

CURSO DE PSICOLOGIA

Rafaela Tedesco De Marco

**(DES)TERRITORIALIDADES: SOBRE A CLÍNICA ANTIMANICOMIAL NO  
CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.**

Santa Cruz do Sul

2016

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

CURSO DE PSICOLOGIA

**(DES)TERRITORIALIDADES: SOBRE A CLÍNICA ANTIMANICOMIAL NO  
CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.**

Rafaela Tedesco De Marco

Trabalho de conclusão apresentado a Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito básico para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Karla Gomes Nunes.

Santa Cruz do Sul

2016

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo amor e apoio incondicional de sempre, pelas idas e vindas da Universidade, pelas marmitas feitas com muito carinho, por ter tornado todo este percurso muito mais fácil de ser encarado. Vocês foram minha base e suporte para que esse sonho se tornasse possível.

À minha *irmãzinha*, que sempre nadou comigo em todas as ondas da minha vida e que é o meu combustível para sonhar e realizar. Mesmo distante você está em cada palavra deste trabalho e em cada passo que dei durante todos esses anos de faculdade.

Ao meu namorado, melhor amigo e companheiro, Eduardo, pelo amor, carinho, compreensão e paciência. Obrigada pelo apoio de sempre.

Aos meus amigos, colegas e companheiros de vida. Agradeço pelas conversas no corredor, discussões a respeito deste trabalho e pelos infindáveis abraços carinhosos quando precisei.

À minha orientadora, Karla Gomes Nunes, por acreditar em mim. Serei eternamente grata a sua vontade em abraçar esse sonho junto comigo e por deixar um pouco de você em mim.

Às voltas que o mundo dá.

À vida.

Gratidão, sempre.

## **(DES)TERRITORIALIDADES: SOBRE A CLÍNICA ANTIMANICOMIAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

**Rafaela Tedesco De Marco<sup>1</sup>**

**Karla Gomes Nunes<sup>2</sup>**

**Resumo:** Este estudo busca provocar uma discussão e problematização a respeito da Clínica Antimanicomial, enunciado que surge a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira, demarcando rupturas, descontinuidades e permanências do campo epistemológico que está sustentando o tratamento nos dias atuais dos tidos como doentes mentais. O estudo foi desenvolvido por meio de pesquisa bibliográfica, com influências da cartografia no processo de análise dos materiais. Para tanto, foi pesquisado nos portais científicos da SciELO, CAPES, Repositório Institucional da UNISC e Biblioteca Central da UNISC o descritor “clínica antimanicomial”. Foram selecionados e analisados nove artigos. Como resultados, foram encontrados discursos que remetem a uma clínica antimanicomial que pulsa dos desejos de profissionais e/ou pesquisadores inseridos no campo de saúde mental. Os resultados foram dispostos em três subtítulos: descentralização do diagnóstico em doença mental, subjetividade como produção da interação com o mundo; a clínica do ir e vir conversando, a clínica do cotidiano.

**Palavras-chaves:** Clínica Antimanicomial. Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental.

### **INTRODUÇÃO**

No último século, o Brasil passou por diferentes iniciativas em torno da desinstitucionalização da “loucura” através do movimento da Reforma Psiquiátrica, movimento que busca garantir aos portadores de sofrimento mental um tratamento adequado e respeitoso dentro da sua comunidade e nos espaços que nela coexistem, potencializando a sua cidadania, seus direitos e sua proteção através da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Além disso, através da Portaria GM 336 de 19 de fevereiro de 2002, são estabelecidas as modalidades dos serviços especializados em tratamento em saúde mental: os Centros de

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul. E-mail para contato: rafaellamarco@mx2.unisc.br

<sup>2</sup> Docente do Departamento de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul. Doutora em Psicologia Social e Institucional UFRGS. Coordenadora do Projeto VICOM-2016/UNISC. E-mail para contato: karlanunes@unisc.br

Atenção Psicossocial (CAPS), conforme abrangência populacional e complexidade de cuidado em ordem crescente.

Dessa forma, é possível notar que ocorreram grandes conquistas e evoluções a partir da Luta Antimanicomial, visto que a “loucura” passou a ser tema de proposições políticas ancoradas pelo Ministério da Saúde (GUERRA, 2004). Apesar destas grandes conquistas, o trabalho em saúde mental deve tomar a Reforma Psiquiátrica como um movimento e não como algo dado, como algo que já fez suas contribuições e teve seu fim decretado. Ela deve ser vivida e articulada diariamente no encontro com a loucura (LOBOSQUE, 2007).

O desejo inicial em produzir esta pesquisa se dá a partir de algumas questões que surgiram na experiência de realização do Estágio Integrado em Psicologia pela Universidade de Santa Cruz do Sul em um Centro de Atenção Psicossocial do Tipo I, no interior do Estado do Rio Grande do Sul, ao longo do ano de 2015. Desse modo, o estudo atual é a terceira parte de uma produção teórica e prática decorrente dessas inquietações que surgiram nesse estágio. Essas questões estavam ligadas a minha prática no CAPS e da forma como estava sentindo-me dividida no cuidado para com os usuários. De um lado, titubeio entre meus movimentos de tutela e limitação dos graus de liberdade dos usuários e, por outro, lutas por práticas comprometidas com a promoção de autonomia e cidadania dos mesmos usuários. Dei-me conta que minhas práticas iniciais estavam sustentadas em um discurso produzido no campo social e também no campo científico – o olhar sobre os então denominados “loucos” e tipo de tratamento orientado a eles, tratamento este baseado em uma hierarquia onde o médico ou profissional detinha o saber sobre o doente mental (tratamento pelo qual a Reforma Psiquiátrica lutou contra), o que nos permite e/ou autoriza a prescrever, aos usuários, o que fazer e modos de viver.

Este estudo baseia-se em uma pesquisa bibliográfica que buscou provocar uma discussão e problematização a respeito da Clínica Antimanicomial, enunciado que surge a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira, demarcando rupturas, discontinuidades e permanências do campo epistemológico que está sustentando o tratamento nos dias atuais dos tidos como doentes mentais.

O levantamento do material utilizado foi realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica nos portais científicos SciELO (Scientific Electronic Library Online), CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), Repositório Institucional da UNISC e Biblioteca Central da UNISC. Para tanto, o descritor utilizado foi “Clínica Antimanicomial”, pesquisado no dia 17 de agosto de 2016. A partir do levantamento do

material, foi realizada a seleção dos trabalhos. A seleção foi feita através da temática escolhida e da disponibilidade dos artigos nos portais. Ao todo nove artigos foram selecionados.

A análise dos artigos selecionados ocorreu no período de setembro a outubro de 2016. Neles, a clínica antimanicomial pulsa através de constructos dos autores envolvidos com o campo da saúde mental, tanto na teoria como na *práxis*. Através da análise dos artigos percebeu-se a orientação para uma clínica antimanicomial que deve descentrar-se da doença para conseguir enxergar o sujeito em todos os seus papéis sociais, e não apenas como doente. Conseguindo enxergar o sujeito em sua totalidade abre-se espaço para que sua subjetividade apareça, subjetividade essa entendida como produção das relações vividas com o mundo. Dá-se então importância para o cenário social na vida do sujeito, do quanto sua cidadania deve ser buscada e praticada dentro e fora do serviço substitutivo, e nesse ponto entra o acompanhamento terapêutico (AT) como um dispositivo de cuidado e de articulação com uma clínica que queremos como desinstitucionalizante, uma clínica que se ocupa e se faz no cotidiano desses usuários.

No tópico que segue, construo a problemática desse estudo para que o leitor acompanhe os processos que esta pesquisa percorreu. Em seguida, exponho o percurso metodológico, o qual possibilita chegar aos resultados deste estudo. No terceiro tópico, exponho os resultados e as discussões que surgiram a partir da análise dos artigos, sendo que dentro desse tópico estão construídos três subtítulos: o primeiro refere-se a uma clínica que tange para a descentralização do diagnóstico em doença mental; o segundo trata da valorização da subjetividade do sujeito, entendendo-a como produção da interação com o mundo; e por último a construção de uma clínica do ir e vir conversando, a clínica do cotidiano. Por fim, finalizo delineando para o leitor algumas considerações.

## **CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA**

A Reforma Psiquiátrica brasileira emerge com o propósito de romper com um campo epistemológico e propor uma nova forma de cuidado. Conforme Yd (2007) a reforma “é um projeto que busca restituir direitos civis e sociais para os ditos loucos, ao mesmo tempo em que promove uma intervenção sobre a cultura de modo a criar espaços e possibilidades para fazer caber a diferença” (p. 54). Dessa forma, ainda segundo a autora, ela vai além de reprimir e abolir o tratamento que as instituições (manicômios, hospitais psiquiátricos e asilares) prescreviam aos internados, tratamento este baseado em violência, maus tratos, negligência,

repressão, etc. Ela busca principalmente um novo tratamento baseado na cidadania para os ditos como loucos, tendo em vista a sua reinserção no social, no coletivo e não somente em espaços destinados para os doentes mentais.

Para tanto, o estabelecimento das modalidades dos serviços substitutivos, determinados na Portaria GM 336 de 19 de fevereiro de 2002<sup>3</sup>, deve estar entrelaçada com uma discussão acerca do lugar da loucura na nossa sociedade, pois se essa discussão não acontecer estaremos correndo grande risco de voltarmos ao modo de institucionalização pelo qual a Reforma Psiquiátrica lutou contra. Dessa forma, a clínica antimanicomial aparece neste cenário de desconstrução de uma institucionalização da loucura e da implementação de serviços substitutivos ao modelo manicomial. Recorro neste momento ao pensamento que a autora Miriam Abou Yd (2007) tem a respeito de uma clínica antimanicomial: “pública, universal, portanto, cidadã, a clínica antimanicomial opera sobre um outro ponto de tensão, impossível de ser negligenciado: a ruptura com a idéia de doença mental e a recusa à objetificação da loucura, pilares fundantes do asilo moderno” (p. 55).

E é a emergência desta clínica que analiso, estudo e problematizo nesta pesquisa: este novo campo epistemológico que surge a partir de uma desconstrução de pensamentos e ideologias que estão voltados a olhar apenas a doença e não o sujeito. Desconstrução esta que tem início no Brasil, de modo mais contundente, com o movimento pela Reforma Psiquiátrica, mas que devemos continuar a realizá-la todos os dias no encontro com a loucura, pois, conforme Yd (2007), se não a fizermos correremos o risco de pensar novamente a loucura apenas como uma questão técnica.

## **PERCURSOS METODOLÓGICOS**

Com o intuito de descrever e discutir a emergência da Clínica Antimanicomial no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira considerando as possíveis rupturas, discontinuidades e permanências que se colocam quando considerado o campo epistemológico que sustenta o tratamento daqueles tidos como doentes mentais ou, contemporaneamente, nomeados como usuários dos serviços de saúde mental, foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos portais científicos SciELO, CAPES, Repositório Institucional

---

<sup>3</sup> Esta portaria é entendida como importante para este estudo, pois é um marco de conquista e realização na caminhada da Reforma Psiquiátrica.

da UNISC e Biblioteca Central da UNISC. Para tanto, o descritor utilizado foi “Clínica Antimanicomial”.

Essa pesquisa foi realizada através da metodologia de pesquisa bibliográfica, pois ela “procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em artigos, livros, dissertações e teses” (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007, p. 62). Para tanto torna-se “fundamental que o pesquisador faça um levantamento dos temas e tipos de abordagens já trabalhadas por outros estudiosos, assimilando os conceitos e explorando os aspectos já publicados” (BARROS; LEHFELD, 2000, p. 70).

Ao buscar o descritor Clínica Antimanicomial, no portal SciELO encontrei sete resultados, sendo que destes foram selecionados quatro artigos. A exclusão dos três se dividiu em dois grupos: um foi excluído em decorrência da falta de disponibilidade do mesmo no portal ScieELO; e os outros dois foram porque o corpo do texto não se relacionava à temática desejada. No portal CAPES foram encontrados seis resultados, sendo que destes foram selecionados cinco artigos, pois um deles estava entre os trabalhos selecionados no portal da SciELO. No portal do Repositório Institucional da UNISC foram encontrados vinte e sete resultados. No entanto, nenhum dos trabalhos foi selecionado, pois eles estavam se referenciando a uma clínica odontológica e não a uma clínica no âmbito da saúde mental. Na Biblioteca Central da UNISC não foi encontrado nenhum resultado.

Para dar voz e vida ao processo de produção dos dados, a metodologia desta pesquisa foi influenciada pela cartografia. Para tanto, tomei como orientação o livro *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*, organizado pelos autores Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. A escolha pela cartografia baseou-se principalmente por acreditar que a importância desta pesquisa torna-se mais evidente ao desenhar a rede de forças à qual meu objeto de estudo está conectado, tornando visíveis suas modulações e seu permanente movimento (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010).

Dessa forma, a partir da seleção do material iniciou-se um longo caminho de leituras e análises, gerando assim uma produção de dados. Na cartografia fala-se em produção de dados e não apenas coleta de dados, como tradicionalmente denomina-se na ciência moderna. A mudança não é apenas gramatical, mas visa pontuar um novo conceito de pesquisa, diferente do que conhecemos (ciência moderna cognitivista) (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010).

A produção de dados, diferentemente da coleta de dados, vai ocorrer desde o passo inicial da pesquisa. Para tanto, nesta pesquisa a produção de dados foi baseada em uma ativação da atenção, atenção essa disposta em três pressupostos fundamentais: atenção “flutuante, concentrada e aberta” (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010, p. 48). Com isso, a leitura percorria os escritos tentando evitar dois extremos: “relaxamento passivo e a rigidez controlada” (KASTRUP, 2010, p. 48), sem que ela se tornasse uma atenção que comumente habita-nos: a atenção seletiva.

Os escritos e construções de Sueli Rolnik no livro *Micropolítica: cartografias do desejo* (1993) suscitaram em mim um modo de acompanhar os processos e de cartografar alguns encontros que ocorreram na minha pesquisa. Em seu livro, as cartografias foram construídas ao longo da estadia de Félix Guattari no Brasil, no ano de 1982. O convite para que ele viesse ao Brasil partiu da autora e surgiu em decorrência de uma necessária revitalização da população brasileira e de sua consciência política e social (GUATTARI; ROLNIK, 1993). Sua estadia proporcionou inúmeros encontros, conferências, mesas redondas, entrevistas, debates, etc. E foi através desses encontros que se produziram cartografias, cartografias essas que deram movimento ao livro. E que nesse estudo possibilitou uma nova forma de analisar e de articular os resultados encontrados.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Para iniciar a minha discussão teórica a cerca da Clínica Antimanicomial no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, na contemporaneidade, devo-me estender sobre as mudanças de tratamento destinado aos “loucos” e, posteriormente, aos que passaram a ser nomeados como “doentes mentais”. Tais mudanças, no que tange ao tratamento, sucederam-se ao longo dos anos para que se tornasse possível a sua constituição nos moldes que conhecemos e sua discussão nos dias atuais.

Uma das primeiras mudanças refere-se ao tratamento moral proposto por Philippe Pinel no século XVIII. Para relatar tal mudança utilizarei como referência inicial a obra *O Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou mania*, de Philippe Pinel, publicado pela Editora UFRGS no ano de 2007 e traduzido pela Joice Armani Galli. A obra teve sua primeira publicação no ano de 1800 com o nome *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, e teve sua segunda edição, mais ampliada que a primeira, publicada no ano de 1809.

Na Apresentação do livro, os autores Ana Maria Galdini Raimundo Oda e Paulo Dalgalarrodo (2007) relatam, brevemente, o contexto histórico em que o livro foi escrito. Segundo os autores, no final do século XVIII, fez-se crescer um movimento que visava modificar e repensar o tratamento prescrito aos doentes mentais e suas internações em instituições asilares, onde sofriam torturas (disfarçadas ou não) como forma de tratamentos médicos. Nomes importantes apareceram nesse movimento tanto na Europa como nos Estados Unidos da América: Phillipe Pinel e Joseph Daquin na França, William Tuke na Inglaterra, Vincenzo Chiaruggi na Itália, Benjamim Rush nos Estados Unidos, entre outros. Estes foram os principais protagonistas e militantes desse movimento de reforma que, pela primeira vez, separa os doentes mentais dos outros internados para receberem um tratamento psiquiátrico sistemático.

Logo após o breve relato histórico, os autores Oda e Dalgalarrodo (2007) fazem uma pequena introdução ao autor e relatam a respeito da trajetória que percorreu ao longo da vida. Segundo eles, Philippe Pinel nasceu no dia 20 de abril de 1745, em Jonquières no sul da França e faleceu aos 81 anos de idade, em 25 de outubro de 1826 em Paris. Pinel é visto como o fundador da psiquiatria e participou ativamente do movimento que defendia e promovia as transformações das instituições existentes que confinavam os doentes mentais e outros indivíduos que não se encaixavam na sociedade considerada ideal. Além da sua atuação ativa em hospícios dos alienados para buscar uma reforma do tratamento utilizado até então, Pinel também fez a diferença observando esses alienados e seus respectivos fenômenos psicológicos, buscando entendê-los. A partir dessas observações e tentativa de entendimento, Pinel introduz uma diferenciação metodológica a respeito dos alienados.

Essas observações, conforme Oda e Dalgalarrodo (2007), ocorreram mais fortemente quando Pinel foi nomeado médico do hospício de Bicêtre, entre os anos de 1793 a 1795. Seu trabalho nesse hospício direcionava-se principalmente à observação. Observação essa que se dirigia tanto aos alienados e à forma como a instituição organizava-se, como também – e principalmente – ao vigilante deste hospício, o Jean-Baptiste Pussin, com quem aprendeu a utilizar métodos mais humanitários no tratamento dos alienados. A partir dessas observações ele conseguiu construir os princípios do tratamento moral.

Pinel critica o método utilizado nas instituições que consistia basicamente em “abandonar o alienado no fundo de sua cela, como um ser indomável, deixá-lo mesmo com correntes, ou tratá-lo com extrema dureza, como se ele não pudesse mais ser restituído à

sociedade, esperando o término natural de tão cruel existência” (PINEL, 2007, p. 122). Refere ainda que o tratamento utilizado nessas instituições era bárbaro, ignorante e de extrema frieza, pois se dava por meio de “banhos de imersão, das duchas, das sangrias repetidas e dos meios de repressão mais desumanos” (PINEL, 2007, p. 136).

Além disso, Pinel faz uma crítica profunda aos modelos médicos utilizados até então, referindo que a medicina dos alienados é uma ciência que não se fez evoluir, apenas reproduziu o que se sabia da alienação a partir de antigos filósofos gregos. Assim sendo, instaura-se a partir desse movimento de observação e crítica, o tratamento moral que tinha como principal foco a mudança no comportamento dos loucos a partir de um tratamento baseado nas atitudes humanas mais rígidas dos profissionais para os pacientes. Esse tratamento baseava-se principalmente na subjugação e na dominação dos alienados. Em muitos momentos da especificação do tratamento moral, Pinel define que o chefe, ou o vigilante dos alienados, tem que fazer uso de uma repressão sábia e enérgica (PINEL, 2007).

Utilizarei nesse momento dados retirados da publicação de Resende (1987) para termos noção da consequência deste tratamento proposto por Pinel. Em um período de 20 anos foram realizadas 4.200 internações no Hospital Psiquiátrico de Bicetrê. Dessas internações o tratamento moral tomou como curados 66% dos pacientes com menos de um ano de histórico da doença mental. É evidente que não sabemos os critérios utilizados para essa avaliação, mas para época que viviam, esses números demonstram grande otimismo quando o assunto é doença mental. Porém, em meados do século XIX, apesar de ser comprovada a melhora dos pacientes sob esse regime, esse tratamento foi totalmente abandonado. Isso se deu em decorrência de vários movimentos da época, como:

(...) intensificação dos processos de darwinismo social e consequentemente deterioração das condições de vida das cidades, o afluxo maciço de imigrantes estrangeiros para os Estados Unidos na segunda metade do século XIX e a necessidade de remover da comunidade os elementos perturbadores da ordem e indesejáveis que vieram a inchar a população internada dos hospitais psiquiátricos e destruir o ambiente quase familiar que facilitava as trocas interpessoais, prováveis responsáveis pelo êxito das pequenas instituições regidas pelos princípios do tratamento moral (RESENDE, 1987, p. 28).

Como consequência, há uma inversão: do otimismo passa-se ao pessimismo em relação ao tratamento do doente mental e à eficiência do regime moral. Retrocede-se então para os velhos modos de (não)cuidado baseado em tortura e tratamentos médicos como medicações fortes, sangrias e purgações. Dessa forma, a assistência psiquiátrica cai em sono

profundo e irá acordar somente em meados da grande Segunda Guerra, conforme os estudos de Resende (1987).

Freud, através da invenção da psicanálise entre o século XIX e o século XX, inaugura um novo modo de pensar e ver o sujeito (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006). Ele propõe, pela primeira vez na história, escutar aquele que sofre, mas conforme Campos (2001), “essa escuta permanecerá até hoje descolada do olho que examina” (p. 99). A autora indica ainda que na maioria dos serviços de saúde, como as Unidades Básicas de Saúde, está presente uma clínica onde a saúde dos usuários é determinada principalmente pelo olhar do profissional – enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, etc – onde ele possui supostamente o saber sobre o sujeito.

Segundo Barreto (2004), o ponto de partida é o mesmo, tanto para a psicanálise como para a psiquiatria e psicoterapia: o sintoma daquele que sofre. A diferença é que na psicanálise busca-se tratar aquele sintoma não apenas pelo sofrimento, mas também pelo enigma que ele representa na vida daquele sujeito. Ou seja, “implica um querer saber sobre o sintoma” (p. 94).

Já no último século passamos por um processo que reivindica a desinstitucionalização da “loucura”, lutando “para uma proposição política, por parte do Ministério da Saúde, ancorada nos princípios antimanicomiais” (GUERRA, 2004, p. 84). Tomo a liberdade de colocar a loucura entre aspas porque ela era uma justificativa para camuflar as inúmeras internações que ocorreram durante a maior parte do século XX. Os hospitais psiquiátricos, manicômios e instituições tornaram-se “destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos” (ARBEX, 2013, p. 25). A luta antimanicomial, que se impõe mais fortemente no final do século XX, aparece justamente para ir contra essa prática que estava presente nessas instituições. Esse certo movimento revolucionário, que ganha força com no final dos anos de 1970, já estava presente no pensamento e nas práticas de Nise da Silveira, médica psiquiatra brasileira revolucionária, que a partir do período de 1940 inaugurou um novo olhar para o cuidado nas instituições asilares. Esse novo olhar referenciava-se através da terapia ocupacional, revelando dispositivos potentes para o tratamento dos então determinados loucos: desenhos, arte, pintura, escultura, contato com os animais, etc. O movimento revolucionário de Nise da Silveira, como ela bem nos diz,

(...) é uma verdadeira mutação, tendo por princípio a abolição total dos métodos agressivos, do regime carcerário, e a mudança de atitude face ao indivíduo, que deixará de ser o paciente para adquirir a condição de pessoa, com direito a ser respeitada (1992, p. 14).

Dessa forma, a reforma psiquiátrica vai buscar romper com um campo epistemológico que, segundo Foucault (1977), está sustentado em uma clínica médica do “olhar”, preocupada principalmente com as questões anátomo-patológico-morfológico. Além disso, Foucault (1975) critica profundamente o tratamento moral proposto por Philippe Pinel. Segundo ele, esse tratamento substitui as correntes que prendiam os loucos para um “encadeamento moral que transformava o asilo numa espécie de instância perpétua de julgamento: o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros” (p. 82).

Esta retomada teórica serve para pensarmos no percurso que o tratamento direcionado aos doentes mentais tomou ao longo dos anos e o que motivou o movimento da Reforma Psiquiátrica a romper epistemologicamente com o modelo prescritivo proposto por Philippe Pinel. Mas ainda assim, mesmo com o passar dos séculos, é possível notar o quanto este modelo baseado em tutela dos sujeitos tidos como loucos ainda permanece enraizado na nossa atuação no cuidado em saúde mental, como vivenciei no estágio curricular em um CAPS tipo I, através da participação na Oficina de Desenho, onde trazia atividades prontas para que os usuários realizassem, sugeria o que desenhar, de que forma desenhar e qual a cor utilizar. Aos poucos, percebo que tais atitudes mais tutelavam do que abriam espaço para a expressão da criatividade e subjetividade dos participantes.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Descentralização do diagnóstico em doença mental**

O diagnóstico de doença mental carrega consigo não somente certa orientação terapêutica a respeito do sujeito que sofre, mas principalmente um efeito social devastador, operando também como um dispositivo de anulação e invalidação social. Como bem nos mostra Roberto Tykanori Kinoshita, coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no período de 2011 a 2015 e operador militante da Reforma Psiquiátrica brasileira, ao dizer que quando ao sujeito é atribuído um diagnóstico psiquiátrico ou quando ele é marcado socialmente como louco, tem-se como consequência a percepção de que “(...) os bens do louco tornam-se suspeitos, as mensagens incompreensíveis, os afetos desnaturados” (2001, p. 56).

Ao posicionar o louco na incompreensão e na suspeita, o tornamos um sujeito sem poder e razão, visto que ele é “doente” e necessita cuidados. E ao tirar-lhe a razão o compreendemos sem capacidade de governar a si mesmo (GABBAY, 2010). O sujeito ocupando apenas a posição de “doente mental” permanece distante da posição que buscamos fortalecer na clínica antimanicomial: a de cidadão. Para que os serviços substitutivos não “caiam” novamente em um cuidado como exposto anteriormente, cuidado esse que é baseado no modelo prescritivo, a clínica antimanicomial deve estar orientada para a valorização do sujeito acima de tudo como cidadão, que pode estar em sofrimento mental.

Nos artigos analisados foram encontrados traços que apontam para essa valorização. Vasconcelos; Machado e Protazio (2015) apontam para uma clínica da desaprendizagem, clínica essa vivida em um ambiente de cuidado em álcool e outras drogas, onde a *práxis*<sup>4</sup> deve “descentrar-se da doença, desfocar-se da droga como “o” problema a ser extirpado” (p. 51). Nunes e Torrenté (2013) destacam que uma das razões pelas quais a etnografia é válida para o campo da saúde mental é que ela possibilita o entendimento de que os sintomas psíquicos do sujeito não devam ser tomados como apenas transtornos a serem corrigidos, “trocando a rígida fronteira entre o normal e o patológico por aquela que estabelece graus de normatividade nas formas de andar a vida” (p. 2862).

Nesse mesmo sentido, os autores Vasconcelos, Machado e Filho (2013) falam de uma clínica que “se desfoca da doença e se abre para conexões que abarcam não só o indivíduo, e sim uma multiplicidade de pessoas, ambientes, tecnologias, animais, coisas que compõem a cidade” (p. 100), pois “não se trata de uma clínica somente do indivíduo problemático/doente/necessitado” (ARAÚJO, 2005 apud VASCONCELOS; MACHADO; FILHO, 2013), trata-se de enxergá-lo além de sua doença mental ou dependência química. Os autores encontram no acompanhamento terapêutico (AT) um dispositivo clínico-político para que ir contra a institucionalização da loucura.

Prandoni e Padilha (2006) buscaram compreender os discursos das pessoas envolvidas com o cuidado em saúde mental (familiares e profissionais). A partir disso entrevistaram esses sujeitos, todos operadores do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, e suas falas

---

<sup>4</sup> “Chamamos de *práxis* este fazer no qual os outros são visados como seres autônomos (...). A *práxis* é por certo uma atividade consciente, só podendo existir na lucidez; mas ela é diferente da aplicação de um saber preliminar (não podendo justificar-se pela invocação de um tal saber – o que não significa que ela não possa justificar-se)” (CASTORIADIS, 1986, apud CAMPOS, 2001, p. 100)

apontaram na mesma direção de desfoque da doença quando afirmam que a clínica em saúde mental “deve observá-lo primeiro como um cidadão e, depois, como alguém que sofre e que necessita do apoio psicossocial” (p. 631).

Essa valorização do sujeito e não da doença mental nos remete ao pensamento de Franco Basaglia, médico psiquiatra que foi precursor do movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana e que com suas ideias impulsionou a Reforma Psiquiátrica aqui no Brasil. O autor nos fala sobre uma prática clínica que coloque a doença mental entre parênteses. Não se trata aqui de descartar o diagnóstico, mas sim de perceber primeiramente e principalmente o sujeito que vem antes dela (1981, apud AMARANTE, 1994). Valorizando o sujeito, valoriza-se também tudo o que envolve a sua vida e o seu sofrer, valoriza-se a sua subjetividade.

### **Subjetividade como produção da interação com o mundo**

No ano de 2007 comemorou-se 20 anos de luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. Em comemoração a essa data surge, a partir do Encontro Nacional de Saúde mental no ano de 2006 realizado em Belo Horizonte, o *Caderno de Saúde Mental* (2007) com a temática “*A Reforma Psiquiátrica que queremos: por uma clínica antimanicomial*”. O Caderno reúne a transcrição das das conferências e das mesas-eixo realizadas no evento, ministradas por autores(as)/atores(as) de grande influência no cenário da luta antimanicomial no Brasil. Na sua conferência, Benilton Bezerra Junior (2007), marca a subjetividade “como resultado das interações entre o organismo e o meio que ele habita, entre o corpo e o ambiente físico e simbólico, entre o indivíduo e o universo humano que o acolhe e o constitui como sujeito” (p. 25). Trata-se então de uma subjetividade que vai além do individual, do inconsciente do sujeito, mas sim emergindo das ações do sujeito em interação com o mundo.

Os autores Vasconcelos, Machado e Protazio (2015), como foram vistos anteriormente, destacam a descentralização da doença, pois assim conseguimos dar conta de “outros processos de subjetivação” (p. 51). Nesse mesmo sentido, com o objetivo de produzir reflexões nos estudantes do curso de Enfermagem do Distrito Federal acerca do cuidado e inclusão do doente mental em um módulo temático desenvolvido no curso, os autores Machado, Göttems e Pires (2013) articularam arte, educação e clínica antimanicomial. Ao final do módulo, através dessa articulação, conseguiram produzir nesses estudantes o entendimento de que o cuidado em saúde mental, a clínica que queremos nesse campo, orienta-se principalmente pela inclusão social e pela noção da subjetividade como uma

“ferramenta de produção de saúde mental” (p. 1206), visto que ela resgata o que o sujeito é em sua totalidade, em tudo o que ele possui de valor, de potência para uma vida em sociedade.

Para tanto, Borges (2015), ao assinalar as contribuições da filosofia para o campo de saúde mental, ressalta a importância das práticas profissionais orientarem-se para a valorização do território vivo do sujeito, e não apenas seu território geográfico, permitindo assim a criação de espaços para que as subjetividades possam circular e encontrar novas formas de expressão. A clínica que se quer antimanicomial, para os autores Nunes e Torrenté (2013), deve ter como orientação principal a busca pelo acolhimento do sujeito na sua experiência vivida/sentida através da análise fenomenológica, denominando-a assim como a clínica do sujeito.

A conotação de subjetividade passa a ter sentido no meio em que os organismos estão inseridos. Isso significa dizer que o social, a comunidade, o cenário público, o entorno que cerca o sujeito passa a influenciar diretamente em sua subjetividade e vice-versa. Nesse sentido, foram encontrados nos artigos analisados, escritos que direcionam o cuidado em saúde mental numa perspectiva de conectar e enxergar esse sujeito como pertencente ao cenário público. Os autores Vasconcelos, Machado e Protazio (2015) traçam pistas para uma clínica antimanicomial em álcool e outras drogas baseados em suas experiências em Sergipe, na redução de danos em conjunto com a unidade básica de saúde e também inseridos em um CAPS AD. Uma das pistas traçadas aponta que para conseguir comprometer-se com a subjetividade do sujeito é necessário a “fabricação de outras formas de vida, e de vida em sociedade” (p. 7), entendendo que fazer clínica não se torna simplesmente na “devolução” desse sujeito para a sociedade, pois entendem que nela encontram-se formas de vida que produziram aquele modo operatório de sujeito-compulsão.

Ao pesquisar junto às mulheres usuárias de um CAPS tipo II de uma capital da Região Nordeste quais as percepções que elas têm sobre si, as autoras Nascimento, Breda e Albuquerque (2015) entenderam que apenas a inserção em um CAPS não assegura uma articulação da clínica antimanicomial. Dessa forma, torna-se necessário levar “em consideração os direitos dos sujeitos, formas de organização das relações dentro e fora do serviço, em que se preservam relações horizontais de poder, relacionamento e compromisso ético com os usuários e a população” (p. 487).

Nesse mesmo sentido, com o objetivo de analisar as compreensões dos usuários dos CAPS a respeito da saúde mental, especificamente o acesso e integralidade, Oliveira, Andrade e Goya (2012) entrevistaram sujeitos de dez CAPS de Fortaleza. Como resultado encontrou-se necessidade por parte dos usuários de espaços que potencializassem a sua vida em comunidade, no social. Para tanto, os autores apontam para a importância de estabelecer “estratégias que ancorem as articulações comunitárias e tencionem as discussões em torno dos estigmas” (p. 3077).

Machado, Göttems e Pires (2013) destacam que essas discussões devem ocorrer tanto no ambiente familiar como no ambiente social, valorizando o que o sujeito possui enquanto recursos para voltar a atuar nessas esferas, considerando o que Prandoni e Padilha (2006) encontraram em suas entrevistas com sujeitos envolvidos com o cuidado em saúde mental: que a subjetividade está intimamente ligada ao meio social e deve ser articulada por todos os atores (familiares, profissionais, comunidade e usuários). Para tal atuação de uma clínica denominada antimanicomial, as autoras Nunes e Torrenté (2013, p. 2861) destacam outra razão pela qual a etnografia pode ajudar nesse âmbito, pois auxilia a desnaturalizar o mundo do sujeito, “evidenciando suas construções sociais, culturais e políticas”. Com isso, devemos pensar e articular uma clínica que dê conta do cotidiano desses sujeitos.

### **A clínica do ir e vir conversando, a clínica do cotidiano**

O autor Antonio Lancetti é “psicanalista, esquizoanalista, militante histórico da luta antimanicomial” e “sobretudo um cartógrafo da vida ali onde ela enfrenta seus limites – esquizofrênicos, toxicômanos, meninos de rua, meninas prostituídas” (PELBART, 2014, p. 11). Em seu livro *Clínica peripatética*, Antonio Lancetti (2014) busca denominar a clínica como um movimento, na etimologia da palavra “passear, ir e vir conversando” (p. 15). Dessa forma se “inauguram outras formas de engate terapêutico, bem como outras possibilidades de conexão com os fluxos da cidade e da cultura” (PELBART, 2014, p. 12).

Durante sua experiência na intervenção da Casa de Saúde Anchieta na cidade de Santos, de 1989 a 1994, Lancetti (2014) percebeu que “as andanças pela cidade constituíam novos *settings* altamente férteis para a produção de subjetividade e cidadania” (p. 21). Dessa forma, o autor pontua a importância de que a prática clínica em serviços substitutivos de saúde mental ocorra, “ao mesmo tempo, dentro e fora das unidades de saúde, no território geográfico e no território existencial, no domicílio e no serviço” (p. 51). Através dos artigos

selecionados nota-se que a clínica antimanicomial vai ao encontro do que Lancetti (2014) propõe ao falar sobre a criação de novos *settings* terapêuticos, pois, conforme os autores Prandoni e Padilha (2006, p. 631), ela deve “criar ou promover a ampliação de espaços férteis de cidadania na atenção em reabilitação”, denominando-a como clínica do cotidiano.

Para que a clínica consiga promover esses espaços de cidadania, Pitiá e Furegato (2009) propõem, enquanto atividade e dispositivo clínico de atuação dos profissionais, o acompanhamento terapêutico (AT), tendo em vista que ele “trabalha com projetos terapêuticos que favorecem o resgate do poder de contratualidade social, sob os princípios psicossociais de reabilitação” (p. 74). As autoras denominam o AT como

Um tipo de atendimento clínico que se caracteriza pela prática de saídas pela cidade, ou estar ao lado da pessoa em dificuldades psicossociais com a intenção de se montar um guia terapêutico que possa articulá-la novamente na circulação social, por meio de ações sustentadas numa relação de vizinhança do acompanhante com o sujeito e suas limitações, dentro do seu contexto histórico (p. 73).

Vasconcelos, Machado e Filho (2013) também propõem este modelo de dispositivo para uma clínica desinstitucionalizante, para pensar uma clínica que eles denominam como clínica da experimentação. Para eles, o AT possibilitaria o desfoque da doença mental e conseguiria perceber instâncias que envolvem o indivíduo em um todo, ou seja, abrem-se espaços de conexões que vão além do sujeito, abarcando “uma multiplicidade de pessoas, ambientes, tecnologias, animais, coisas que compõem a cidade” (p. 100).

No Encontro Nacional de Saúde Mental, Rosemeiri da Silva coordenou uma das mesas redondas sob a temática *A luta pela cidadania: condição para uma clínica antimanicomial*, publicada pelo Caderno Saúde Mental. Psicóloga, militante da Reforma Psiquiátrica, ela aponta que

(...) para fazer nova e substancialmente distinta a nossa clínica, sustentar a cidadania enquanto acesso a direitos civis e sociais como patamar mínimo e condição de vida para todos, mas também que à igualdade de direitos deve-se agregar a noção de equidade: o direito à diferença (2007, p. 135).

Dessa forma a *práxis* clínica deve estar voltada para enxergar o sujeito em sua totalidade de papéis sociais, pois como nos aponta Silva (2007), o sujeito ao ocupar apenas o papel de “louco” na relação terapêutica, faz com que a clínica antimanicomial que pretendemos e a cidadania deixem de existir. Por isso, “na clínica antimanicomial necessitamos que nossos usuários sejam tão sujeitos quanto cidadãos, para sermos igualmente sujeitos e cidadãos vivendo na cidade a aventura antimanicomial de experimentar a liberdade ao existir” (p. 136).

Sustentar teoricamente a *práxis* clínica no cuidado em saúde mental é necessário, visto que há na institucionalização práticas mais “fáceis” e acessíveis ao conhecimento de todos, visto que o modelo prescritivo proposto por Pinel esteve por muito tempo sustentando o cuidado ao doente mental aqui no Brasil. Assim sendo, como ressalta os autores Vasconcelos, Machado e Protazio (2015, p. 51), devemos “produzir vida no cotidiano em vez de reproduzir condutas prescritas”.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir da seleção, leitura, análise e discussão dos artigos utilizados nesta pesquisa, tornou-se possível traçar pistas que orientem para a conceptualização de uma clínica antimanicomial que se denomina através de uma ruptura epistemológica a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A *práxis* da clínica antimanicomial tem como um dos pilares o desfoque da doença mental, ou seja, enxergar primeiramente o sujeito e entender que a doença mental não deve ocupar a totalidade de sua existência. Ao colocarmos o sujeito apenas como doente mental, ele passa ocupar algum valor apenas na dimensão de doença, fazendo com que a sua relação terapêutica com o serviço substitutivo de saúde mental seja de dependência e respondendo a um “cuidado” baseado no modelo prescritivo.

Com a valorização do sujeito em primeira instância, valorizamos também sua subjetividade e tudo aquilo que envolve sua existência. Ele passa a ter valor na sua condição existencial, e não apenas como mais um número baseado nos manuais de diagnóstico. A clínica que queremos, antimanicomial, deve se comprometer com a valorização da subjetividade de cada sujeito, subjetividade essa entendida como resultado não somente do plano individual, mas também e principalmente do plano coletivo, das relações sociais. Para tanto, o acompanhamento terapêutico (AT) entra como um dispositivo dessa clínica que queremos como peripatética (ir e vir conversando), possibilitando essa intensa relação com o meio social, a comunidade, o cenário público desse sujeito.

Reestabelecendo essas trocas com o social deve ser tramada a luta pela cidadania do sujeito, pois quando visto apenas como doente mental, o sujeito ocupa apenas este papel na sociedade. Torna-se então necessária a luta pela diferença, a luta que traça a não necessidade da sanidade para que se possa exercer a cidadania, pois “o louco não precisa tornar-se homem de razão para fazer jus a cidadania” (SILVA, 2007, p. 131).

Por todos esses aspectos analisados, a *práxis* da clínica antimanicomial torna-se um desafio às políticas públicas, ao Estado, aos trabalhadores de saúde mental e aos militantes da luta antimanicomial, pois, como bem nos lembra Antonio Lancetti, “a saúde mental operada no território é uma *práxis* complexa, em oposição à simplificação que faz funcionar um manicômio” (2014, p. 52). Dessa forma, a clínica antimanicomial antes de ela tornar-se um conceito, é ela potência e desejo de ser constituída a partir do desejo de pessoas, militantes, trabalhadores.

**Abstract:** This study seeks to provoke a discussion and problematization about the Antimanicomial Clinic, a statement that emerges from the Brazilian Psychiatric Reform, demarcating ruptures, discontinuities and permanences of the epistemological field that is sustaining the treatment in the present day as two mental. For this, a methodology for bibliographical research and mapping influences. For the so much researched in the scientific portals of SciELO, CAPES, Institutional Repository of the UNISC and Central Library of the UNISC the descriptor "clinic antimanicomial". From this research in the portals were selected and analyzed articles nine. As results, discourses were found that refer to an antimanicomial clinic that pulsates with the desires of professionals and / or researchers inserted in the field of mental health. The results were divided into three subheadings: decentralization of diagnosis in mental illness, subjectivity as production of interaction with the world; the clinic of the comings and goings, the everyday clinic.

**Keywords:** Antimanicomial Clinic; Psychiatric Reform; Mental Health.

**Resumen:** Este estudio busca provocar una discusión y el cuestionamiento acerca de la Clínica Antimanicomial, declaró que surge de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, marcando las pausas, las discontinuidades y continuidades del campo epistemológico que está sosteniendo el tratamiento hoy en día considerado como el enfermo mental. El estudio fue desarrollado por medio de la literatura, con el mapeo influye en el proceso de analizar el material. Por lo tanto, se investigó en los portales científicos de la SciELO, Capes, Repositorio Institucional UNISC y Biblioteca Central UNISC el descriptor "clínica antimanicomial." De esta búsqueda, se seleccionaron y analizaron nueve artículos. Como resultado, se encontraron con discursos que hacen referencia a una clínica deseos y / o investigadores pulsantes antimanicomial profesionales insertados en el campo de la salud

mental. Los resultados se organizan en tres secciones: la descentralización del diagnóstico de la enfermedad mental, la subjetividad como producción de interacción con el mundo; la clínica van y vienen hablando, la clínica diaria.

**Palabras clave:** Antimanicomial Clínica. Reforma Psiquiátrica. Salud mental.

## REFERÊNCIAS

ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina (org.). **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

AMARANTE, Paulo. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 61-77, out. 1994.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013, 3. Ed.

BARRETO, Francisco Paes. A Clínica do sujeito no serviço público. **Minas sem manicômios: A loucura e as cidades: mapas de Minas**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 89-97, jun. 2004.

BARROS, Aidil Jesus da Silveira; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Fundamentos de metodologia científica: um guia para a iniciação científica**. São Paulo: Pearson Education, 2000, 2. Ed.

BORGES, Silier Andrade Cardoso. Territórios existenciais ético-estéticos em saúde coletiva. **Fractal, Revista Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 107-113, ago. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922015000200107&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922015000200107&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 ago. 2016.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: . Acesso em 30 jun. 2016.

BRASIL, Portaria GM 336 de 19 de fevereiro de 2002.

CAMPOS, Rosana Onocko. 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.

CERVO, Amado L.; BERVIAN, Pedro A.; SILVA, Roberto da. **Metodologia científica**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007, 6. Ed.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977, 241 p.

GABBAY, Rochelle. Cidadania e loucura: um paradoxo? **Polêm!ca**, v. 9, n. 3, p. 43 – 55, julho/setembro 2010.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1993.

GUERRA, Andréa Máris Campos. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, ano VII, n. 2, p. 83-96, jun. 2004.

JUNIOR, Benilton Bezerra. Um apelo à clínica: nem o respaldo da norma, nem o extravio da dor. In: LOBOSQUE, Ana Marta (org). **Caderno de saúde mental**. Encontro Nacional de saúde mental, Belo Horizonte, 2006. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007.

KASTRUP, Virgínia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção da subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010, p. 32-51.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 55-59. (SaúdeLoucura, 10).

LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatérica**. São Paulo: Hucitec, 2014.

LOBOSQUE, Ana Marta. Um desafio à formação: nem a perda da teoria, nem o medo da invenção. In: LOBOSQUE, Ana Marta (org). **Caderno de saúde mental**. Encontro Nacional de saúde mental, Belo Horizonte, 2006. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007, p. 35-44.

MACHADO, Daniela Martins; GOTTEMS, Leila Bernarda Donato; PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Aprendizagem em saúde mental por meio da produção videográfica: relato de experiência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1205-1213, dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400040&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400040&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 ago. 2016.

NASCIMENTO, Yanna Cristina Moraes Lira; BREDÁ, Mercia Zeviani; ALBUQUERQUE, Maria Cicera dos Santos de. O adoecimento mental: percepções sobre a identidade da pessoa que sofre. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 479-490, set. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000300479&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300479&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 ago. 2016.

NUNES, Mônica de Oliveira; TORRENTÉ, Maurice de. Abordagem etnográfica na pesquisa e intervenção em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2859-2868, out. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001000010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 ago. 2016.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. Apresentação. In: PINEL, Philippe. **Tratado Médico-Filosófico: sobre a alienação mental ou mania**. Trad. Joice Armani Galli. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

OLIVEIRA, Raimunda Félix de; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; GOYA, Neusa. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3069-3078, nov. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 ago. 2016.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção da subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

PELBART, Peter Pál. Prefácio. In: LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatérica**. São Paulo: Hucitec, 2014.

PINEL, Philippe. **Tratado Médico-Filosófico: sobre a alienação mental ou mania**. Trad. Joice Armani Galli. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

PITIA, Ana Celeste de Araújo; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 67-77, set. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 ago. 2016.

PRANDONI, Raul Fernando Sotelo; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. Loucura e complexidade na clínica do cotidiano. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 623-634, dez. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452006000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 ago. 2016.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, Nilson do Rosario; TUNDIS, Silvério Almeida (org). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1987, p. 15-73.

SILVA, Rosemeiri da. Loucura e cidadania: por um país de todos os homens. In: LOBOSQUE, Ana Marta (org). **Caderno de saúde mental**. Encontro Nacional de saúde mental, Belo Horizonte, 2006. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007, p. 131-136.

SILVEIRA, Nise da. **O mundo das imagens**. São Paulo: Ática, 1992.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de; MACHADO, Dagoberto de Oliveira; FILHO, Manoel Mendonça. Acompanhamento terapêutico e reforma psiquiátrica: questões, tensões e experimentações de uma clínica antimanicomial. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 95-107, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822013000600013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000600013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 ago. 2016.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de; MACHADO, Dagoberto de Oliveira; PROTAZIO, Mairla Machado. Considerações sobre o cuidado em álcool e outras drogas: uma clínica da desaprendizagem. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 45-56, mar. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000100045&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100045&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 ago. 2016.

YD, Miriam Abou. Por uma clínica antimanicomial: a audácia de um projeto. In: LOBOSQUE, Ana Marta (org). **Caderno de saúde mental**. Encontro Nacional de saúde mental, Belo Horizonte, 2006. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007, p. 53-58.

## ANEXO – Normas da revista “Psicologia Em Foco”

- **DIRETRIZES PARA AUTORES:**

**Artigo:** deve ser inédito e não encaminhado à avaliação simultânea em outro periódico.

**Editor de texto:** Word for Windows 6.0 ou posterior.

**Fonte:** Times New Roman, tamanho 12.

**Margem:** Superior – 3 cm; inferior – 2 cm; esquerda – 3 cm; direita – 2 cm.

**Parágrafo:** espaçamento: nenhum; entre linhas: 1,5; alinhamento justificado.

**Numeração de páginas:** direita superior.

**Número de folhas:** mínimo de 12 e máximo de 20 folhas A4.

- **DISPOSIÇÃO DO TEXTO:**

Somente serão aceitos para publicação artigos com o formato descrito abaixo:

**Título e identificação do autor:** título centralizado, em negrito; linha em branco; nome do autor, à direita, em negrito, acompanhado de chamada numérica para nota de rodapé, contendo sua titulação, filiação institucional e endereço eletrônico.

**Linha em branco.**

**Resumo e palavras-chave:** resumo de 100-150 palavras, em português, seguido de 3 a 5 palavras-chave, separadas por ponto, na língua em que o artigo foi escrito, digitado em espaço simples.

**Linha em branco.**

**Corpo do artigo.**

**Linha em branco.**

**Abstract/Resumen.** Seguido de *Keywords/Palabras Clave* (3 a 5 palavras, separadas por ponto).

**Referências:** apenas as obras mencionadas no texto, ao final do trabalho, em ordem alfabética, alinhadas à margem esquerda, digitadas em espaço simples e separadas entre si por dois espaços simples. Digitar o nome de livros e revistas nas referências em **negrito** e no corpo do ensaio em *itálico*.

**Ilustrações:** (desenhos, esquemas, figuras, fotografias, fluxogramas, gráficos, quadros, mapas e outros) a identificação deve aparecer na parte inferior, precedida da palavra designada, número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, do respectivo título e/ou legenda explicativa de forma breve e clara, dispensando consulta ao texto, e da fonte; letra tamanho 10, caixa alta e sem grifo. A fonte deve ser localizada na parte inferior da figura, em tamanho de letra 10, caixa baixa e alinhada à margem esquerda.

**Tabelas:** As tabelas apresentam informações tratadas estatisticamente, conforme IBGE (2003); têm numeração independente e consecutiva, e o título deve ser colocado na parte superior, precedido da palavra TABELA e de seu número de ordem em algarismos arábicos; letra tamanho 10, caixa alta e sem grifo. A fonte deve ser localizada na parte inferior da tabela, em tamanho de letra 10, caixa baixa e alinhada à margem esquerda.

**Notas de rodapé:** evitar utilização ao máximo, limitando-se, quando preciso, a notas explicativas; não usar para citações.

**Citações:** literais, com mais de 3 linhas, em parágrafo recuado (4 cm), em espaço simples, fonte 10, seguidas de parêntese, contendo o sobrenome do autor do referido texto em letras maiúsculas, ano de publicação e página do texto citado. Citações diretas com menos de 3 linhas: incorporadas ao texto, entre aspas (NBR – 10520/2002).

**Referências:** observar a NBR – 6023/2002 da ABNT:

Livros: SOBRENOME, Prenome. **Título:** subtítulo, edição. Tradução. Local: Editora, data, n. páginas ou volumes (série, n. ou volume).

Artigos em periódicos: Autor do artigo (SOBRENOME, Prenome). Título do artigo. **Nome do periódico:** local da publicação, volume (v.), n. dos fascículos (n.), páginas inicial e final do artigo (p.), mês abreviado, ano de publicação.

Dissertações e teses: SOBRENOME, Prenome. **Título:** subtítulo. Data da defesa. N. de páginas ou folhas. Categoria (grau e área de concentração). Instituição, local, ano.

Referência a documentos em meio eletrônico: mesmo procedimento, acrescentando: Disponível em: <URL completa> Acesso em: dia, mês (abreviado), ano. Ex: SOBRENOME, Prenome. Título: subtítulo, edição. Tradução. Local: Editora, data. n.º. páginas ou volumes (série, n.º. ou volume). Disponível em: <URL completa> Acesso em: dia mês ano.

Referências do texto: Ao se fazer referências a trabalhos de um ou mais autores mencionam-se somente seus respectivos sobrenomes. Seguem exemplos de como o autor do manuscrito proposto deve fazer citações no corpo do trabalho:

- a) Um só autor: Carlson (1969) ou (CARLSON, 1969);
- b) Dois autores: (KLOPFER, DAVIDSON, 1966);
- c) Três autores: (ELDREDGE, LOCKE, HOROWITZ, 1998); (ARNOLD, GUR, J. M., GUR, R.C. – quando dois autores tem o mesmo sobrenome - ,1994).
- d) Mais de três autores: mencionar o sobrenome do primeiro seguido de et al.