches do Carmo	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030922</b>	
<b>CAPÍTULO 23</b> .....	<b>251</b>
GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA NO TERRITÓRIO: DISPOSITIVO TERAPÊUTICO A USUÁRIOS E FAMILIARES	
Sdnei Gomes dos Santos	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030923</b>	
<b>CAPÍTULO 24</b> .....	<b>259</b>
PROPOSTA TERAPÊUTICA DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA ARTE DE SER	
Maurício Pimentel Homem de Bittencourt Fabiano Guimarães de Carvalho	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030924</b>	

<b>CAPÍTULO 25</b> .....	<b>271</b>
RODA DE TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: CONSTRUINDO A AGENDA DE SAÚDE MENTAL UNIVERSITÁRIA	
Elisângela Lopes de Faria	
Ana Maria Cecílio	
Diego Vales Deslandes Ferreira	
Flávia M. Barroca de Barros	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030925</b>	
<b>CAPÍTULO 26</b> .....	<b>282</b>
SARAU POÉTICO DO CAPS ADIII: SINTO, FALO, ESCREVO E ME REINVENTO	
Suzi Keila Fiuza Andrade	
Murilo Cordeiro Gonçalves	
Talita Isaura Almeida Ferraz Araújo Pereira	
Thayse Andrade Fernandes	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030926</b>	
<b>PARTE 3 – ENSAIOS</b>	
<b>CAPÍTULO 27</b> .....	<b>287</b>
A LOUCURA ENTRE O SISTEMA PRISIONAL E A ÉTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	
Ana Carolina de Lima Jorge Feitosa	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030927</b>	
<b>CAPÍTULO 28</b> .....	<b>292</b>
CUIDANDO DE PACIENTE COM DEPRESSÃO NO CONTEXTO FAMILIAR E TERRITORIAL: RELATANDO EXPERIÊNCIA	
Stela Almeida Aragão	
Thainan Alves Silva	
Rosineia Novais Oliveira	
Patrícia Anjos Lima De Carvalho	
Bárbara Santos Ribeiro	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030928</b>	
<b>CAPÍTULO 29</b> .....	<b>298</b>
MOVIMENTOS INSTITUINTES DE ENSINO E APRENDIZAGEM: A PRESENÇA PRÓXIMA DOCENTE	
Maria Goretti Andrade Rodrigues	
Erilza Faria Ribeiro	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030929</b>	
<b>CAPÍTULO 30</b> .....	<b>301</b>
MUDANÇAS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	
Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin	
Carolina Ozorio Kozoroski	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030930</b>	
<b>CAPÍTULO 31</b> .....	<b>310</b>
NOTAS SOBRE SEXUALIDADE: GÊNERO, UMA FALSA QUESTÃO?	
Paulo Renato Pinto de Aquino	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030931</b>	

<b>CAPÍTULO 32</b> .....	<b>314</b>
O CORPO NA COMUNICAÇÃO ENTRE TERAPEUTA E A SINGULARIDADE DO ESPECTRO AUTISTA	
Marlon Alves de Oliveira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030932</b>	
<b>CAPÍTULO 33</b> .....	<b>316</b>
SUICÍDIO NO BRASIL: A COMUNICAÇÃO A SERVIÇO DA SAÚDE	
Karolinny Donato Pinto de Oliveira	
Gabriel Fernandes de Sousa	
Keli Camila Vidal Grochoski	
Eveline de Almeida Silva Abrantes	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030933</b>	
<b>SOBRE A ORGANIZADORA</b> .....	<b>322</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO</b> .....	<b>323</b>

## CRISE PSICOSSOCIAL: UMA PROPOSTA DE AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE CRISE EM SAÚDE MENTAL

**Gustavo Emanuel Cerqueira Menezes Junior**

**Alessandra Gracioso Tranquilli**

**Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté**

**Priscila Coimbra Rocha**

**RESUMO:** As transformações no modelo assistencial em Saúde Mental sugerem a inclusão dos movimentos territoriais e suas singularidades no arcabouço das práticas desenvolvidas no campo da atenção psicossocial que sugere ações inovadoras de ampliação conceitual e tecnológica. Ao considerar esta perspectiva, é necessário assumir a amplitude da atenção às situações de crise em Saúde Mental, tomando-as como objeto do trabalho de amplos setores que observem o seu potencial transformador e considerem dimensões éticas, políticas e clínicas nas intervenções em torno do seu manejo. Destacamos o desafio de revolucionar a psicopatologia a partir deste novo lugar, diferente, que se constitui com o surgimento de serviços que vivem o território e estabelecem práticas que habitualmente levam em consideração a integralidade do cuidado imprimindo a partir de intervenções multiprofissionais, que dialogam entre si, articulações interdisciplinares que ampliam a observação da determinação social do processo de construção do sofrimento. Esta

perspectiva ampliada possibilita manejos mais efetivos nas complexas situações de crise, manejos estes que levam em consideração os percursos singulares e seus territórios existenciais. Por estas razões, apoiadas nos construtos políticos, legais e teóricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na articulação entre clínica e política, e na necessidade de transformação das realidades que operam na construção e/ou intensificação do sofrimento social, considerando a necessária articulação de distintos setores para a efetivação da atenção psicossocial, a existência de uma hegemonia de pensamento do modelo biomédico no campo da saúde, numa perspectiva de linearidade da relação causa-efeito entre substância e comportamento e leitura dos sintomas a partir de uma abordagem impessoal e invariável, além da marginalização das interpretações subjetivas e do não recurso a uma ancoragem sociocultural dos processos de adoecimento, sugerimos uma ampliação do conceito de crise em Saúde Mental, apresentando o conceito de Crise Psicossocial.

**PALAVRAS-CHAVE:** Reforma Psiquiátrica; Atenção Psicossocial; Crise

**PSYCHOSOCIAL CRISIS: A PROPOSAL FOR ENLARGING THE CONCEPT OF CRISIS IN**

**ABSTRACT:** The transformations in the care model in Mental Health suggest the inclusion of territorially based clinical movements and their singularities in the framework of practices developed in the field of psychosocial care, that suggests innovative actions of conceptual and technological expansion. In considering this perspective, the breadth of the attention to crisis situations in Mental Health must be undertaken, regarding them as the object of work of large sectors that regard their transforming potential and consider ethical, political and clinical dimensions in the interventions concerning their management. We highlight the challenge of revolutionizing psychopathology from the standpoint of this new, different place, which is constituted by the emergence of services that experience the territory and establish practices that usually take into consideration the integrality of care. As a consequence of multi-professional interventions that dialogue among each other, interdisciplinary articulations that amplify the observance of the social determination of the construction of suffering are effected. This extended perspective allows for more effective management in complex crisis situations, which take into account life courses in their uniqueness and within their existential territories. For these reasons, based on the political, legal and theoretical constructs of the Brazilian Psychiatric Reform, on the articulation between clinical practice and politics, and on the need to transform the realities that operate in the construction and/or intensification of social suffering; considering the necessary articulation of different sectors for the effectiveness of psychosocial care; considering the existence of the hegemony of the biomedical model of thought in the field of health, in a perspective of linearity of the cause-effect relationship between substance and behavior and in reading the symptoms from an impersonal and invariable approach, in addition to the marginalization of subjective interpretations and the absence of a resort to the sociocultural anchoring of the processes of illness, we suggest an expansion of the concept of crisis in Mental Health, presenting the concept of Psychosocial Crisis.

**KEYWORDS:** Psychiatric Reform; Psychosocial Care; Crisis

### 1 | INTRODUÇÃO

As transformações impulsionadas pelo processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (RPB), a partir da mudança do modelo assistencial em saúde mental, abriram horizonte para a visibilização e ampliação de perspectivas de cuidado que se aproximam de variados contextos territoriais. Trata-se um processo civilizador que no encontro cotidiano com o sofrimento inventa dispositivos diferentes de cuidado, tece redes com o território, cria novas formas de sociabilidade, produz valor social e constrói uma ética que insiste em sonhar com um outro mundo possível (YASUI, 2010, p. 22).

A RPB é um processo social complexo que, em seu caminhar, abre possibilidades para o surgimento de novos elementos e situações que pressupõem a existência de novos atores e atrizes sociais, que segundo Amarante, apresentam também novos – e certamente conflitantes – interesses, ideologias, visões de mundo, concepções

teóricas, religiosas, éticas, étnicas e de pertencimento de classe. Essa perspectiva se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas (teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural) que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos e tensões (AMARANTE, 2011, p. 63).

O modelo psicossocial apresenta um organograma institucional que se orienta pela lógica da horizontalidade, subvertendo o anterior fluxo onde as decisões eram estabelecidas do ápice para a base. Esta subversão imprime uma horizontalização das relações de poder, tanto no seio dos trabalhadores, quanto entre estes e os usuários. Nesse sentido, a implicação subjetiva e sociocultural e a singularização compõem a ética das práticas neste modelo (COSTA-ROSA, 2000, p.145).

Vasconcelos (2008) afirma que o processo de trabalho na atenção psicossocial tem, entre suas características, o fato de que é hegemonicamente do tipo trabalho-intensivo e é majoritariamente sustentado por tecnologias leves. A utilização deste tipo de tecnologias possibilita a criação de espaços de cooperação e partilha de saberes entre os diferentes profissionais da saúde, permitindo o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar, articulado e coletivo dentro da própria equipe, objetivando, sobretudo, a partilha de conhecimentos e experiências de cada indivíduo envolvido no processo de assistência à saúde da população.

Neste contexto, considerando que é recente a transformação do modelo conceitual e das abordagens em saúde mental, torna-se fundamental a compreensão das ações desenvolvidas em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos que desenvolvem papel estratégico de articulação com o território e colocam em prática uma ampliação conceitual e tecnológica dos manejos de situações observadas no campo da saúde mental, em especial as situações de crise.

## **2 | A CENTRALIDADE DA CRISE NO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Além das complexidades que surgem no desafio de tecer ações que promovam a integralidade, o campo da saúde mental ainda apresenta a necessidade de desenvolvimento de novas formas de cuidado em saúde, quer sejam tecnologias e/ou horizontes epistemológicos, no que diz respeito ao manejo dos quadros de crises que acometem os sujeitos em sofrimento mental. Silva e colaboradoras (2009) apontam estas complexidades como merecedoras de todos os investimentos clínicos necessários, exigindo de quem trabalha com elas um preparo diferenciado e manejos sofisticados.

No que diz respeito às ações inscritas na atenção às situações de crise Dell'Aqua e Mezzina (1991) apontam que é necessário assumir a particularidade, mas também a amplitude, tomando-as como objeto do trabalho em saúde, considerando o seu potencial transformador, observando as dimensões éticas, políticas e clínicas das intervenções em torno do seu manejo.

Dimenstein e Liberato (2009) destacam que as experiências exitosas no campo

da saúde mental têm em comum o fato de terem direcionado seus esforços para mecanismos eficazes de intervenção na crise e na criação de uma rede de recursos com amplo leque de estratégias interdependentes, não só sanitárias, mas de suporte social, de moradia, de geração de renda, de potencialização das associações, dos recursos comunitários, entre outros. E, para além de um desafio a resposta à crise, segundo Dimenstein e colaboradoras (2012), precisa ser uma prioridade estratégica para a RPB, constituindo um analisador importante para compreender a desinstitucionalização da loucura.

Os momentos de crise são comuns numa vida em sociedade e podem ser importantes para o estabelecimento de outros horizontes. Partimos da compreensão de que as crises em Saúde Mental são compostas por elementos *psicossociais*. Havendo, portanto, uma ancoragem sociocultural nos processos de crise, onde algumas alterações se expressam individualmente no funcionamento psíquico de um dado sujeito, mas tem sua origem no contexto de uma rede social. (NUNES, 2012).

Diante da inegável influência direta dos fatores sociais, culturais e políticos no processo de adoecimento mental em todas as suas fases, em especial a crise, para ampliar a compreensão do fenômeno da crise, sugerimos o termo **Crise Psicossocial** para a definição de um momento de ruptura que agrega as marcas singulares expressas no corpo do sujeito que sofre, e também elementos do contexto social onde este sujeito se insere, que podem tanto intensificar este sofrimento, quanto promover cuidado (MENEZES JUNIOR, 2018).

Não é simples ampliar os conceitos clínicos para crise. Lima e colaboradoras (2012) afirmam tratar-se de um termo polissêmico, mas que remete invariavelmente à noção de um estado de movimento e de mudança.

[...] “crise é um arranjo providencial que se tem à disposição quando todos os recursos psíquicos do sujeito já foram utilizados. A crise é ponto de corte. Ela representa a experiência de inconstância subjetiva que se coloca para o sujeito quando este é colocado em questão” (VIDAL et al., 2007).

Dell’Aqua & Mezzina (1991), partindo da experiência de atuação nos Serviços de Saúde Mental de Trieste, apontam que a condição de crise corresponde a uma complexa situação existencial e que qualquer esquema para a definir deve considerar a organização psiquiátrica, ou sistema de cuidados em saúde mental, existente no território onde se insere a pessoa em crise e, no momento histórico particular da crise, são necessários complexos instrumentos e recursos para o estabelecimento de cuidado nas variadas situações.

A experiência de Trieste é importante pois salvaguardadas as distâncias e diferenças existentes entre as Reformas Psiquiátricas italiana e brasileira pode-se assumir que a primeira em muito ancora experiências epistemológicas e cotidianas que direcionaram e ainda direcionam processos deste movimento antimanicomial no Brasil.

Ferigato, Onoko-Campos e Ballerin (2007, p.35) chamam atenção para a necessidade de um maior aprofundamento acerca da vivência subjetiva da crise e sua singularidade para o sujeito que a vive concretamente. Destacam ainda que a potência intrínseca ao momento de crise precisa ser observada, pois neste momento surgem chances para uma oportunidade de transformação do sofrimento: “Momento de saída de um lugar historicamente dado para um outro lugar a ser simplesmente reconstruído, por seu caráter também inédito”.

A atenção à crise é decisiva e estratégica, em virtude de a crise ser a justificativa, a via de entrada e, por vezes, a via de permanência, por meio da “porta-giratória”, no sistema manicomial. “A amplitude, a qualidade, a efetividade e a humanização da assistência lograda nesse campo definem o poder de intervenção e o alcance antimanicomial das redes de cuidado” (CAMPOS, 2014, p. 161).

A crise é individual e social, objetiva e subjetiva. É um fenômeno complexo e suas dimensões estão em uma relação dialógica que se influenciam, produzem vetores, forças, oposições, antagonismos que convivem entre si e formam um todo, o qual não pode ser vislumbrado pelo simples somatório das partes (MORIN, 1999 apud CAMPOS, 2014). Há na crise uma alteração aguda do funcionamento psíquico em um indivíduo, porém a sua origem está no contexto de sua rede social; ela é produzida em rede e, portanto, perturba e modifica o relacionamento do indivíduo com essa rede (DELL’ACQUA e MEZZINA, 2005 apud CAMPOS, 2014). Desse modo, se há ruptura social, demandas sociais e aspectos bastante objetivos, há também subjetividade e sujeito na crise; esse sujeito toma posição, apesar de ser nominado portador da crise, é aquele que rompeu contratos e regras sociais (LEGUIL, 1990 apud CAMPOS, 2014).

Uma perspectiva ampliada possibilita manejos mais efetivos nestas complexas situações, manejos estes que levam em consideração os percursos singulares e seus territórios existenciais. Cuidar de pessoas em crise demanda uma ampliação dos horizontes de liberdade, transformação das realidades que operam na construção e/ou intensificação do sofrimento social e articulação de distintos setores. A ampliação do olhar sobre o contexto social no qual o sujeito em crise está inserido possibilita uma maior compreensão desse fenômeno, além de abrir e ampliar possibilidades de articulação para o cuidado.

Nunes (2012), em seu artigo de revisão acerca da dimensão biopiscossociocultural do adoecimento mental, apresenta, como contraponto ao modelo psiquiátrico hegemônico da contemporaneidade, três vertentes antropológicas e históricas que interpretam o fenômeno do adoecimento mental a partir de perspectivas socioculturais:

- *uma primeira que encara o adoecimento mental como um processo que segue o curso da história em constante mutação, sendo assim se configura por meio dos significados, valores e dinâmicas sociais imperantes em cada momento;*
- *uma segunda vertente que se debruça a estudar uma padronização e glo-*

*balização de um conjunto de diagnósticos psiquiátricos e as consequentes condutas terapêuticas associadas a eles e dos processos clínicos de cuidado. Vale ressaltar aqui a influência do contexto econômico e político sobre a criação e uso destes diagnósticos; e*

- *uma terceira que tem focado na influência dos processos sociais e culturais no modo em que as pessoas em sofrimento se servem de recursos simbólicos e psicossociais nas suas experiências cotidianas de sofrimento.*

Não desconsiderando a primeira e segunda perspectivas, teceremos diálogo a partir da terceira e também considerando a categoria Sofrimento Social que, segundo Kleinman, “resulta do que o poder político, econômico e institucional produz nas pessoas e, reciprocamente, de como essas formas de poder influenciam as respostas aos problemas sociais” (KLEINMAN *et al.* Apud VICTORIA, 2011, p. 5). O sofrimento social é social não somente porque é gerado por condições sociais, mas porque é, como um todo, um processo social corporificado nos sujeitos históricos. (VICTORIA, 2011)

Ao problematizar a teoria do Sofrimento Social, Renault (2010) destaca que para a compreensão deste fenômeno, é fundamental a consideração da dimensão política das condições sociais e psíquicas do sofrimento. Sendo assim, considerando as formulações do campo da Atenção Psicossocial e a necessidade de incorporar os marcadores sociais à conceituação de crise, propõe-se o termo **Crise Psicossocial** de modo a incluir na observação deste complexo fenômeno os elementos que considerem sua historicidade.

Partindo deste contexto e, como abordado anteriormente, considerando que as ações desenvolvidas na clínica psicossocial, diferente das instituições totais, abrem e ampliam horizontes para a inclusão de outras ferramentas tanto na definição diagnóstica da crise quanto nas intervenções utilizadas para o seu manejo.

### **3 | ENTENDIMENTOS SOBRE CRISE PSICOSSOCIAL**

Romper com o modelo psiquiátrico tradicional e estabelecer uma prática psicossocial exige uma quebra nas históricas relações de poder instituídas a partir do controle dos corpos e da lógica de subjugação e exclusão dos sujeitos “desviantes”. Portanto, a implicação dos operadores do cuidado neste processo de transformações é essencial; e o papel de trabalhadores e trabalhadoras da saúde mental é imprescindível para o processo da RPB (AMARANTE, 2010).

A constituição de um novo paradigma assistencial implica em disponibilidade técnica, ética e política dos profissionais para a construção de outros propósitos e formas de organização dos serviços, das modalidades de gestão, dos processos de trabalho e das práticas profissionais. Nestes, o estabelecimento de relações que incluem usuários e usuárias como sujeitos projetam composições “mais abertas à

produção negociada do viver em sociedade, propiciadoras da construção de sujeitos autônomos”. (CAMPOS *apud* NICÁCIO; CAMPOS, 2004, p.73)

Consideramos que a concretude de um novo modelo está intrinsecamente ligada à mudança das práticas de trabalhadores e trabalhadoras, lançamos questões sobre quais são os sistemas de símbolos e signos de distinção destes e destas frente aos manejos clínicos no campo da Saúde Mental. Neste sentido, para sustentar esta argumentação recortamos da dissertação “cuidado compartilhado intersetorialmente a adolescentes que fazem uso de drogas: é preciso deixar abertas as portas do coração” falas de trabalhadoras que atuam numa Rede de Atenção Psicossocial sobre suas percepções acerca do conceito de crise em saúde mental, chamada por nós de **Crise Psicossocial**, que abrem horizonte para a inclusão dos elementos sociais. (MENEZES JUNIOR, 2018, p. 75-76)

“O processo de crise começa antes da desorganização em si. A **crise social** que todos nós causamos é algo dessa constituição política que vem anterior à crise individual em si e acho que é algo que a gente precisa repensar. Nessa sociedade que gera tantos tipos de crise, a **desigualdade social brutal que faz com que as pessoas, as famílias, não tenham acesso ao mínimo para a sobrevivência e estejam num cenário de crises constantes**. Eu penso assim, principalmente no que tange ao psicossocial. A desassistência gera diversas consequências. Então a família de um adolescente que usa drogas e vive em contexto de vulnerabilidade intensa, que não pôde dar a ele o suporte suficiente para não precisar ir pra rua, fazer uso de substâncias de forma tão precoce, quando comparada com uma outra classe social, isso não acontece precocemente, existe um nível de escolha, então são diversas coisas que são produzidas nessa sociedade. Eu só queria puxar essa questão da crise pra um pouco antes, porque eu acredito que é algo político, que tem classe, cor e local muito específico. Esse **recorte, social e político**, precisa ser feito. Então acho que a crise é causada por essa sociedade que estamos construindo, ela é anterior a uma crise que desorganiza o sujeito” (Trabalhadora 1 – psicóloga).

“Às vezes ele vem certinho num processo e de repente acontece um boom, que pode ser, inclusive, **uma intervenção técnica equivocada**” (Trabalhadora 2 – assistente social).

“Então acho que **essas rupturas e desorganizações tem muito a ver com as relações sociais do sujeito no território**, quando acontece algum desentendimento no território, ele passa pra esse processo de maior desorganização” (Trabalhadora 3 – assistente social)

“Os **momentos de crise e ruptura acontecem quando a vulnerabilidade se agrava ainda mais** (que ele está e muitas vezes se coloca). Por exemplo, um adolescente de 13 anos em situação de rua, teoricamente, é alguém que já está muito vulnerável, frágil. Ele já rompeu com um monte de coisas socialmente, já tem desarranjos se pensarmos no que a sociedade espera para um adolescente nessa idade. Mas, em alguns momentos ele não consegue dar conta das relações e dos pactos que o mantêm na rua. Acredito que, quando há uma crise esse sujeito começa a romper e se desorganizar, se colocando numa situação mais crítica, **quebram-se alguns pactos, alguns acordos e isso é estar em crise também, se colocar num lugar onde pode ser alvo de violência, onde não pode circular, mas mesmo assim vai lá**. Isso também aponta pra desorganização, porque, em outros momentos, ele não faz isso. É como se a pessoa não estivesse dando conta

de fazer o básico pra sobreviver. É muito diferente da simples desorganização apontada numa leitura da psiquiatria, por exemplo” (Trabalhadora 4 – professora de educação física).

Pelas falas destacadas acima, é possível inferir que estas concepções que orientam os entendimentos sobre crise, consideram uma perspectiva ampliada e incorporam múltiplos elementos em sua constituição, com foco na determinação social do processo de sofrimento. Apontam também elementos das relações singulares dos sujeitos com os territórios onde circulam, onde, por vezes, por romperem com pactos estabelecidos, tem intensificada sua situação de risco.

Quando a dimensão social é negada, estabelecem-se barreiras de acesso. Nesse sentido, afirma que, principalmente no cuidado a pessoas que fazem uso de drogas, não se pode desconsiderar os marcadores sociais que refletem a desigualdades (raciais, de gênero, sociais) e incrementam a criminalização de algumas pessoas que fazem uso de drogas.

Destaca-se, nesta compreensão ampliada, os elementos institucionais que produzem a crise, chamado em um das falas de “intervenção técnica equivocada”. Essa percepção insere o serviço e a atuação técnica no campo de produção do sofrimento, exigindo intensas reflexões acerca dos elementos éticos da clínica psicossocial. Dell’Aqua e Mezzina (1991), chama atenção para o fato de que não é possível efetuar um trabalho com o sujeito se, simultaneamente, não se procede a um trabalho sobre as instituições que cuidam deste sujeito.

Há ainda, como observado, os elementos singulares que compõem a trajetória de vida dos sujeitos, seus circuitos subjetivos e sua relação com território. Não podemos deixar de destacar o lugar de exclusão social e conseqüente estigmatização das pessoas que expressam seus sofrimentos a partir de rupturas sociais, além da histórica negação de direitos que apontam para uma construção estrutural da desigualdade social.

É possível afirmar, diante dos entendimentos expressados nas falas acima, que as interlocutoras partem de compreensões acerca da crise psicossocial que favorecem a construção de práticas profissionais que incluem a observação da determinação social na constituição do sofrimento. Nesse sentido, considerando os elementos já expostos e a importância de repensarmos intervenções que partam de disponibilidade técnica, ética e política de atores e atrizes que se envolvem com o manejo de situações de **Crise Psicossocial**, a partir de tecnologias relacionais que possibilitem a reconstrução da experiência social, institucional e singular.

#### 4 | ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE PSICOSSOCIAL

A clínica psicossocial é uma clínica política e, para que ela aconteça, é necessário que os trabalhadores e trabalhadoras assumam suas condições de atores e atrizes

do campo político e desenvolvam habilidades para atuar numa arena de múltiplos interesses. Para tanto é necessária uma organização que reconheça as variadas expressões culturais e que produza uma política comum na diversidade. Silva (2007a) chamou nossa atenção, neste lugar de trabalhadores e trabalhadoras, sobre a necessidade de estabelecermos estratégias e táticas, pois

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

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

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

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

No entanto, é possível perceber históricas dificuldades que geram entraves no desenvolvimento de ações mais singulares no campo da política. Onocko-Campos e Campos (2015, p.737), ao discutirem este dilema, destacam que temos de interrogar os graus de produção de saúde e de autonomia que são efetivamente impulsionados pelas nossas práticas. Temos de sair da dicotomia clínica-saúde coletiva, e colocarnos no intermediário, no entre, que é a posição que nos estimula a entrar em contato. Temos de adentrar na lógica do paradoxo. A este respeito, Ayres (2009, p.21), ao discutir sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde, afirma que a concepção de sujeito predominante no pensamento sanitário não está em sintonia com os principais valores e pressupostos que o orientam hegemonicamente na atualidade.

Esta problematização, abordada por Ayres, abre horizonte para uma necessária

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

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

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

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

Sendo assim, o processo de trabalho no campo da Saúde Mental demanda um intenso diálogo com os territórios onde vivem as pessoas que utilizam os serviços. Território é entendido aqui como processo, como relação. Yasui (2010) se refere a um conceito de território que diz respeito a construções e transformações que se dão entre os cenários naturais e a história social que homens e mulheres inscrevem e produzem.

O território não é somente permanência, perenidade, não é apenas tradição cultural. É também mutação, produção e modificação intensa, norteadas pela lógica do capitalismo globalizado que intervém dissipando e desintegrando as fronteiras entre o local e o global, modificando relações, gerando modos conformados e consumistas de existir. É no território que se exerce o controle das subjetividades.

É nele que se instala o olho vigilante do poder disciplinar que se ramifica e adere às rotinas cotidianas, transmutando-as ao sabor das conveniências do mercado. E o que se vende com as mercadorias são modos de ser, novos mundos e novas formas coletivas de conceber a vida e a existência. Subjetividades capturadas e ansiosas pelo consumo (YASUI, 2010, p.127-128).

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

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

Esse modo de fazer imprime uma radical ruptura com o modelo asilar predominante, por meio, não só de um questionamento de seus conceitos, fundamentos e de suas práticas moldadas em uma questionável racionalidade científica, mas, principalmente, por meio da construção de um novo paradigma científico, ético e político. Inspirando-se nas formulações de Thomas Kuhn, Yasui utiliza-se do conceito de *transição paradigmática*, evidenciando que a RPB abre horizontes para uma revolução científica que descortina um novo paradigma ao sugerir uma concepção que busca superar as dicotomias saúde/doença, individual/social (YASUI, 2010, p.110).

Nesse sentido, para além da intervenção técnica, inventar saúde significa considerar a reprodução social da pessoa que é cuidada e, segundo Campos (2002), esta noção de reprodução social do sujeito está profundamente influenciada pela perspectiva de cidadania ativa e de protagonismo.

Considerando-se as situações de crise, Dell’Aqua e Mezzina (1991) afirmam que um serviço de saúde mental deve ser capaz de perceber, conhecer, entrar em contato e elaborar a rede de relações e de conflitos que constituem os limites da crise, de outra maneira escondidos, fragmentados, banalizados e desprovidos de significado. Para tanto

torna-se central no interior da área territorial que abrange, torna-se ponto de observação privilegiado e absolutamente único, porque é capaz de desenvolver uma observação inter/ativa, que se alonga em um espaço finito, porém extremamente complexo e articulado em sua definição, espaço este que reflete e representa tudo aquilo que uma população produz em termos de patologia, mal-estar, de conflito e de distúrbio social, e que se projeta de modo linear e constante no tempo, seguindo as histórias, as experiências pessoais, a evolução daquele espaço territorial e da sua população, modificando as suas respostas em conformidade com os novos

A **Crise Psicossocial** torna-se então um ‘evento histórico’ que à história retorna, com a qual se coliga, na qual o impacto do serviço resulta com frequência determinante, propriamente na sua condição de ‘evento histórico’, que pode criar uma expropriação e evidenciar uma ruptura ou, inversamente, operar uma tendência de busca e de resposta. A crise enquanto evento ‘no curso do tempo’ pode ser adequadamente superada se o serviço conseguir abrir ou deixar aberto ao sujeito um espaço social de manobra, constatando a limitação do contexto em torno dele, a progressão dos mecanismos de controle, o estabelecimento dos círculos viciosos de reprodução da ‘doença’. (DELL’ACQUA e MEZZINA, 1991)

Ao discutir as diferenças entre a supressão e o manejo da crise, Tranquilli (2017), afirma que uma prática que pretenda a supressão dos sintomas, com a docilização do sujeito, demandará a utilização de técnicas de contenção como primeiro recurso. Por outro lado, uma prática que se direcione ao manejo da crise enxergada de forma complexa, apostará nas possibilidades de utilização de recursos variados, não invasivos e que emergem no acompanhamento do sujeito em crise, considerando diretrizes e a construção de vínculo.

Ao entender o território como espaço relacional com percursos que compõem as vidas cotidianas das pessoas, (sem esquecer que neste território é onde se produzem modos de ser, de se relacionar, de amar, de consumir), as equipes dos serviços substitutivos podem estabelecer processos de produção de saúde e de subjetividade, investindo em criações que produzam novas línguas, novos territórios e novos sentidos. (LIMA e YASUI, 2014, p.595)

Essa produção pode ser forjada através da intensificação de cuidados, uma tecnologia que está intimamente relacionada à perspectiva da Atenção Psicossocial e da Clínica Ampliada, tendo como objetivo fundamental a assunção da possibilidade do sujeito passar pela experiência da crise, acompanhado de perto por uma equipe que o ajude a atravessar essa experiência de angústia no meio social, reduzindo os possíveis danos dessa experiência e construindo formas mais saudáveis de andar a vida após a passagem da crise. Silva (2007b, p. 40) define a clínica da intensificação de cuidados como

um conjunto de procedimentos terapêuticos e sociais direcionados ao indivíduo e/ ou ao seu grupo social mais próximo, visando ao fortalecimento dos vínculos e à potencialização das redes sociais de sua relação bem como ao estabelecimento destas nos casos de desfiliação ou forte precarização dos vínculos que lhes dão sustentação na sociedade.

Para tanto, resgatamos Dell’Aqua e Mezzina (1991) que apontam a importância da “tomada de responsabilidade”, considerando-se um conjunto de elementos postos em jogo, onde é necessário o entendimento das potencialidades de estabelecimento

de relação destes momentos de crise. Neste movimento opera-se uma fina clínica, em movimento e peripatética e possíveis de ser nomeadas de tantas outras formas tendo em vista que ela é aberta à invenção, que articulada com os variados elementos políticos e sociais, apresenta aberturas possíveis para manejos que possibilitam a manutenção e estabelecimento de vínculos e a construção de novas redes de relação.

## 5 | CONSIDERAÇÕES POSSÍVEIS

Não temos o objetivo de estabelecer fechamentos pragmáticos com o texto apresentado, mas sim abrir perguntas e horizontes para permanentes construções. No campo da atenção psicossocial, estas aberturas se fazem necessárias diante dos desafios postos para a construção de uma clínica que se considere política e social, e que se articule com os elementos do cuidado em liberdade.

É importante considerar que diante da Crise Psicossocial, marcada por momentos de extrema delicadeza, o cuidado, ao se fazer compartilhado e intersetorial, multiplica as possibilidades de circulação dos sujeitos e amplia a circulação de recursos concretos, além de considerar questões que os serviços de saúde, sozinhos, não dão conta de mediar. Ao considerar esta perspectiva, assume-se que o sofrimento deve ser objeto do trabalho de amplos setores da estrutura social e política.

Diante das incertezas e se possível for um convite à invenção, para você, se couber, uma dica: é preciso deixar abertas as portas do coração para, nos movimentos da clínica, mediar as complexas relações do sujeito com o mundo, debruçando-se com ele sobre a complexidade de seu sofrimento.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida** – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

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

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

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

AYRES, JRCM. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde**. In: \_\_\_\_\_. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2009.

CAMPOS, GWS. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. In: \_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2002.

CAMPOS, P. Crise, Rede e Hospitalidade: uma abordagem para a reforma psiquiátrica. In: SOARES JORGE, MA; CARVALHO, MCA; SILVA, MCF. **Políticas e cuidado em saúde mental**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao hospital

psiquiátrico. In: AMARANTE, P. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 141-168.

DELL'ACQUA, G & MEZZINA, R. Resposta à crise: Estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In DELGADO, J (Org.) **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha; 1991. p. 53-79.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M.T. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.1, n.1, p.1-10, 2009.

DIMENSTEIN, M; AMORIM, AKA; LEITE, J; SIQUEIRA, K; GRUSKA, V; BRITO, C; MEDEIROS, I; BEZERRIL, MC. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Polis e Psique**, Porto Alegre, vol. 2, número temático, 2012.

FERIGATO, SH; ONOCKO-CAMPOS, RT; BALLERIN, MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.6, n.1, p.31-44, 2007.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: HUCITEC. 2014.

LIMA, EMFA; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. Rio de Janeiro: **Saúde em Debate**. V. 38, n. 102, p. 593-606, jul-set, 2014.

LIMA, M; JUCÁ, VJS; NUNES, MO; OTTONI, VE. Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v.16, n.41, p.423-34, abr./jun., 2012.

LOBOSQUE, AM. **Clínica em movimento**: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MENEZES JUNIOR, GEC. **Cuidado compartilhado intersectorialmente a adolescentes que fazem uso de drogas**: é preciso deixar abertas as portas do coração. Salvador: [Dissertação de Mestrado] Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, UFBA, 2018.

NICÁCIO, F. & CAMPOS, GWS. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, n.15, v.2, p.71-81, 2004.

NUNES, MO. Interseções antropológicas na saúde mental: dos regimes de verdade naturalistas à espessura biopsicossocial do adoecimento mental. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v.16, n.43, p.903-15, out./dez., 2012.

NUNES, MO. O silenciamento da cultura nos (com)textos de cuidado em saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.1, n.2, p. 38-47, 2009.

ONOCKO- CAMPOS, RT; CAMPOS, GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, GWS; MINAYO, MCS; AKERMAN, M; DRUMOND JUNIOR, M; CARVALHO, YM (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2015.

ONOCKO-CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

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

RENAULT, E. A Critical Theory of Social Suffering. **CRIT – CriticalHorizons** (London) 11(2): 221-241; 2010.

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

SILVA, MVO. A clínica integral: o paradigma psicossocial como uma exigência da clínica das psicoses. In M. V. O. Silva (Org.), **In-tensa ex-tensa: a clínica psicossocial das psicoses** (pp. 40-41). Salvador: LEV/FFCH/UFBA. 2007b.

SILVA, MVO. A onipresença da política no campo da Reforma Psiquiátrica. In: LOBOSQUE, AM. **Caderno Saúde Mental: A Reforma Psiquiátrica que Queremos Por uma Clínica Antimanicomial**. Belo Horizonte: ESP-MG, v.01, 2007a.

SILVA, MVO; SOUZA, CG; OLIVEIRA, MS; MENDONÇA, PP; HARDMAN, LV. Tecnologias psicossociais em saúde mental: atenção à crise na psicose. Abrapso, **anais do XV Encontro Nacional da Abrapso**, Maceió, 2009.

TRANQUILLI, AG. **Intensificação de cuidado na atenção à crise: uma etnografia das práticas no campo de álcool e outras drogas**. Salvador: [Dissertação de Mestrado] Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, UFBA, 2017.

VASCONCELOS, EM. Algumas características do processo de trabalho no campo psicossocial e suas implicações. In: \_\_\_\_\_. **Abordagens psicossociais, v.1: história, teoria e trabalho no campo**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 159-163.

VICTORA, C. Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da antropologia. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro: 5(4): 3-13; 2011.

VIDAL, F.B.; BRAGA, A.C.S.; SODRÉ, AROM. A abordagem da crise na psicose. In: SILVA, M. V. O.(Org.). **IN-tensa/EX-tensa: a clínica psicossocial das psicoses**. Salvador: LEV - Laboratório de Estudos Vinculares/UFBA, 2007. p.151-68.

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

## **SOBRE A ORGANIZADORA**

**Eliane Regina Pereira:** <http://lattes.cnpq.br/0023990232502452>. Psicóloga formada pela Universidade do Vale do Itajaí (1995), com mestrado e doutorado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2007, 2011). Atualmente é docente da Universidade Federal de Uberlândia, no Instituto de Psicologia, integrante do Núcleo de Psicologia Social e da Saúde e Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, na linha Processos Psicossociais em Educação e Saúde. Líder do grupo de pesquisa Psicologia, Políticas Públicas e Relações Estéticas (CNPQ). Integra o GT da ANPEPP - A psicologia sócia histórica e o contexto brasileiro de desigualdade social (2017 atual). Atua na área da Psicologia da Saúde, com ênfase em Psicologia Social e nos Processos de Criação em contextos de saúde.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Acesso aos serviços 106, 108, 110, 111, 112, 113, 114

Adicção 9, 167, 171, 173, 174, 176, 178

Adolescente 4, 6, 10, 88, 117, 179, 218, 219, 220, 230, 231, 232, 233, 234, 236, 238, 239, 295

Álcool 24, 34, 56, 96, 100, 121, 127, 128, 129, 130, 132, 170, 179, 190, 191, 193, 204, 212, 217, 220, 274, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 301, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 323

Arteterapia 6, 7, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 270

Atenção Psicossocial 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 25, 38, 39, 43, 48, 49, 51, 53, 56, 57, 82, 84, 87, 88, 93, 94, 95, 96, 100, 108, 111, 195, 196, 203, 204, 207, 208, 210, 216, 217, 219, 220, 221, 228, 229, 242, 243, 247, 251, 252, 254, 255, 258, 259, 260, 266, 283, 284, 286, 287, 289, 291, 294, 301, 302, 303, 305, 306, 308

Autismo 6, 144, 220, 231, 241

### C

Crack 24, 100, 127, 128, 129, 132, 134, 170, 303, 306, 308

Crise 22, 44, 47, 51, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 92, 93, 94, 95, 96, 199, 200, 243, 245, 255, 290, 291

Cuidado infanto-juvenil 218

### D

Dependência química 33, 56, 121, 127, 129, 135, 170, 179, 217, 228

Depressão 6, 11, 33, 36, 37, 67, 116, 117, 120, 121, 122, 124, 125, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 172, 174, 179, 180, 183, 184, 187, 188, 190, 191, 192, 193, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 316, 317, 319, 321, 323, 325

Desinstitucionalização 16, 17, 20, 85, 92, 95, 206, 209, 210, 251, 253, 286, 302, 306, 307

Diferença 22, 33, 65, 114, 141, 244, 288, 310, 311, 324

Dispositivo 12, 44, 47, 50, 51, 52, 53, 54, 57, 200, 251, 257, 283, 303, 312

Distúrbios psicológicos 136

Doença crônica 1, 318

### E

Enfermagem 3, 11, 12, 13, 36, 37, 69, 156, 157, 179, 180, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 205, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 226, 227, 228, 229, 232, 233, 234, 248, 258, 271, 272, 275, 277, 280, 281, 292, 293, 294, 296, 297, 321, 327

Epidemiologia Descritiva 59

Espectro Autista 230, 232, 314

Estudantes 31, 34, 35, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 214, 248, 260, 271, 272, 275, 276, 277, 279, 280, 292, 298, 317

Estupro 6, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 125, 126

Exclusão 3, 16, 50, 55, 57, 87, 89, 207, 216, 274, 278, 302, 315

## **G**

Gênero 6, 4, 5, 6, 64, 69, 89, 112, 125, 126, 310, 312, 313, 323

Gestão em Saúde 147, 149, 156

Grupo 8, 10, 12, 18, 38, 42, 53, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 93, 106, 109, 118, 139, 141, 142, 143, 163, 165, 167, 171, 172, 177, 180, 184, 195, 197, 198, 202, 217, 226, 230, 232, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 251, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 261, 263, 265, 271, 277, 278, 285, 288, 293, 294, 324, 325, 328

## **H**

História da Enfermagem 205

## **I**

Ideação Suicida 26, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 119, 122

## **L**

Loucura 15, 16, 19, 20, 23, 39, 50, 51, 53, 55, 56, 57, 58, 85, 92, 94, 95, 157, 196, 202, 203, 206, 208, 210, 216, 223, 243, 287, 288, 289, 290, 291, 302, 309

## **M**

Mulheres 30, 59, 63, 67, 76, 80, 90, 91, 112, 116, 117, 119, 126, 138, 143, 144, 167, 170, 171, 172, 174, 176, 178, 179, 180, 188, 189, 317, 322, 324, 327

## **N**

Narrativas 282, 285

## **O**

Oficina 200, 203, 242, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 263, 264, 265, 266, 282, 284, 285

Oncologia Infantojuvenil 1

## **P**

Políticas de Saúde 41, 42, 59, 100, 148, 178, 219, 224, 276, 309

Políticas Públicas 15, 68, 80, 97, 105, 107, 108, 113, 114, 147, 148, 149, 150, 156, 158, 159, 164, 165, 205, 219, 220, 283, 328

Produção de subjetividades 99, 282

Promoção da saúde 2, 97, 98, 99, 100, 101, 105, 110, 111, 168, 177, 179, 220, 277, 307

Protagonismo 21, 25, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 92, 247, 248, 265, 295  
Psicologia 5, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35,  
36, 37, 57, 58, 81, 95, 97, 117, 125, 126, 127, 129, 133, 146, 171, 179, 180, 194, 195,  
203, 204, 216, 227, 229, 230, 234, 241, 248, 259, 261, 265, 268, 269, 270, 272, 275,  
284, 287, 288, 289, 320, 321, 328

## **Q**

Qualidade de Vida 3, 34, 67, 99, 100, 109, 111, 115, 135, 137, 139, 140, 141, 143, 145,  
148, 149, 168, 170, 179, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193,  
194, 205, 209, 215, 254, 272, 276, 280, 296, 316, 320, 323

## **R**

Rede de Atenção Psicossocial 24, 38, 88, 95, 100, 228, 252, 255, 259, 260, 291, 301,  
303, 305, 306, 308

Reforma Psiquiátrica Brasileira 17, 20, 39, 82, 91, 195, 196, 197, 199, 200, 201, 202,  
203, 205, 206, 209, 210, 211, 214, 215, 219, 243

Relações Familiares 167, 171

## **S**

Saúde do Idoso 59

Saúde do Trabalhador 147, 149, 152, 153, 154, 155, 157, 316

Saúde Mental 2, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 36, 39, 40,  
41, 42, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 55, 56, 57, 58, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 90, 91, 92, 94,  
95, 96, 97, 99, 105, 106, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 128, 130, 138, 143, 145,  
167, 171, 179, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 190, 191, 192, 193, 195, 196, 197, 199,  
201, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 219,  
220, 222, 223, 224, 225, 227, 228, 230, 232, 233, 243, 249, 250, 251, 253, 254, 255,  
256, 257, 258, 259, 260, 261, 264, 266, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 279, 280,  
281, 282, 283, 284, 286, 287, 288, 291, 292, 294, 296, 297, 301, 302, 303, 304, 306,  
307, 308, 309, 314, 316, 327, 328, 329, 330, 331, 332

Sensibilização Corporal 314

Serviços de Saúde Mental 23, 39, 42, 48, 50, 56, 58, 85, 227, 280, 286, 308

Sexualidade 57, 126, 235, 236, 310, 311, 312, 313

Sistema Prisional 287, 288, 290, 291

Suicídio 6, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66,  
67, 68, 69, 72, 73, 78, 80, 81, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 138,  
175, 275, 305, 322, 323, 324, 325, 326, 327

SUS (Sistema Único de Saúde) 5

## **T**

Terapia Comunitária 6, 271, 272, 274, 276, 277, 278, 279, 280

Território 17, 39, 40, 44, 45, 47, 62, 82, 83, 84, 85, 88, 89, 91, 92, 93, 96, 97, 99, 100,

101, 104, 105, 131, 197, 200, 242, 243, 244, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 258, 263, 266, 283, 303, 307

Tratamento 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 18, 20, 24, 29, 30, 38, 40, 41, 43, 44, 45, 53, 54, 55, 109, 111, 113, 124, 127, 129, 130, 132, 134, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 170, 177, 179, 195, 197, 200, 201, 206, 208, 209, 210, 212, 215, 216, 219, 221, 222, 233, 235, 239, 240, 249, 260, 262, 263, 266, 269, 282, 283, 284, 288, 289, 291, 292, 293, 301, 306, 307, 308, 316, 319

## V

Violência sexual 116, 117, 120, 121, 126, 233

Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-7247-596-9

