



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Martins Quintas, Renata; Amarante, Paulo
A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva
Saúde em Debate, vol. 32, núm. 78-79-80, enero-diciembre, 2008, pp. 99-107
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva

The territorial action of the Centro de Atenção Psicossocial as indicator of its substitutive nature

Renata Martins Quintas ¹
Paulo Amarante ²

¹ Psicóloga; mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).
renata_quintas@yahoo.com.br

² Doutor em Saúde Pública, pesquisador titular da ENSP / FIOCRUZ.
pauloamarante@ensp.fiocruz.br

RESUMO *Tomou-se como campo de investigação um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), situado no município do Rio de Janeiro, para verificar como se organiza o seu cotidiano, investigando as possibilidades de suas ações tanto no seu interior quanto em relação ao território. Foram eleitas como categorias de análise: a responsabilidade pela demanda, a porta aberta, a atenção às situações de crise e o trabalho territorial, por estas características se articularem em um serviço substitutivo. Utilizou-se de observação participante e de entrevistas semi-estruturadas com profissionais do serviço. A investigação ressalta a importância de chegar ao cotidiano deste dispositivo um entendimento das transformações que pode operar.*

PALAVRAS-CHAVE: *Território; Serviço substitutivo; CAPS; Reforma Psiquiátrica.*

ABSTRACT *The Psychosocial Attention Center (Caps) in the state of Rio de Janeiro, Brazil, was taken as a field of investigation in order to verify how its everyday praxis is organized, investigating the possibilities of its actions, either inside the institution or in relation to the territory. It was elected as analysis category the responsibility towards demand, the open door, the attention to crises situations and the territorial work, for these characteristics are articulated to a substitutive service. A participant observation was used as well as semi-structured interviews with some professionals who work in the CAPS. The investigation emphasizes the importance of making the everyday work reach an understanding of the transformations it can operate.*

KEYWORDS: *Territory; Substitutive services; CAPS; Psychiatric Reform.*

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica, no Brasil, constitui-se de processos com características locais, envolvendo lutas sociais pela transformação do modo de concepção da loucura e como lidar com o dito louco. Luta-se também, para transformar o modo como a Psiquiatria, em nome da razão, permite-se categorizar, trancar e tratar a loucura, em relação à articulação e invenção de possibilidades de inserção social para as pessoas que sofrem com transtornos mentais. Além disso, compreende, ainda, um processo permanente de utilização de jogos de forças que engendram saberes e poderes, e configuram a sociedade em que se vive.

O referencial teórico fornecido pela Psiquiatria Democrática Italiana e pela experiência santista de Saúde Mental introduz serviços que atuam como substitutivos ao modelo manicomial, por promoverem rupturas em relação ao modo de funcionamento centrado do hospital psiquiátrico. Enquanto conjunto de referências sociais, de códigos de funcionamento intrapessoais que conformam um imaginário e uma realidade social que inclui ou exclui o diferente, o território é palco de exercício para a transformação cultural em relação ao fenômeno da loucura.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) surge como promessa de composição de uma assistência mais articulada ao território (Portaria 336 de 19/02/02), virtualmente capaz de conhecê-lo em suas peculiaridades, de lidar com as necessidades de seus usuários, com as demandas que se produzem, enfim, de compor com as forças do território em favor da autonomia, a fim de que se encontrem soluções ao sofrimento psíquico.

A capacidade do CAPS em substituir o manicômio deve estar articulada ao modo com que a sociedade lida com a diferença e como representa a loucura na era da supremacia da razão. Trata-se, portanto, da quantidade de forças que o CAPS pode mobilizar, e que o torna capaz de operar uma revolução na forma como que se lida com a loucura na atualidade. Portanto cabe aqui a pergunta: do que se trata ao se constituir um CAPS? E, uma vez que é no território onde essas forças configuram o imaginário e concretizam relações, torna-se estratégico indagar a cerca do que pode um CAPS em relação ao território.

O objetivo da pesquisa foi caracterizar o funcionamento do CAPS no que diz respeito às novas práticas assistenciais, verificando sua capacidade de articular ou não às características do território, como indicativo de sua capacidade de promover uma transformação na relação da sociedade com a loucura. Não se propôs uma avaliação do CAPS, mas contribuir com a compreensão da noção de serviço substitutivo, a partir do conjunto de ações que sua atuação territorial possibilita.

DESENHO METODOLÓGICO

Trabalhou-se com a abordagem qualitativa, que de acordo com Minayo (1993, p.10), possibilita “incorporar a questão do significado e da intencionalidade”, permitindo evidenciar importantes questões que se fazem presentes na construção cotidiana do CAPS e definem sua tomada de posição em relação ao território.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foi obtida permissão para realizá-la tanto no serviço de Saúde Mental pesquisado quanto na Coordenação da Área Programática.

Para caracterizar o funcionamento do CAPS em relação às práticas assistenciais, foi necessária a inserção em campo, tendo como instrumentos de coleta de dados

a observação participante e as entrevistas realizadas com os profissionais do serviço.

A estada no serviço ocorreu por um período de quatro meses. Neste intervalo de tempo, buscou-se adentrar gradativamente nos espaços de atuação dos profissionais, na medida em que havia consentimento.

A observação foi guiada por um roteiro que contemplava aspectos como: a estrutura física do serviço; seu funcionamento rotineiro; a dinâmica de equipe; as relações construídas no interior do CAPS, com demais atores e instituições do território.

Procurou-se, também, desenvolver o hábito de estar no CAPS de diversas maneiras, isto é, ao experimentar o lugar de alguém na sala de espera, nas discussões da equipe de profissionais no espaço de supervisão, ao observar as interações entre os profissionais e destes com a clientela, nas oficinas, assembleias, e em atividades e reuniões fora do CAPS. No entanto, foi possível perceber que havia um limite para a presença em alguns espaços.

As entrevistas fizeram-se necessárias tanto para abrir o campo de explanação sobre situações não acompanhadas como para aprofundar o nível de informações e opiniões quanto à construção do serviço (MINAYO, 1993).

As anotações feitas no diário de campo foram separadas por categorias, as quais foram entrecruzadas, promovendo uma sistematização que permitiu a formulação de alguns temas principais, que, no final, compuseram a análise dos resultados, além do levantamento de hipóteses esclarecidas nas entrevistas.

Optou-se por entrevistas abertas, por possibilitarem aos entrevistados discorrer livremente sobre os temas de interesse para a pesquisa, favorecendo a elaboração de um discurso em que pudessem expressar suas idéias, crenças, maneiras de atuar e de conceber o CAPS. As entrevistas foram realizadas após algum tempo de participação no dia-a-dia do CAPS.

A partir dos dados obtidos na observação, foram elaboradas perguntas que permitiram colher dos entrevistados suas opiniões acerca dos temas pretendidos. Para isso, utilizaram-se perguntas disparadoras, no intuito de deixar que os entrevistados discursassem livremente sobre os temas de interesse, expondo, por meio das associações de idéias, os sentidos que dão às suas práticas no CAPS.

Foram realizadas seis entrevistas, no período de agosto a novembro de 2005, concedidas no local de trabalho dos entrevistados. Os entrevistados, pela Resolução 196/96, concederam livre e esclarecidamente seus depoimentos, conforme o termo de consentimento livre esclarecido.

As categorias de análise foram retiradas de Nicácio (2003), que entende a proposta de um serviço substitutivo como “serviço no/do território”, quando nele se articulam características, como a responsabilidade pela demanda, a porta aberta, a atenção às situações de crise e o trabalho territorial, que levam a uma relação com as pessoas que nele vivem, quais sejam. Estes princípios expressam e compõem a transformação da prática terapêutica e efetivam a substituição da lógica manicomial, ao constituírem serviços fortes.

Para Rotelli (2001), o serviço torna-se ‘forte’, territorial ou substitutivo, ao reconhecer o usuário em sua complexidade, mas também considerando sua singularidade e sua diversidade, elaborando respostas dinâmicas e individualizadas que tentam preservar e ampliar a riqueza da vida das pessoas.

A PORTA ABERTA

A porta aberta delinea novas bases na relação com o usuário, em que a acessibilidade e a permeabilidade do uso do serviço, por parte de qualquer pessoa, tra-

duzem uma flexibilidade em sua organização. Manter a porta aberta implica, na capacidade plástica, de acolher a demanda, de forma a garantir atenção a todas as pessoas que chegam ao serviço, oferecendo uma possibilidade de resposta a sua questão, mesmo que seja sua escuta apenas.

Na experiência santista, a ‘porta aberta’ traduz um conjunto de relações institucionais, num movimento contínuo de questionar e eliminar a contenção concreta e simbólica das instituições asilares, pelas quais se dava o controle do paciente, que:

[...] requer uma dinâmica de trabalho que distante de concepções burocráticas seja capaz de operar no movimento de ordem-desordem, instituinte-instituído na qual as ações são construídas, desmontadas, reconstruídas a partir das necessidades dos usuários em seu contexto de relações [...]. (NICÁCIO, 2003, p.221).

O dia-a-dia do serviço evidenciou a falta da compreensão da noção de porta aberta. Observou-se, por meio da fala de um entrevistado, um ritmo ambulatorial de funcionamento, com uma frequência maior de técnicos trabalhando nos consultórios ou em oficinas: “a gente ainda tá preso a esse modelo do atendimento, da consulta, os grupos” (T3).

Poucas pessoas freqüentavam o serviço de forma diária e as diversas atividades funcionavam com poucos, sendo quase sempre com os mesmos pacientes. A presença das famílias restringia-se ao grupo familiar ou ao acompanhamento às consultas, e não foi observada a presença de pessoas da comunidade, mesmo em momentos mais coletivos, como em festas.

A dinâmica do serviço deixava pouco espaço para a invenção de ações por parte dos pacientes (mesmo aquelas requeridas para cada caso), funcionando com atividades padrão: consultas e psicoterapias individuais, oficinas, visitas domiciliares, assembléia e supervisão. Havia uma repartição dos espaços em que o paciente

era autorizado ou não a participar, o que evidencia que o serviço não funcionava segundo a dinâmica da porta aberta.

Esse paciente foi indo por conta própria. Ele sabia que tinha oficina do papel tal dia, ele vinha na oficina do papel. E aí, quando a gente se deu conta, ele tava freqüentando várias atividades no CAPS. Até ele levou a criar uma regra na equipe, de que paciente de recepção não poderia participar das atividades ainda, só depois que já tivesse cadastrado, que tivesse projeto terapêutico que podia participar, porque meio que fugiu das nossas rédeas. (T2).

A porta aberta também significa a abertura para o outro, no reconhecimento e acolhimento dos usuários e ao responsabilizar-se pelos problemas de saúde da região, numa relação em que Campos (1994) estabelece entre um “coeficiente de acolhida” e a “plasticidade” do modelo de atenção, quando se trata de acessar, junto com o paciente, toda uma variedade de problemas da demanda, que incluem questões sociais, econômicas, culturais, além da inconstância dos recursos disponíveis.

RESPONSABILIDADE PELA DEMANDA

A tomada de responsabilidade aponta para a ação no território da vida dos pacientes, a partir da necessidade de assumir uma interação ampla e direta com a condição do paciente e das suas relações, e chegando aos seus ambientes de vida (DELL’ACQUA, 1991). O serviço não é o único local de exercício da tomada de responsabilidade, pois a prática terapêutica é orientada para o enriquecimento da existência global, complexa e concreta dos usuários, que os faz sujeitos ativos nas relações dentro e fora do serviço (ROTELLI, 2001).

Ao contrário da direção da prática em relação aos ambientes de vida dos usuários dos serviços substitutivos, observou-se uma tendência na dinâmica do CAPS de trazer para o serviço as situações de trabalho com seus pacientes. No caso de uma paciente, a falta de um trabalho mais articulado com a vizinhança e os familiares resultou em ela ser vista como 'monstro' por uma pessoa próxima, que exigiu que a tirassem dali e que a internassem. A dificuldade em conviver com a diferença de seu comportamento tornou-se insuportável para sua mãe, que optou por sua internação já na primeira reação de agressividade da filha.

Assim como o olhar de estranhamento da mãe, o olhar do serviço enxergava a doença, algum retardo mental a junto à psicose, deixando de encontrar soluções terapêuticas que ampliassem a rede de relações para a aceitação e promoção da diferença. A hospitalidade oferecida pelo serviço deixou de mobilizar "uma quantidade maior de energia humana e recursos institucionais" (DELL'ACQUA, 1991, p.65).

A ATENÇÃO DO CAPS ÀS SITUAÇÕES DE CRISE

A capacidade de responder de forma diversa às situações de crise se insere nas práticas dos serviços substitutivos como capacidade cotidiana de sustentar a atenção à crise, pelo exercício do trabalho em equipe, e ao articular tutela, direitos e responsabilidade (NICÁCIO, 2003).

A complexidade envolvida nas situações de crise demanda a criação de estratégias de contato, pautados na possibilidade de transformação da intervenção violenta, resignificando os conflitos em direção à invenção de saúde. A base para tais possibilidades constitui-se na relação de contrato e de reciprocidade com o usuário, e

depende da disponibilidade da equipe para situações que desafiam novas formas de comunicação entre os envolvidos, "sem protocolos de intervenção pré-constituídos, ou mesmo 'equipes especiais' de intervenção" (DELL'ACQUA, 1991, p.61). Lidar com a crise requer a permissão de entrada em cena de todos que participam do contexto relacional dos usuários.

Segundo os discursos dos profissionais, a forma de o serviço lidar com a crise era ruim, acentuada pela falta de condições materiais. Evidenciava-se o mau funcionamento em equipe e o medo dos profissionais em lidar com o paciente em crise e articular possibilidades de atuação que substituíssem a internação.

Precisava não a mesma estrutura que o hospital tem, mas o mínimo de estrutura pra poder ficar com uma pessoa que está de fato agitada. Porque assusta, né?, ameaça de bater, fica falando sem parar.[...] As pessoas chamam logo a ambulância. Muito rapidamente, é a 1ª coisa que se pensa. Você pode tentar fazer outras coisas, você pode chamar a ambulância e paralelamente ir tentando abordar essa pessoa.[...] Tem situações com colegas onde a gente ficou lá embaixo e as pessoas olhando da escada de cima. (T3).

A resposta às situações de crise está relacionada à organização das práticas do serviço, em sua capacidade de acolhimento e reconhecimento que se constitui como alternativa à internação psiquiátrica:

Depende de cada equipe, de como o serviço se organiza. (...) Acho que essa é a questão da relação com o território, o cara ao invés de ir pra emergência, vem pro serviço porque ele sabe que pode ser resolvido ali ou acolhido, esse sofrimento foi acolhido e foi conduzido de alguma forma. (T4).

Evidenciou-se que a forma como o CAPS lida com a crise guarda relações com a orientação teórica que organiza suas práticas e com o movimento de sair para atuar nos espaços de vida dos usuários.

A RELAÇÃO COM O TERRITÓRIO

O território é o local onde deságuam todas as transformações ocorridas no interior do serviço. A intervenção precisa chegar às instâncias reais e imaginárias para se disseminar a norma e a exclusão, e passar ao âmbito da política, do direito, das legislações, do trabalho e da cultura. Colocar-se assim em movimento, articulando-se no convívio entre as pessoas, é o que Santos (1988) chama de “território da vida”, território onde se dão as trocas materiais e simbólicas e as relações sociais.

Para Nicácio (1994), o trabalho territorial é construído na articulação de ações diretas e indiretas, abrindo espaços para a ressignificação do fenômeno da loucura e o reposicionamento sociopolítico do paciente na sociedade.

A incorporação da noção de território e o alcance das questões que ela implica indicam a assimilação de mudanças concretas ao mesmo tempo na sua dinâmica e em relação à sociedade.

O entendimento que traz a relação do CAPS com o território é apontado na fala de um profissional quando diz que “A gente tá tentando fazer esses trabalhos mais externos” (T1). Existe a consciência de que o trabalho do CAPS em articulação com outros atores pode mudar a percepção que se tem do sofrimento mental, a começar da própria família. No entanto, é freqüente, nas falas da maioria dos entrevistados, a menção à carência de recursos, que lhes dificulta sair do ambiente de trabalho, apesar do reconhecimento de que o CAPS deve atuar no território:

É uma cilada também, que os CAPS têm que ter o cuidado de sair, porque o trabalho te toma, né? Tem casos muito graves que se deixar você fica só dentro do CAPS! E a idéia é estar ocupando espaço no território. Então esse é um desafio. (T1).

A relação com o exterior, no entanto, ainda se reduz às iniciativas pessoais de alguns poucos profissionais, que procuram trabalhar com algumas instituições

localizadas no território, estabelecendo parcerias para venda de trabalhos confeccionados pelos pacientes: “É algo que tá no projeto, mas que na prática precisa de disponibilidade pra isso.” (T2).

O questionamento de que o CAPS possui de fato um trabalho no território se deve ao fato de que a ação no território é mais do que a presença física do serviço na região. O discurso de um profissional chama atenção para uma necessidade de entender o trabalho fora do CAPS, a partir da ótica da inserção social, e reconhece que uma atuação nesse sentido ainda é incipiente no CAPS.

O fato de você estar lá fora com eles não significa que eles estejam integrados. Se a gente só coloca eles pra vender, não incentiva uma crítica a respeito disso, por exemplo, só vai vender nos fóruns de saúde mental, a gente não pode achar que isso é o externo propriamente dito. O externo é o cara poder pôr a barraquinha dele, ou ser um ambulante como um outro, com as dificuldades que ele tem. A gente tendo que ajudar da forma que ele precisa, mas não estar tão dependente de situações como essas. (T3).

O trabalho territorial precisa avançar mais, para chegar à possibilidade de convívio social, fora da proteção institucional. Trabalha-se para a construção de um novo pacto social, que cria campos de troca entre os diversos segmentos da sociedade, e interfere nos processos de exclusão social, além de possibilitar uma nova ética, “em cujo espaço seria possível reciclar tudo aquilo que seria descartável na lógica de uma sociedade excludente” (BARROS, 1994, p.103).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se, por meio da observação participante, assim como pelas falas dos profissionais entrevistados, que o serviço pesquisado tem-se utilizado tanto de

iniciativas diretas como indiretas. São realizadas visitas domiciliares, acompanhamento aos pacientes internados em instituições psiquiátricas, viabilização de atendimento na rede de saúde, além de passeios, e negociações com instituições de lazer, educação, trabalho, e da rede de saúde, como ambulatórios de Saúde Mental da região, nos casos de referência e contra-referência.

No entanto, no CAPS pesquisado, a temática da atuação territorial é pouco presente nas discussões dos técnicos, no cotidiano do serviço, fruto de uma dinâmica institucional no qual as atividades encontram-se centradas na clínica tradicional. Ao mesmo tempo, algumas atividades e críticas ensaiam movimentos de questionamento desse funcionamento. No entanto, não há um envolvimento suficiente dos profissionais para criar uma participação da equipe nos contextos reais de vida da clientela, e que mobilizem pessoas diversas na articulação de redes sociais, responsabilidades e potenciais de ação.

Para Basaglia, o território:

[é o] lugar da expressão plena das contradições de classe, espaço real que tornaria mais clara a própria colocação e mais natural o resultado das alianças. (2005, p.242).

A partir de então, coloca-se como serviço que convive com o manicômio e o realimenta, quando suas práticas não alcançam a reprodução social de sua clientela. É justamente essa discussão política e estratégica da relação com o território que se encontra ainda pouco presente no entendimento do lugar do CAPS, conforme observado, instituindo um serviço que se coloca como intermediário na relação com o hospital psiquiátrico. A gente não quer ser chamado de um serviço substitutivo. A gente tá longe disso. A gente ainda é uma coisa mais ou menos alternativa, no sentido que a gente não substitui o hospital, a gente recorre à internação com muita frequência. Então não há essa coisa da apropriação do espaço. (T3).

A desinstitucionalização não se restringe à retirada de pacientes da instituição psiquiátrica. Ela é, funda-

mentalmente, a luta contra o que fundamenta a instituição, seja ela psiquiátrica ou não. Trata-se de dar voz àqueles que tradicionalmente encontram-se na posição de inferiorizados, e lutar pela sua liberação, uma vez que a desinstitucionalização é, em última instância, “a luta pela liberação do homem” (VENTURINI, 2003, p.165). A desinstitucionalização é o questionamento dos lugares de produção de valores da sociedade, é uma luta política.

Faz-se necessário colocar em questão a própria normalização do espaço que constitui o CAPS enquanto instituição. Na grande maioria das vezes, este dispositivo vem funcionando como um espaço organizado, de maneira procedimento-centrado, de forma em que as práticas e as relações interpessoais se localizam no seu interior, numa dinâmica centrada na intervenção medicamentosa e psicoterapêutica, que tende a produzir uma cronicidade dos próprios profissionais dentro do serviço.

Apesar do tempo de Reforma Psiquiátrica empreendida no país, entende-se que a superação do manicômio não se reduz a uma modernização da assistência, mas se trata de uma luta contra os mecanismos de controle da população, que precisa ser melhor trabalhado no cotidiano dos atores da Reforma Psiquiátrica. Essa percepção acerca da capacidade de invenção que um serviço precisa ter para substituir a lógica psiquiátrica ainda não chegou ao ponto de transformar suas práticas e construir serviços de Saúde Mental que se coloquem como substitutivo.

Para Venturini, a presença de usuários, familiares, diversos cidadãos e a construção de um clima de cooperação social “constituem-se em indicadores rigorosos da eficácia da desinstitucionalização” (2003, p.173). Desse ponto de vista, o serviço precisa redefinir sua prática, flexibilizar-se no exercício de seu poder, ao abrir-se para permitir o conflito dos atores e incorporar uma capacidade de negociação que considere as necessidades de sua clientela.

A penetração no território acontece quando os serviços se organizam para acolher e trabalhar a pessoa em sua existência concreta, o que impulsiona a um trabalho

permanente de inscrição na dinâmica do território, ao identificar os atores que estão relacionados às ações de reconstrução de relações com a loucura e ultrapassando iniciativas isoladas, como sair em busca de determinada parceria para alguma ação pretendida.

Da arquitetura hospitalar, que exerce seu poder de controle e de formação de corpos dóceis pela anulação das possibilidades de existência própria, ao espaço aberto do território, o tema ainda é a convivência com um poder invisível e onipresente, e a ampliação da capacidade de singularização¹ de pessoas e de grupos. Trata-se mesmo de facilitar rebeldias cotidianas, revoluções moleculares, de refazer territórios de resistência e existência, não totalmente imunes à ordem dominante, mas poder ampliar a função de autonomização dos grupos, tornando-os mais hábeis quanto

à capacidade de operar seu próprio trabalho de semiotização, de cartografia, de se inserir em níveis de relação de força local, de fazer e desfazer alianças, etc. (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 46).

Em relação a isso, há perseguição dos operadores dos serviços substitutivos, chamando de invenção de saúde e de vida.

REFERÊNCIAS

BASAGLIA, F. A doença e seu duplo. In: AMARANTE, P. (Org.). *Escritos selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 161-186.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF, 2002.

CAMPOS, F.C.B. *O modelo da Reforma Psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. 2000. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, 2000.

DELL'ACQUA, G., MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. (Org.). *A loucura na sala de jantar*. Santos: Resenha, 1991. p. 53-79

GIOVANELLA, L.; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em Saúde Mental. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 113-149

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

NICÁCIO, F. *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de Saúde Mental*. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, 2003.

_____. *O processo de transformação da Saúde Mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. 1994. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – PUC-SP, São Paulo, 1994.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. 2. edição. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 89-99.

_____. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p. 149-170.

¹ Por singularização Guattari e Rolnik (1986) entendem a capacidade de captar os elementos da situação, de construir as próprias referências práticas e teóricas, saindo da dependência total em relação ao poder global, para ler a própria situação e o que se passa ao redor, adquirindo a possibilidade de criação e de autonomia. o e o que se passa ao redor, adquirindo a possibilidade de criação, e de ter a capacidade de destituição dos atores que dele se utilizam

_____. O trabalho de Saúde Mental no território. In: KALIL, M.E.X. (Org.). *Saúde Mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde*. São Paulo/Salvador: HUCITEC/Cooperação Italiana em Saúde, 1992. p. 75-80.

SANTOS, M. *Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodologia da geografia*. São Paulo: HUCITEC, 1988.

VENTURINI, E. A qualidade do gesto louco na era da apropriação e da globalização. In: AMARANTE, P. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p. 157-184

Recebido: maio/2008

Aprovado: ago./2008