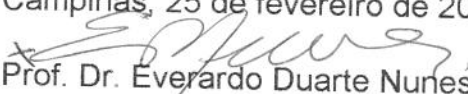


MARIA HELENA MELHADO STROILI

**SAÚDE MENTAL NO BRASIL :
UMA ANÁLISE DA ESTRUTURAÇÃO
E DO DESENVOLVIMENTO DO CAMPO**

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, Área Saúde Mental da aluna **Maria Helena Melhado Stroili**.

Campinas, 25 de fevereiro de 2002.


Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes
Orientador

**UNICAMP
2002**

MARIA HELENA MELHADO STROILI

**SAÚDE MENTAL NO BRASIL :
UMA ANÁLISE DA ESTRUTURAÇÃO
E DO DESENVOLVIMENTO DO CAMPO**

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação
Da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de
Doutor em Ciências Médicas – Área : Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr. EVERARDO DUARTE NUNES

UNICAMP
2002

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

UNIDADE BC
Nº CHAMADA T/UNICAMP
St 87s
V _____ EX _____
TOMBO BC/ 51087
PROC 16.837/02
C _____ DX _____
PREÇO R\$ 11,00
DATA 28/09/02
Nº CPD _____

CM00174438-9

BIB ID 259960

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

St87s

Stroili, Maria Helena Melhado
Saúde mental no Brasil: uma análise da estruturação e
desenvolvimento do campo / Maria Helena Melhado Stroili
Campinas, SP: [297p], 2002.

Orientador : Everardo Duarte Nunes
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde Mental – Brasil. 2. Saúde Mental – Pesquisa. 3. Teses – Bibliografia. 4. Teses e Dissertações. I. Everardo Duarte Nunes. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

Membros:

1. Presidente: Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

2. Profa. Dra. Florianita Coelho Braga Campos

3. Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães

4. Prof.Dr. Paulo Dalgarrondo

5. Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 25/02/2002

Quando já se viveu muito tempo numa civilização específica e com frequência se tentou descobrir quais foram suas origens e ao longo de que caminho ela se desenvolveu, fica-se às vezes tentado a voltar o olhar para outra direção e indagar qual o destino que a espera e quais as transformações que está fadada a experimentar. Logo porém, descobre que desde o início, o valor de uma indagação desse tipo é diminuído por diversos fatores sobretudo pelo fato de apenas poucas pessoas poderem abranger a atividade humana em toda a sua amplitude . A maioria das pessoas foi obrigada a restringir-se a somente a um ou a alguns de seus campos. Entretanto, quanto menos um homem conhece a respeito do passado e do presente, mais inseguro terá de mostrar-se seu juízo sobre o futuro. ...Finalmente faz-se sentir o fato curioso de que, em geral, as pessoas experimentam seu presente de forma ingênua, por assim dizer, sem serem capazes de fazer uma estimativa sobre seu conteúdo; têm primeiro de se colocar a certa distância dele; isto é, o presente tem de se tornar o passado para que se possa produzir pontos de observação a partir dos quais elas julguem o futuro" (FREUD, S. in" O Futuro de uma ilusão" 1974)

"Se fazer uma Tese é uma imposição, norma ou lei, a Tese é paradoxalmente uma atividade que apanha diversas perspectivas em contraponto, exacerba dinamicamente os contrastes e nos faz descobrir nova maneira de ler ou de ver o já visto ou lido. Peculiar originalidade, lança-se mão dos dados para inventá-los: ganha-se precisão do pensamento na verticalização de um tema que se restringe para se tornar mais seguro, a nuance da reflexão que incorpora sem falsa modéstia, o imprevisto, o insólito, o dissociado, a capacidade dialética que apreende as vozes que se dispersam na compreensão e/ou interpretação dos fenômenos"

(Ferrara,1997)

*Às pessoas por quem tenho afeto ... que puderam compreender
minha ausência em tantos encontros e partilhas.*

*Aos meus pais Miguel e Natalina por terem me ensinado a amar a
vida e os estudos*

Aos meus filhos, Graziela, Rafael... à Vanessa (filha "agregada")

À Rafaella nova alegria e encanto em minha vida

*Ao Nelson companheiro de todas as horas e de tantas vigílias nesta
jornada*

*Ao Eduardo Maia, saudoso cunhado, (em memória) que chegou tão
perto, mas partiu antes de poder cumprir nosso pacto, de juntos
finalizarmos nossas Teses*

AGRADECIMENTOS

A todos que me acompanharam neste caminho...

Ao meu orientador Dr. Everardo Duarte Nunes, que faz ciência "com alma", e acolheu comigo este desafio, concedendo-me o privilégio de partilhar de sua amizade e genuína integridade humana e intelectual.

Ao Dr. Paulo Amarante por sua preciosa contribuição a este estudo, disponibilizando-me a Bibliografia Comentada utilizada neste estudo, fruto de seu árduo trabalho de pesquisa

Às bibliotecárias do SBI da PUC-Campinas, Aparecida M.A. Leite, Janete Gonçalves de Oliveira, Rosa Maria V. Bertolini de Oliveira que com carinhosa presteza sempre acolheram meus pedidos de socorro...

Ao Henildo C. Pinheiro Telles, cunhado e parceiro nesta empreitada, que com sua afetuosa disponibilidade tornou possível a organização dos dados e a formatação desta pesquisa em tempo record.

Ao Rafael Melhado Stroili, querido filho, e competentíssimo assessor para "assuntos informáticos", que me acudiu (até de domingo de manhã) sempre que o texto "desaparecia" do computador... e elaborou os quadros coloridos com capricho e incomum paciência.

Ao Dr. Geraldo Fiamenghi Jr. companheiro de lutas, que com a peculiar gentileza, me auxiliou na elaboração dos Abstracts

À Cláudia Sandroni que com dedicação e carinho me auxiliou na análise dos documentos

À Florianita C. Braga Campos que me deu "dicas valiosas", (como o Email do Amarante), e cedeu bibliografia diferenciada sempre com bom humor

Aos meus alunos e colegas professores do Instituto de Psicologia da Puc-Campinas que apostaram no meu fôlego quando nem eu mais acreditava ser possível...

Aos meus pacientes e seus pais, que com a confiança que dedicam ao meu trabalho me instigam a estudar....sempre

I. INTRODUÇÃO	17
II. CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DESTE ESTUDO	23
1. A Constituição da Saúde Mental na Europa e América Latina	24
Inglaterra	24
França	26
Itália	27
Estados Unidos	30
América Latina	33
2. Trajetória Das Idéias Sobre Saúde Mental No Brasil	51
III. DELIMITANDO UM CAMPO DE ESTUDO	71
1. Objetivos	72
2. Fundamentação Teórica	72
2.1. A Teoria de Campo de Bourdieu	73
3. Metodologia - Aspectos Gerais	80
3.1. A História Arqueológica de Foucault	81
4. Âmbito da Investigação	87
5. Material e Técnicas	92
5.1. Os Procedimentos de Análise	94
IV. BUSCANDO A COMPREENSÃO DE UM CAMPO	97
1. Análise das Categorias de Classificação dos Documentos	97
2. Análise das Temáticas das Teses e Dissertações	101
3. Análise das Metodologias, das Técnicas de Investigação, das Bases Teóricas e do Sujeito das Teses e Dissertações	104
4. As Temáticas dos Artigos de Revista, dos Relatórios Oficiais e das Associações e dos Anais de Eventos	105
5. Análise da Produção Científica a Partir das Temáticas das Pesquisas	106

V. ANALISANDO AS QUESTÕES CONCEITUAIS	115
1. Revisitando os Conceitos de Saúde e Doença e suas Determinações Sociais	115
2. Considerações sobre a Interdisciplinaridade	125
3. O que este Estudo Revela Sobre o Campo da Saúde Mental.	130
VI. DISCUSSÕES FINAIS E CONCLUSÕES	135
VII. SUMMARY	141
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	143
IX. ÍNDICE DE ANEXOS	161
Anexo 1. Categorias de Análise e Respectivas Definições	163
Anexo 2. Resumos das Teses de Doutorado em Saúde Mental Analisadas	177
Anexo 3. Resumos das Dissertações de Mestrado Analisadas	191
Anexo 4. Resumos dos Artigos Publicados em Revistas Nacionais	229
Anexo 5. Resumos dos Relatórios Oficiais	253
Anexo 6. Resumos dos Relatórios de Legislação e Orientações	259
Anexo 7. Resumos dos Relatórios das Associações e Anais de Eventos	263
Anexo 8. Quadros de I a XIV	273

A estruturação do campo da Saúde Mental no Brasil é o objeto deste estudo. Nele procuramos conhecer através da descrição e análise o processo de desenvolvimento desse campo no Brasil, e a maneira pela qual articulam-se a produção do conhecimento, o pensamento e o movimento em seu interior. Os dados adotados para análise foram 43 Teses, 112 Dissertações de Mestrado, 137 Artigos de Periódicos, 34 Relatórios Oficiais, 41 Relatórios de Associações e Anais de Eventos que abordam temáticas da Saúde Mental, produzidos no período de 1977-2000. As bases teóricas do estudo apóiam-se na teoria de Campo de Pierre Bourdieu e na metodologia da Arqueologia do Saber de Michel Foucault . Põe em discussão o conceito de Saúde-Doença Mental. O principal foco de análise dos documentos foi a Temática abordada e sua contextualização ao tipo de documento e ao movimento no Campo. A pesquisa pontua “lutas concorrenciais” e períodos intercalados de desenvolvimento nas práticas e pesquisas, e revela que o campo está em franca estruturação, reunindo multiplicidade teórica e a busca de novos Modelos de Atuação, Atenção e Assistência à Saúde Mental.

Palavras – chave : 1.Saúde Mental, 2.Produção científica em Saúde Mental 3.Conceito Saúde-Doença Mental , 4.Estruturação de Campo

Esta tese, bem como a escolha do programa de Pós-Graduação onde esta se desenvolveu, potencializa uma série de questões suscitadas por estudos, práticas e reflexões vivenciadas por esta autora, como docente de um curso de Psicologia e como profissional da Clínica por cerca de 18 anos.

Sintetiza, sobretudo um movimento de busca de evolução pessoal e profissional, que desvela muitos limites e a circunscrição dos saberes construídos nesse percurso, bem como a necessidade de estruturá-los, sistematizá-los e reelaborá-los.

Nessa perspectiva a compreensão e a delimitação do chamado campo da Saúde Mental, se nos apresenta como amplo, complexo, porém profícuo desafio para estudo..Assim é que, tomando esse campo como objeto, buscou-se analisar as formações discursivas, a produção de conhecimento e as práticas, tentando compreender como se articulam essas diferentes dimensões na estruturação do referido campo, com destaque ao desenvolvimento deste no Brasil.

Embora se reconheça a existência e mérito de muitos estudos já desenvolvidos sobre a Saúde Mental, o nosso pressuposto é de que o campo ainda está em estruturação, e algumas questões derivadas de uma primeira revisão bibliográfica, puderam ser levantadas:

1. Constitui a Saúde Mental, um campo, uma disciplina, um conjunto de disciplinas ou um conjunto de práticas? Derivada dessa questão, qual o estatuto epistemológico do campo?
2. Quais suas origens? Seria a Saúde Mental um desdobramento da Sociologia das Doenças Mentais, da Psiquiatria Social ou da Psicologia Social?

3. Estariam suas origens vinculadas aos movimentos internos no campo da Psiquiatria ou aos movimentos de contestação do modelo biomédico?
4. Quais as principais temáticas abrangidas pela área?
5. Qual o papel desempenhado pelos Cursos de Pós-Graduação na constituição do campo?

A base dessas questões tomou como ponto de partida algumas revisões bibliográficas, que se preocuparam em delinear a gênese e o desenvolvimento de uma área de conhecimento sobre as questões mentais. Nesse sentido o trabalho de Bastide (1965) constitui-se um clássico. Nele o autor analisa a formação e o desenvolvimento de uma sociologia das doenças mentais e destaca as transformações do pensamento e do conceito de doença mental, a partir do ingresso dos conceitos sociológicos no cenário intelectual.

Posteriormente em revisões realizadas por Nunes (1985, 1987 e 1992), verificamos que embora existam significativos e numerosos estudos sobre temas específicos relacionados à Saúde Mental como epidemiologia, alcoolismo, drogadição e práticas psiquiátricas; identifica-se a pouca sistematização dessa produção no que se refere à dimensão social da Saúde / Doença Mental.

Na revisão de 1985, pôde-se constatar que o alcoolismo e a drogadição são temas que reúnem grande número de publicações no Brasil, no período de 1980-1985, e são tratados sob diferentes aspectos, quer sejam: fatores etiológicos do uso do álcool e das drogas, consumo em diferentes grupos populacionais, padrões de consumo e atitudes frente ao álcool e à droga.

Posteriormente, foram se multiplicando os estudos e publicações que analisam as dimensões sócio-culturais, ou seja, o alcoolismo e a drogadição são estudados sob a perspectiva ideológica, econômica, política e religiosa.

No que se refere aos aspectos epidemiológicos, estes têm crescentemente potencializado estudos e o trabalho de Almeida Filho (1985) constitui-se referência na análise dos aspectos teóricos da produção científica construída a partir das mudanças culturais e suas relações com a psicopatologia.

Um outro grupo de temas destaca-se, em especial, entre os estudos brasileiros, ao qual Nunes (1987) denomina de “análise histórica e institucional”, o qual reconstrói e analisa a trajetória da Psiquiatria Latino-Americana e *“fornece perspectivas das peculiaridades de sua realidade histórica e sua abertura para o mundo”* (Alarcón, 1976).

A dimensão teórico-conceitual é em geral desenvolvida no bojo da temática específica do trabalho, e é raramente relacionada com as práticas em Saúde Mental. Entre os estudos que privilegiam essas discussões pode-se mencionar os de Almeida Filho (1983) “Crítica à proposta da Psiquiatria Preventiva”; os de Birman (1980), que abordam as relações e articulações discursivas entre a Psiquiatria e a Psicanálise; e os de Galende, E. (1983) que analisa a crise do modelo médico em Psiquiatria e a ampliação da análise sociológica no campo da Saúde Mental.

Como se pode depreender dessa revisão e análise, as publicações no campo da Saúde Mental, no referido período, são destacadamente diversificadas e encaminham-se para a ampliação dessa diversidade, incluindo novas e aparentemente contemporâneas temáticas, como o suicídio, a violência, e suas correspondentes dimensões sociais (Cassorla, 1984; Bravo, 1981).

As representações sociais sobre a saúde e a doença mental também têm se colocado como tema em crescente evolução como, por exemplo, nos estudos de Alves (1982, 1985), Spink (1993), Guareschi e Jovchelovith (1994) e Banchs (1990), compreendidas como sistemas estruturados de valores, idéias e práticas que são utilizados para organizar as informações e dar sentido e significado aos conceitos e experiências.

Outro tema emergente desse processo de evolução do conhecimento no campo refere-se às políticas de Saúde Mental. Diversos estudiosos têm se dedicado à pesquisa e sistematização desse tema no Brasil, dentre os quais destacamos Macedo (1985), Moura e Garcia (1994), Amarante (1994).

Este mapeamento bibliográfico revela algumas das especificidades que participam da constituição desse campo, identificam a ampla diversidade temática, teórica e metodológica configuradas nesses estudos, bem como a inegável importância dos fatores sócio-culturais na etiologia e desenvolvimento das chamadas “patologias mentais”.

Dufrancatel (1968), que nos oferece oportunas referências para o conhecimento das temáticas sociais em Saúde Mental, afirma que é fundamental que se considere o que significa “doença mental”, ao que nós acrescentaríamos que é fundamental que se considere o significado do processo saúde – doença mental. Nesse trabalho aquela autora postula que *“os processos pelos quais os indivíduos de diversos grupos sociais são identificados como doentes mentais e rotulados pelos agentes e instituições psiquiátricas, constituem precisamente o problema que deve se colocar para uma sociologia das doenças mentais”*.

Nessa perspectiva é necessário que se diferencie a natureza dos estudos que adotam a definição psiquiátrica, do conceito de saúde / doença mental, da natureza daqueles que buscam sua definição sociológica, construída a partir de representações socialmente constituídas ou de categorias explicativas.

Esta questão é de fundamental importância, para este trabalho, dado que um de seus pressupostos é que a ruptura com o modelo biomédico adotado para a explicação da doença mental, demarca o momento inaugural da Saúde Mental.

Assim, a partir de uma primeira revisão tivemos a oportunidade de verificar alguns aspectos que não nos pareciam respondidos pela literatura, mesmo

porque esta se encontrava bastante dispersa e ainda não suficientemente sistematizada.

Outra incursão que se mostrou necessária na delimitação de nosso objeto consiste no resgate dos estudos realizados acerca das trajetórias do movimento de reforma que se desencadeou a partir de uma avaliação crítica dos modelos vigentes no conhecimento e atenção às questões mentais, bem como das instituições que dela se encarregavam. Nesse sentido, sentimos necessidade de ir em busca de alguns pontos que nos auxiliassem a contextualizar o nosso objeto de estudo.

II - CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DESTE ESTUDO

Uma sequência de lutas políticas, ideológicas e sociais se seguem no contexto nacional e internacional acerca das questões mentais. Como oportunamente lembra Pitta (1984-a), a Segunda Grande Guerra sem dúvida foi um marco sócio-histórico, que se projetou em todos os campos do pensamento e da atuação humana.

A assistência ao doente mental, então centralizada na psiquiatria, não ficou à margem desse fenômeno, foi significativamente por ele marcada, e passou a ser questionada em sua prática asilar, excludente do ponto de vista social.

A Europa e o mundo, ainda consternados com os efeitos do nazi-facismo que dizimou quarenta milhões de pessoas e mutilou física e mentalmente outros tantos milhões, começaram a questionar as noções de sanidade mental então vigentes. Afinal, durante a guerra, pessoas consideradas incapazes física e/ou mentalmente foram as que mantiveram trabalhos para os quais até então eram consideradas inaptas. Com o término da guerra, ao lado da necessidade de reconstrução de todo o continente europeu, o que exigia farta mão de obra; concorria a necessidade de humanizar as práticas psiquiátricas que tanto se assemelhavam aos campos de concentração.

Além desse, outros fenômenos foram significativos naquele contexto histórico como a descoberta de novos medicamentos e sua comercialização, e o avanço da tecnologia médica que apresentou-se como instrumento fundamental no cuidado e recuperação dos politraumatizados e pacientes clínicos.

É nesse contexto marcado pelo fracasso da filosofia humanista, e permeado de expectativas de igualdade social e de liberdade, que emerge a concepção de que a *“saúde é direito de todos e dever do Estado”*.

Assim, os tratamentos psiquiátricos oferecidos nos asilos tais como os

tratamentos morais e as lobotomias, dentre outros, começaram a ser substituídos por tratamentos mais humanos e eficazes visando a reposição da força de trabalho no continente europeu.

Por sua significação para a construção do Campo e da concepção de Saúde Mental, uma breve incursão histórica sobre a Europa e a América Latina é apresentada a seguir.

1. A CONSTITUIÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA EUROPA E AMÉRICA LATINA

Esse movimento projetou-se significativamente por todo o mundo, em especial em países como Inglaterra, Itália e França; com desdobramentos na América Latina em especial nos Estados Unidos.

Por sua relevância na constituição histórica da concepção de Saúde Mental, faremos uma breve incursão sobre as principais contribuições oferecidas por esses países a esse campo:

INGLATERRA

Já em 1942, com o Plano Beveridge, esse país recolocava a questão da intervenção do Estado na medicina hospitalar na Europa Ocidental. Esse pioneirismo é ainda hoje sentido na Inglaterra, onde se observam os *“maiores avanços e conquistas dos direitos civis para os usuários das instituições psiquiátricas e onde tal batalha parece travar-se, prioritariamente, no interior dessas instituições”* (Pitta, 1984-b)

A expressão *“comunidade terapêutica”* foi introduzida por Thomaz Main em 1946, o qual trabalhava ao lado de Bion e Reichman no Monthfield Hospital em Birmingham.

Maxwel Jones, logo a seguir, elaborou essa expressão definindo um modo inovador de conduzir as instituições psiquiátricas, através de diversos trabalhos

realizados em hospitais da Inglaterra e Escócia (Jones, 1970), demonstrando ser possível lidar com as enfermidades mentais fora dos manicômios.

A reforma psiquiátrica inglesa demarcou em 1959 uma importante conquista, restituindo a “dignidade humana” e os direitos dos cidadãos doentes mentais, através da promulgação do “Mental Health Act”. Com essa lei ficaram proibidas as internações compulsórias e os hospitais psiquiátricos foram inseridos na rede para fins de regionalização da atenção à saúde.

Os pacientes com isso passaram a exercer o direito de aceitar ou rejeitar os tratamentos psiquiátricos oferecidos e de permanecer ou não no hospital.

Fato igualmente importante foi o rompimento do “monopólio” da Medicina sobre os tratamentos mentais e a implementação de equipes multiprofissionais que incorporaram os cuidados de enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais ao trabalho com os pacientes.

Em que pese a importância dessa legislação na proteção da liberdade civil do paciente psiquiátrico na Inglaterra, a mesma não foi suficiente para garantir práticas efetivamente humanizadas em todo o país. Haja vista que ainda nas décadas de 70 e 80 denúncias de tratamentos severos circulavam na imprensa britânica. É inegável, no entanto, o impulso que a referida lei deu à atenção às enfermidades mentais no país, elevando para 90% as internações voluntárias em hospitais gerais, devido a doença mental e para 97% em hospitais especializados. A filosofia do “open door” promoveu significativa redução do tempo de permanência desses pacientes nos hospitais.

Cabe destacar que a Inglaterra, nesse movimento de desospitalização encaminhou concomitantemente ações nos planos jurídico, político, filosófico e institucional. Nesse movimento o questionamento dos conceitos de saúde e doença mental permitiu a valorização das dimensões sócio-políticas na determinação das enfermidades mentais, colocando por terra a exclusividade dos

parâmetros médico-psiquiátricos no diagnóstico e no tratamento das doenças mentais. Esse movimento denominado de “*antipsiquiatria*” projetou-se em todas as instituições, não se restringindo às psiquiátricas.

FRANÇA

Em 1940 um grupo de psiquiatras progressistas liderados por L. Bonnafé, P. Bolvet e L. Tosquelles preconizaram um movimento denominado “*psicoterapia institucional*”, no Hospital Psiquiátrico Saint Alban, de matriz ideológica marxista a qual teve sustentação na Resistência Francesa. Essa conotação política, no entanto, nos anos cinquenta, cedeu lugar à expansão da psicanálise, a qual determinou as sucessivas experiências francesas.

Um grupo liderado pelo próprio Bonnafé assumiu funções institucionais importantes e promoveu a chamada “*reforma democrática da assistência psiquiátrica*”, fomentando a humanização das práticas segregadoras e cronificadoras através da transformação dos asilos em “*instrumentos terapêuticos*”.

Essa transformação enfatizou trabalhos extra-hospitalares e comunitários e introduziu a idéia de “setor”.

“O setor consiste em uma medida político-administrativa que visa “dividir” o manicômio em uma série de unidades de internação para uma dada região geográfica (com 70.000 habitantes em média). A partir daí constróem-se territórios, estruturas psiquiátricas externas como ambulatorios, hospitais-dia, dispensários, etc. ..., articulados com o hospital, tendo a mesma equipe atuando nesses diferentes espaços. A idéia é oferecer ao paciente uma “continuidade terapêutica” entre o hospital psiquiátrico e as unidades extra-hospitalares que se encarregam da observação, reabilitação e prevenção. O hospital psiquiátrico, no entanto, continua sendo o centro do poder e o ponto de referência para os trabalhos externos.” (Pitta 1984-a).

Essas medidas visavam o rompimento do isolamento do manicômio como também colocá-lo em contato com a realidade do paciente. Muitas críticas foram apresentadas a essa política, dentre as quais, a principal, é a de que ao invés de se promover a *continuidade terapêutica*, difundem-se os métodos e a mentalidade manicomial (El Kaim, Guattari, Castel e Jervis – 1975).

Também na França os movimentos intra e extra-institucionais que ocorrem simultaneamente, parecem colocar a cada momento contradições e ambiguidades, caricaturizando a si próprios e aos seus rivais em ataques mútuos e nem sempre construtivos (apud Pitta, 1984-a).

Cabe destacar que nem a psiquiatria de “setor”, nem a psiquiatria “comunitária” representaram ruptura significativa com a concepção terapêutica tradicional da psiquiatria, posto que o manicômio continuou sendo o ponto de referência em ambas políticas, centralizando a lógica organizadora da Rede.

A experiência da França salvo melhor juízo, embora tenha a aparência de desinstitucionalização, apenas modificou a forma administrativa de seu funcionamento, não resultando em efetivo convívio do paciente com a realidade cotidiana, rompendo com a segregação social. Ao manter a mesma equipe atuando nos diversos espaços, corre seriamente o risco de cristalizar as “posturas manicomiais” de “dependência “ e pouca autonomia do paciente, que na instituição psiquiátrica fica “submetido “ aos cuidados desses profissionais.

ITÁLIA

O pós-guerra na Itália foi como nos demais países europeus, tempo de reconstrução. Não existiam estudos e investigações, no campo da Psicologia, a Psicanálise era praticamente desconhecida, a Psiquiatria era tradicionalmente organicista, articulada a uma Medicina com forte influência alemã, cuja orientação autoritária tornava o país refratário a qualquer movimento de

desinstitucionalização. Com o retorno de jovens italianos, psiquiatras que haviam se formado na França, Inglaterra e Estados Unidos instaurou-se o movimento da “*psiquiatria democrática italiana*”, de caráter explicitamente político, que o distingue dos demais movimentos europeus (Jervis, 1979).

Em 1962 Franco Baságlia e Antonio Slavich iniciaram em Gorizia uma experiência de transformação de uma instituição psiquiátrica pública fechada, introduzindo princípios da comunidade terapêutica. O diferencial do movimento de desinstitucionalização italiano é que “desde o início caracterizou-se como *político*, pois buscava formas alternativas à organização capitalista da sociedade, por isso era centrado nas *instituições públicas* e tinha a *prática* como ponto de partida e de sustentação. As lutas internas à instituição foram vinculadas politicamente aos movimentos sindicais operários e estudantis, com a adesão de administrações locais de esquerda, o que conferiu força e legitimidade ao referido movimento”.

Posteriormente à experiência de Gorizia, outras se sucederam em Perugia, Trieste, Arezzo, Reggio Emilia e Nápoles. Posteriormente em Genova, Roma e Turim. Os asilos foram esvaziados e a Lei 180 (maio 1978), promulgada proibindo a utilização do manicômio como terapêutica, porém não se caracterizava ainda como um movimento de ruptura com a psiquiatria tradicional, mas sim como expressão de modernidade, avanço e democratização, seguindo Jervis (1979).

A referida lei determinava que as estruturas extra-hospitalares fossem valorizadas e consideradas essenciais à prevenção da marginalidade e à atenção aos mentalmente enfermos. Atribuía aos hospitais gerais a responsabilidade de realizar o diagnóstico e tratamento a um número não superior a 15 leitos, articulados funcional e organicamente aos demais serviços psiquiátricos existentes no país.

Uma das mais ricas experiências italianas desenvolveu-se em Reggio Emilia, região de “administração comunista”, tendo como fonte da economia a agricultura, a pequena e a média empresa e os bancos. Jervis (1977), encabeçou esse trabalho instituindo estratégias diversificadas, envolvendo familiares e pacientes (reuniões e consultas grupais, grupos psicoterápicos, colóquios individuais, terapia familiar ou de casal).

As ações preventivas envolviam trabalhadores das fábricas e escolas, onde se organizavam debates, encontros com organizações políticas, culturais e sindicais e a vizinhança dos pacientes com perturbações mentais. Experiências como essa mostravam que a desinstitucionalização da doença mental era possível.

No entanto, o próprio Jervis chama a atenção para o fato de que os altos custos da jornada manicomial, a consciência dos malefícios de internações prolongadas e a ampliação das alternativas técnicas e administrativas de assistência extra-hospitalar passaram a impelir técnicos e administradores à adoção de uma política de “dar alta” aos internos. Esse autor ressalta que a efetividade dessa política está atrelada a três aspectos fundamentais:

- 1 – uma estrutura hospitalar interna que facilite a brevidade e eficácia das internações quando necessárias, e o desenvolvimento de programas de reabilitação que acompanhem pacientes cujas internações precisam ser prolongadas.
- 2 – uma rede articulada e eficiente de serviços extra-hospitalares.
- 3 – um dispositivo público de triagem (ambulatórios ou dispensários) que acolha pacientes com problemas agudos e impeçam encaminhamentos compulsórios para os hospitais ou leitos psiquiátricos.

Movimentos de resistência da parte de alguns setores ameaçam essa política, que não se desenvolve sem conflitos. O grande mérito dessas experiências foi o de demonstrar que apesar de complexa, a desinstitucionalização da doença mental é possível, com a construção de políticas públicas que dêem sustentação à estrutura não asilar de atenção à Saúde Mental..

ESTADOS UNIDOS

Já em 1930, na passagem do capitalismo liberal para o capitalismo monopolista, a intervenção do Estado tentava reverter a situação deteriorada da assistência psiquiátrica, que então era centrada no cuidado custodial dos asilos psiquiátricos (Pitta, 1984-a).

Em 1955 realizou-se um Censo dos hospitais psiquiátricos públicos que revelou a necessidade de mudanças institucionais rápidas, frente à gravidade da situação constatada.

Foi em 1963 através da “Community Mental Health Center Act” que se denunciou o caráter estigmatizante, cronificador das doenças mentais, e a ineficiência da estrutura asilar para o tratamento das mesmas além de economicamente dispendiosa ao sistema público.

Lançam-se então bases para a proposta de atenção primária às enfermidades mentais e para uma política nacional de cuidados comunitários à Saúde Mental. Também se tinha a pretensão de promover uma reforma da assistência hospitalar, visando reinserir o paciente na sociedade, estimulando o desenvolvimento de programas de reabilitação e a humanização dos tratamentos oferecidos ao “doente mental”. A chamada Lei 2.000 determinou que se implantassem Centros de Saúde Mental Comunitária em todo país, os quais deveriam oferecer estrutura ao acolhimento comunitário do paciente com problemas mentais. Dez anos depois essa estrutura e respectivos programas

estavam em funcionamento.

Caplan é o teórico mais conhecido que preconizou a política de implantação desses programas comunitários. Tomou por base o *conceito de história natural da doença* e os níveis de prevenção, e os transpôs para a Saúde Mental através de seu conceito básico de “crise” que permitiu uma nova articulação conceitual com a Saúde Pública.

No esforço de constituir a Saúde Mental como “nova disciplina”, Caplan (1967) afirmava :

“a psiquiatria preventiva é um ramo da psiquiatria, porém é também parte de um esforço comunitário mais amplo ... e deve ocupar-se de todos os tipos de transtornos mentais, em pessoas de todas as idades e classes, porque enfoca o problema total da comunidade e não somente problemas dos indivíduos e grupos particulares ...

Nossa própria atividade como psiquiatra constitui uma fonte do sistema de segurança comunitário, por meio da qual as respostas socialmente desviadas e a formação indevida de sistemas individuais podem ser controlada”.

Com isso, Caplan pareceu explicitar a hipótese de que as doenças mentais obedeceriam ao *“modelo da história natural das doenças”* supondo haver uma pré-patogênese que deveria ser identificada e submetida à uma atuação, visando a prevenção da manifestação da “doença mental”.

Ramos (1979) entende que isso é um grande equívoco que “expõe os furos de uma transposição mecânica dos fenômenos físicos para os fenômenos mentais”. Entende ainda que Caplan, ao estabelecer correlações entre miséria e loucura, velhice, adolescência e crise, defende uma atuação profilática para “sustar o sofrimento”, propõe uma intervenção técnica que regularia e administraria todas as fontes de inquietação. No entanto, o próprio Ramos

reconhece que Caplan, ao lado de Boichroch, Hollingshed, Scheff e Goffmann contribuíram significativamente para a teoria acerca da psiquiatria americana.

Goffmann destaca-se juntamente a Szoz e Scheff no campo do conhecimento, quando tentou demonstrar que a doença mental na verdade não tem significado tão determinante na vida do paciente quanto o hospital psiquiátrico e a psiquiatria organicista lhe atribuíam.

Esses autores defendiam a posição de que a noção de doença não é isolada do social, dado que o sujeito em si mesmo é um fato social, e como tal, elemento de situações interpessoais. Com base nessas idéias, advogavam que a doença mental passasse a ser objeto da sociologia e da antropologia, e não mais da medicina, lançando as bases teóricas de um movimento chamado *“sociologismo psiquiátrico americano”* ou sócio-psiquiatria.

Esse movimento, revolucionário no sentido de reconhecer a determinação social da doença mental, não elaborou análises estruturais da sociedade ou de grupos que poderiam insurgir-se contra o sistema vigente, propondo estratégias de auto-gestão comunitária como as comunidades, cooperativas e os grupos ecológicos.

Enquanto os teóricos desenvolviam discursos radicais antagônicos e digladiavam-se na defesa de suas idéias, surgia nos Estados Unidos a chamada “terapia radical”, cujo princípio e heterogeneidade metodológica começa a estimular uma série de experiências ao longo do país. Algumas delas, como o *“Lincoln Detox”* e a *“United Bronx Parente”* em Nova York, apesar de subsidiadas pelo governo americano, são experiências nas quais a própria comunidade detém o controle de suas práticas.

AMÉRICA LATINA

Na América Latina, o Brasil e outros países com realidades sócio-políticas culturais e econômicas semelhantes como México, Chile, Colômbia, Argentina, Uruguai, etc., também sofreram influências do que ocorria nas grandes potências capitalistas, em especial nos Estados Unidos.

O *Programa de Ação Comunitária* do governo americano propunha “participação, auto-ajuda e oportunidades sociais”, o que parecia acenar com soluções para os problemas sociais nos países latino-americanos, com possibilidade de influir marcadamente sobre as questões de saúde mental.

A O.M.S. já recomendava na década de 70 que os países em desenvolvimento, frente à alarmante situação referente à Saúde Mental de sua população, implementassem *políticas nacionais* de atenção à Saúde Mental.

Em 1974 se definiram estratégias de ação nesses países:

- a formulação de políticas nacionais de Saúde Mental e a constituição de dispositivos articuladores para conduzi-las em cada país ou região administrativa;
- a adequada provisão de recursos para programas de recrutamento, treinamento e supervisão de pessoal e adequado suprimento de fármacos, além de uma “rede facilitadora” que incluísse transportes e instrumentos para pesquisas e coleta de dados para acompanhamento e avaliação dos programas desenvolvidos;
- a descentralização dos serviços de Saúde Mental e sua integração aos demais serviços de Saúde Pública e o desenvolvimento de parcerias com entidades comunitárias não governamentais e não médicas;
- o desenvolvimento de cuidados em Saúde Mental por profissionais “não especialistas” em suas respectivas rotinas de trabalho;
- a distribuição equilibrada das horas de trabalho dos especialistas, entre a

atenção a pacientes e a supervisão dos técnicos e pessoal não especializado.

Dez anos depois se observava pouca evolução nessa perspectiva de desenvolver um sistema articulado de atenção à Saúde Mental, nos países latino americanos, situação ainda mais grave nas áreas rurais. Por isso em 1984 a OMS reafirmava esses princípios com especial ênfase às palavras: descentralização, trabalhos comunitários e delegação de tarefas e responsabilidades, mantendo a ênfase anterior na articulação da Saúde Mental com a Saúde Pública e as políticas públicas de desenvolvimento sócio-econômico como alimentação, saneamento, habitação e educação.

Os programas de Saúde Mental na América Latina, nas duas últimas décadas, exceto em Cuba, ainda não haviam atingido dimensões nacionais. Restringem-se ainda hoje, em algumas regiões a “planos-piloto” ou “projetos experimentais” circunscritos a àquelas regiões, mas que ainda são incipientes no sentido da realização das articulações pretendidas pela ONU. Alguns desses programas, segundo Ulloa (1984) até alcançavam certo grau de participação, porém tendiam a perdê-lo, retomando o caráter assistencial da atuação clássica, que se afasta dos seus objetivos iniciais. Outros alcançaram certa eficácia e se aproximaram muito da natureza das propostas da OMS, porém alguns eventos políticos e/ou corporativos do tipo “macarthismo”, suprimiram compulsoriamente as condições que os viabilizavam ou promoviam o afastamento abrupto seus organizadores estratégicos.

Esse autor (Ulloa, 1984), analisa ainda que há uma predominância de situações caracterizadas pela pseudoparticipação, nas quais surgem contradições que impõem tantas tarefas às equipes, que acabam por desarticular-se, deteriorando as motivações e deslocando a análise e avaliação real das ações e problemas para questões formais de procedimento. Muitas dessas experiências, por serem minoritárias, desenvolvem-se desarticuladas de políticas oficiais e de outros grupos, acabam por enfrentar pesados desafios de sobrevivência o que

resulta desestruturante para a equipe e para a própria proposta.

Um marco no desenvolvimento do “campo” da Saúde Mental na América Latina foi a *“Declaração de Caracas”*, proclamada em novembro de 1990 na *Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde*, organizada pela OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e pela OMS (Organização Mundial de Saúde).

Dessa Conferência participaram representantes de todos os países da América Latina, vinculados a Associações, Órgãos Públicos da Área da Saúde, legisladores, juristas e profissionais da Saúde Mental. Nos debates e exposições constataram-se semelhanças quanto aos problemas enfrentados na esfera da Saúde Mental, dentre os países participantes, quer sejam:

1. *A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com a atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva.*
2. *O hospital psiquiátrico como única modalidade assistencial, impede a consecução dos objetivos antes mencionados ao:*
 - *isolar o doente de seu meio, gerando dessa maneira maior incapacitação social;*
 - *criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente;*
 - *consumir a maior parte dos recursos financeiros e humanos destinados pelos países aos serviços de saúde mental;*
 - *prover uma aprendizagem insuficiente vinculada com as necessidades de Saúde Mental da população dos serviços de saúde e de outros setores (Declaração de Caracas 1990).*

Apesar de transcorridos seis anos entre os estudos de Ulloa, anteriormente

referidos e a Conferência de Caracas, a situação da atenção à Saúde Mental parecia manter-se sem alterações significativas. Ressalte-se que a diversidade sócio-cultural e econômica nos países latino-americanos, em especial a paradoxal distribuição de renda, potencializa a gravidade dos problemas constatados, e dificulta articulações sócio-políticas de caráter reivindicatório, o que de certa forma contribui para a manutenção de omissões político-governamentais no que se refere à preservação de direitos e cidadania.

Os participantes daquela Conferência reafirmaram a proposta da OMS e da OPAS de *promover a “atenção primária à Saúde”* como estratégia para atingir a meta de *Saúde Para Todos* no ano 2000 e definiram os *Sistemas Locais de Saúde (SILOS)* como meio de facilitar a consecução dessa meta. E mais uma vez referendou-se a inclusão dos Programas de Saúde Mental e de Psiquiatria nas Políticas Públicas de atenção à Saúde. Com base nesses princípios declararam:

“1 – Que a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica ligada à Atenção Primária de Saúde no contexto dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos fundamentados nas comunidades e em suas redes sociais”.

2 – Que a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços.

3 – Que os recursos, cuidados e tratamentos fornecidos devem:

- a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;*
- b) basear-se em critérios racionais e tecnicamente adequados;*
- c) propender à manutenção do doente em seu meio comunitário.*

4 – Que as legislações dos países devem ajustar-se de maneira a:

- a) *assegurar o respeito dos direitos humanos e civis dos doentes mentais;*
- b) *promover uma organização de serviços comunitários que garantam seu cumprimento.*

5 – Que a capacitação de recursos humanos em Saúde Mental e em Psiquiatria deve ser feita de acordo com um modelo de serviço de saúde comunitária que recomenda a internação psiquiátrica, quando necessária, em hospitais gerais, de acordo com os princípios básicos que fundamentam essa Reestruturação.

6 – Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam conjunta e solidariamente a advogar e desenvolver, nos distintos países, programas que promovam a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica e a defesa e vigilância dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e compromissos internacionais respectivos.

Para o que CONCLAMAM:

Os Ministérios da Saúde e da Justiça, os Parlamentares, a Previdência Social e outros prestadores de serviços, as organizações profissionais, as associações de usuários, as Universidades e outros centros de formação, e os meios de comunicação a apoiar a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica de forma a assegurar o sucesso de seu desenvolvimento em benefício das populações da Região.” (Declaração de Caracas - 1990).

Esse documento e as manifestações nele contidas ganharam dimensão significativa, principalmente por representar a primeira, e, portanto histórica, manifestação política-pública organizada de tão ampla abrangência. Demarcou a compreensão unânime de que os hospitais psiquiátricos não estavam sendo efetivos, como estratégia de tratamento e atenção à Saúde Mental, devendo, portanto ser extintos, em todo o mundo.

Franco Basaglia (1980), o precursor da Reforma Psiquiátrica Italiana, analisava que um dos fatores que dificultavam a referida reforma na América Latina era a existência de *“amplos segmentos de miserabilidade e atraso sócio cultural”* de seus países dado que nessa condição de pobreza, *“quem não tem onde morar, nem o que comer, vê no manicômio uma alternativa de vida”*.

A proposta de extinção dos manicômios deslocava o princípio do tratamento ao “doente mental” da proteção da sociedade contra as ameaças que este podia representar para a acolhida e atenção ao paciente e a tentativa de resgatar sua cidadania e inserção social.

Esse discurso, no entanto tem um inevitável desdobramento político-institucional, quer seja, a necessidade de criação de uma nova estrutura sócio-terapêutica que o sustente e o viabilize; o que na Itália ocorreu de forma planejada e com apoio quase unânime dos segmentos organizados e a unidade ideológica das equipes técnicas, criando-se os Centros Regionais de Atenção à Saúde Mental. Esse processo de transição requer um trabalho social e educativo profundo junto às famílias dos pacientes e comunidades, posto que estes retornariam ao seu convívio, acompanhados pela equipe dos referidos centros.

Dadas as condições sócio-políticas, culturais e econômicas dos países latino-americanos, podemos, sem dificuldade, inferir quão complexa seria esta tarefa. O grande desafio, portanto, a partir da “Declaração de Caracas”, além da desospitalização, seria a criação de equipamentos alternativos ao manicômio e o desenvolvimento de programas educacionais em Saúde Mental junto à população, que demandam compreensão e apoio de todos os segmentos organizados da sociedade, apesar da divergência de alguns; o que requer articulação e força político-ideológica de seus precursores.

Aí surge um outro evento agravante no nosso entendimento. Na realidade latino-americana, na qual se inclui o Brasil, multiplicaram-se as instituições psiquiátricas particulares, dado que as públicas não conseguiam fazer frente à

interminável demanda por internações. A “filosofia do lucro” arregimentou essas instituições, as quais têm resistido, por razões óbvias, às mudanças propostas.

Em 1996 no Panamá, a OPAS, a OMS e a Oficina Sanitária Panamericana, promoveram o *Primeiro Grupo de Trabalho dos diretores de Saúde Mental dos Ministérios de Saúde da América Latina* com vistas à avaliação da reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina. Para tanto, as referidas organizações realizaram, anteriormente ao evento, uma pesquisa junto às autoridades de Saúde Mental dos países envolvidos, que foi apresentada naquela oportunidade por LEVAV e UZCÁTEGUI (1996), então respectivamente assessor e consultor da OPAS em Saúde Mental.

As categorias avaliadas referiam-se às estratégias adotadas para a implementação da iniciativa da reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina e Caribe:

- 1 – *As melhorias da atenção psiquiátrica.*
- 2 – *A promoção dos direitos humanos dos pacientes.*
- 3 – *A atualização da legislação psiquiátrica.*
- 4 – *A Reforma dos programas de formação de pessoal.*
- 5 – *A mobilização dos profissionais e das comunidades.*
- 6 – *A promoção de intercâmbios culturais em relação ao doente mental.*
- 7 – *O envolvimento dos “usuários” dos serviços de Saúde Mental.*
- 8 – *A promoção de pesquisas sobre a operacionalização dos serviços.*

Destaca-se que os princípios e recomendações formuladas pela OPAS e OMS requerem, “para sua implantação, um conjunto de estratégias nos planos regional e nacional, local e institucional, tanto dos setores oficiais quanto dos governamentais e comunitários”. Estas só se farão perceptíveis a médio e longo prazo, dado que supõem mudanças de atitudes e pensamento da sociedade, e a modificação de condutas coletivas que só poderão ocorrer mediante ações sustentáveis de caráter educativo e de mobilização das comunidades. Outras

estratégias, de caráter operacional, requerem a superação das práticas assistenciais fortemente arraigadas e que estão condicionadas pelas expectativas da sociedade, as quais apoiam-se nos modelos de atenção tradicionais. Por isso é necessário que, a exemplo do que ocorreu na Itália, haja um criterioso e progressivo planejamento e implementação dessas estratégias. No entanto, alguns resultados puderam ser constatados e embora os países latino-americanos guardem suas especialidades, estes estão frequentemente entrelaçados constituindo uma trama na qual se inscrevem os objetivos e propósitos dessa reestruturação.

Levav e Uzcátegui (1996) realizaram uma síntese analítica dos dados obtidos, a qual descreveremos brevemente, reproduzindo as categorias de análise adotadas nos estudos:

1 – As melhorias da atenção psiquiátrica:

Na Conferência de Caracas uma das recomendações formuladas foi à constituição de grupos assessores nacionais que participariam da elaboração de programas orientados para a correção das dificuldades apontadas e promoveriam uma série de ações educativas-comunitárias correlatas.

Num acompanhamento realizado pela OPAS sobre esse aspecto constatou-se que:

1 – Em 1992, dos nove países contatados (dentre os quatorze presentes à Conferência), vários deles possuíam Comitês ou Grupos Assessores dos Departamentos Nacionais de Saúde Mental que se reuniam ocasionalmente, porém não tinham maior influência sobre as políticas. Apenas quatro desses grupos assumiram a responsabilidade de transformar-se em Comitês Assessores Nacionais.

2 – Em 1994 existiam cinco países em Comitês Nacionais.

3 - Em 1996 existiam quatro *Comitês Nacionais* (Brasil, Costa Rica, Honduras e Panamá), três dos quais ampliaram sua participação aos representantes de outros setores, embora não incluíssem ainda dos usuários e familiares.

Até 1996 haviam se realizado doze Encontros *Nacionais* em nove países: Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile, Cuba, Honduras, Nicarágua, Panamá e Venezuela. Estes países haviam também produzido vários informes com recomendações para a elaboração ou atualização dos programas nacionais de Saúde Mental. Em cinco desses países formaram-se grupos municipais ou provinciais que discutiram a Declaração de Caracas e iniciaram ações na perspectiva de promover reformas em nível local. No Brasil, segundo o documento em questão, “o entusiasmo gerado no plano municipal atuou como catalizador para a formação de grupos regionais e eventualmente a celebração de uma Conferência Nacional” (Levav e Uzcátegui, 1996, pág. 77).

Os debates sustentados na *Conferência Latino Americana* (1990) e nos Encontros Nacionais haviam, segundo os autores, estimulado o interesse pela melhoria da qualidade e a humanização dos serviços em Saúde Mental.

A OMS havia elaborado e colocado à disposição de todos os países um documento que propunha critérios de qualidade para esses serviços, o qual foi amplamente difundido pela OPAS, e adotado como base para avaliação em quatro países latino-americanos. A cooperação internacional orientava-se pela “*promoção da humanização e a melhoria técnica da atenção em Saúde Mental*”.

Quatorze países haviam recebido visita e auxílio dos assessores europeus e latino-americanos da OMS para analisar e reformular seus programas assistenciais em Saúde. Dentre eles encontra-se o Brasil, que também atualizou as *normas nacionais para garantia da qualidade dessa atenção*, ao lado de outros oito países. Seis desses países possuíam em 1996 normas para o credenciamento de instituições psiquiátricas, dentre os quais novamente o Brasil

figura. Haviam-se criado, em vários países, *serviços psiquiátricos nos hospitais gerais*; tendência que se acentuou após 1990, quando criaram novos serviços desse tipo no Brasil, Argentina, Equador, Bolívia, Cuba, El Salvador, Nicarágua e Venezuela.

Os *serviços e unidades de Saúde Mental nos Centros de Saúde* foram as alternativas de atenção psiquiátrica comunitária priorizadas na Latino-América. Serviços dessa natureza haviam sido criados dentre 1980 a 1996 no Brasil, Cuba, Chile, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Peru e República Dominicana. Cabe aqui um destaque ao Chile, onde se criaram 89 serviços dessa natureza após 1990.

Vários países possuíam *Centros Comunitários de Saúde Mental*, ambulatorios psiquiátricos, clínicas de comportamento ou instalações similares criados entre 1970 e 1980. Cuba, Colômbia e Chile (com 28 centros) criaram os Centros de Saúde Mental após 1990.

Equipes itinerantes de Saúde Mental haviam sido criadas em sete países: Argentina, Colômbia, Nicarágua, Panamá, Paraguai e Venezuela, as quais provêem atenção periódica a comunidades distantes dos grandes centros.

Oito países: Argentina, Brasil, Cuba, Colômbia, Nicarágua, Panamá, Peru e Venezuela desenvolveram *programas de atenção domiciliar*, restritos, no entanto, às áreas urbanas e geralmente de alcance limitado.

Somente quatro países: Argentina, Cuba, Colômbia e Chile criaram *novos abrigos para pacientes, casas de passagem* (ou transição) e instalações similares administradas pelas autoridades de Saúde. *Moradias autônomas* administradas pelos próprios pacientes existiam em 1996, somente na Argentina, Costa Rica e Chile.

O número de *cooperativas mantidas por pacientes, oficinas ou lares abrigados* criados nesse período é muito restrito. Nesse período (de 1990 a 1996),

nenhum país informou haver criado novos hospitais psiquiátricos. Três deles haviam sido fechados no Brasil, na Argentina e na Venezuela. Também se observaram reduções do número de leitos nos hospitais psiquiátricos, com exceção do Brasil, cuja diminuição ocorreu em proporção muito moderada.

Em síntese, as estratégias adotadas na busca de melhoria das condições da atenção em Saúde Mental nos países latino-americanos, guardadas as especificidades e abrangência descritas foram:

- 1 – Criação e/ou ampliação dos Comitês Nacionais ou Grupos Assessores em Saúde Mental.*
- 2 – Realização de Encontros ou Conferências Nacionais.*
- 3 – Criação de recomendações para elaboração ou atualização dos programas nacionais de atenção à Saúde Mental.*
- 4 – Criação de Serviços e Unidades de Saúde Mental nos Centros de Saúde ou nos Hospitais gerais.*
- 5 – Criação de Centros Comunitários de Saúde Mental.*
- 6 – Criação de Equipes Itinerantes de Saúde Mental.*
- 7 – Implementação de programas de atenção domiciliar.*
- 8 – Criação de abrigos e “casas de passagem” (ou de transição) para os pacientes psiquiátricos.*
- 9 – Criação de cooperativas, oficinas ou lares abrigados.*
- 10 – Busca de implementação da municipalização de algumas ações.*
- 11 – Contenção da abertura de novos hospitais psiquiátricos e restrição do número de leitos e fechamento de instituições dessa natureza.*

Em que pese a oportuna diversidade dessas estratégias, no sentido de se buscar contemplar as especificidades de cada realidade social, as mesmas não haviam ainda adquirido, em 1996, na maioria dos casos, abrangência nacional. Esse parece ser o desafio para os anos subsequentes.

2 – A promoção dos direitos humanos dos pacientes.

As denúncias contundentes da transgressão aos Direitos Humanos dos pacientes das instituições psiquiátricas, promoveram uma consciência pública e atenção crítica ampliada sobre a questão.

Os meios de comunicação em massa foram utilizados como instrumento de criação dessa consciência em vários países latino-americanos. Foram criados, nas instituições, *comitês de vigilância* no México, Argentina e Honduras, os quais acompanhariam as condições de alimentação, higiene, isolamento, privacidade, contenção física, visitas, etc., dos pacientes. A mobilização de grupos de opinião com a participação de líderes locais, organizações cívicas e comunitárias, adquiriram alguma relevância na Argentina, Brasil, Chile, Panamá, Nicarágua, Cuba e Uruguai.

Criaram-se ou reativaram-se os comitês institucionais de ética médica como forma de assegurar a qualidade da atenção e garantir os direitos dos pacientes. Uma vez mais cabe um destaque à abrangência ainda restrita das estratégias adotadas.

3 – A atualização da legislação psiquiátrica

A sensibilização dos políticos, magistrados e legisladores para a questão da Saúde Mental é um componente fundamental na construção de políticas públicas para o setor.

Os estudos avaliativos em pauta identificaram a elaboração de revisão das leis e normas vigentes no país, afetas à Saúde Mental em oito países: Argentina, Brasil, Colômbia, Chile, Equador, Panamá, República Dominicana, Uruguai e Venezuela, os quais contaram com a assessoria técnica da OPAS.

Vários anteprojatos de leis, relativos à preservação dos direitos do paciente mental e à organização da atenção da Saúde Mental foram desenvolvidos em

nove países, além de decretos presidenciais e ministeriais. O Brasil mais uma vez figura nesse cenário, embora naquela época (1996) ainda não tivesse aprovada uma lei de alcance nacional, o que ocorreu somente em 2001 (Lei Paulo Delgado), a qual detalharemos no próximo segmento deste trabalho.

4 – A reforma dos programas de formação de pessoal

Em 1992 no Panamá realizou-se o Segundo Grupo de consulta sobre ensino da Psiquiatria nos programas de residência, o qual foi convocado pela OPAS. Tinha por objetivo avaliar e buscar adequação da formação psiquiátrica às necessidades da população, tendo em conta a Reestruturação da Atenção em Saúde Mental nos aspectos:

- universalização e descentralização da atenção na comunidade;
- acessibilidade aos serviços;
- planejamento de intervenções psicossociais.

O grupo de trabalho elaborou pautas sobre o ensino da Psiquiatria clínica, da Psicofarmacologia, das Psicoterapias, da Psicologia, dos aspectos psicossociais, das Ciências Sociais e da Psiquiatria Preventiva entre outras disciplinas. Os informes sobre os debates foram amplamente divulgados nos Centros de Formação e Departamentos de Saúde Mental.

Em 1996, na Costa Rica, realizou-se um Seminário Internacional sobre reabilitação psicossocial, patrocinado por Organismos Internacionais. A partir desse evento Cuba, Honduras, Peru e Venezuela realizaram encontros de acompanhamento das diretrizes propostas para seus programas nacionais de Residência em Psiquiatria.

Brasil, Costa Rica, Equador, Honduras, Peru e República Dominicana fizeram alterações nos seus programas gerais de ensino da Saúde e mudanças curriculares nos cursos de ensino de Psiquiatria, sendo que o Peru passou a desenvolver os seus programas de Especialização em Psiquiatria em

estabelecimentos comunitários.

5 - A mobilização dos profissionais e da comunidade

A Declaração de Caracas teve ampla difusão entre os vinte países latino-americanos, tendo sido utilizado como instrumento de mobilização dos profissionais e de conscientização do público sobre a necessidade de garantir o direito da população aos serviços psiquiátricos e de Saúde Mental universais, adequados, eficazes e acessíveis. Foi também instrumento de luta pelo resgate dos direitos humanos dos pacientes.

Esse documento foi criteriosamente distribuído pela OPAS também aos profissionais de outros setores como os legisladores, juristas, jornalistas e outros. Foi também encaminhado às diferentes associações profissionais que foram estimuladas a analisá-lo e a expressar sua opinião sobre o mesmo.

Foram promovidos encontros nacionais e multisetoriais no Brasil, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Chile, Guatemala, Panamá, Paraguai, Uruguai e Venezuela, nos quais se discutiram os Documentos e Declaração de Caracas e se elaboraram recomendações para a reorganização dos serviços em nível nacional.

O tema do Dia Mundial da Saúde em 1995 foi *“A melhoria da atenção psiquiátrica”*, o qual foi comemorado em toda a América Latina com atividades alusivas ao tema.

6 – A promoção de intercâmbios culturais em relação ao doente mental

Essa estratégia teve por objetivo derrubar o estigma que recaia sobre o doente mental e se estendia aos serviços e servidores, e promover na comunidade a tomada de consciência sobre a conveniência e oportunidade dos serviços na comunidade em contraposição aos antigos esquemas asilares.

Atos comemorativos ao Dia Mundial da Saúde Mental nos anos de 1994 e

1995 promoveram a oportunidade de ampliação dos debates e de fomentar maior informação da população sobre a doença mental e o próprio processo de Reestruturação.

Os pacientes foram crescentemente assumindo papel mais participativo e de abertura ao diálogo produtivo, comunicando-se mais com o público. Debates parlamentares passaram a ser desenvolvidos no Brasil, Argentina e República Dominicana, o que começou a contribuir para melhorar as atitudes negativas na população. Apesar de todos esses esforços, esse aspecto requer, até os dias de hoje, esforços constantes dos agentes e instituições de atenção à Saúde Mental, pois ainda perduram preconceito e tendências à estigmatização do paciente mental.

7 – O envolvimento dos “usuários” dos serviços de Saúde Mental

Como já se referiu anteriormente, os pacientes e suas famílias, quando mais conscientes de seus direitos de participar ativamente em todas as ações que afetam a atenção que recebem, passam a exercê-los e a reivindicar melhores condições e oportunidades de atenção.

Em doze dos vinte países latino-americanos, dentre os quais se encontra o Brasil, têm se fortalecido grupos e associações de usuários e familiares. O grau de participação desses grupos é variável, desde a simples colaboração em algumas atividades institucionais ou comunitárias até o desempenho de um papel ativo na tomada de decisões e na mobilização da comunidade em defesa de seus direitos.

Alguns países como Chile, Argentina e Brasil tiveram usuários e familiares participando nos comitês assessores nacionais, nos grupos de trabalho sobre legislação e na programação de atividades no processo de Reestruturação.

8 – A promoção de pesquisas sobre a operacionalização dos serviços

Uma maneira de se identificar os avanços na Reestruturação da atenção psiquiátrica e de Saúde Mental é a realização de pesquisas operativas.

Dentre elas destacam-se as dirigidas à descrição e análise da utilização e acesso aos serviços, seu custo-benefício, a satisfação dos usuários e os resultados das novas modalidades de atenção. O dado que se obteve com estes estudos é o de que poucos países desenvolvem pesquisas sistemáticas nessa perspectiva, embora reconheçam sua importância para o processo.

A OPAS em parceria com o Instituto Mário Negri ofereceu, por um dado período, assistência técnica para a realização de pesquisas dessa natureza em seis países latino-americanos que avaliaram a atenção primária e sua efetividade na promoção da Saúde Mental. Alguns poucos países desenvolvem de forma permanente pesquisas em nível institucional ou sobre custos e impacto de investimentos.

Se na prática da Reestruturação da atenção à Saúde Mental constata-se a falta de uma articulação nacional, na maioria dos países latino-americanos, isso é sentido ainda mais fortemente na pesquisa de seguimento e avaliação dos serviços.

O resgate dessa história, ainda que sucinta, faz sentido neste trabalho, dado que nos dá uma dimensão mais clara do contexto e movimento relacionados ao desenvolvimento da Saúde Mental como fenômeno histórico-político, vivenciado pelos países cujos movimentos de transformação tiveram significativa interferência sobre aquele que vem ocorrendo no Brasil nas duas últimas décadas. A diversidade dos projetos encaminhados por esses países vem reforçar essa leitura, e expor quão complexo é levar adiante uma proposta que parte de rupturas conceituais, políticas, técnicas e culturais, e pretende afirmar-se como um novo referencial, num contexto ainda demarcado pelos valores anteriormente

adotados. Não se trata, portanto de uma reforma isolada, mas sim inserida social e culturalmente, e como tal mantida como dispositivo de lutas e disputas socio-culturais. Podemos dizer até que se trata de uma revolução sócio-cultural, que tem como grande desafio construir solidez às novas maneiras de interpretar o fenômeno mental e suas patologias na sociedade contemporânea..

Embora indubitavelmente o pensamento e a teoria insiram-se nesse contexto histórico-político, cabe-nos esclarecer ao leitor que a opção feita pela descrição do contexto a partir do movimento no campo, ou seja, pela forma de organização das práticas políticas e sociais, justifica-se pela dificuldade que encontramos ao tentar fazê-lo nas outras dimensões, o que demandaria o acesso a idéias e informações acerca da evolução conceitual das várias áreas a partir das quais esse pensamento teria sido construído no discurso, assim como sua forma de organizar esses conhecimentos na área. Cabe-nos mencionar que se trata de tarefa extremamente complexa, posto que a Saúde Mental é por excelência um “campo” interdisciplinar e como tal enfrenta as barreiras epistemológicas, institucionais, psicossociológicas e culturais características do processo de busca de desenvolvimento do conhecimento interdisciplinar, o qual Japiassú (1977) descreve e analisa em sua obra intitulada *“Interdisciplinaridade e Patologia do saber”*.

Há que se considerar ainda a forte e enraigada tendência à fragmentação no domínio científico, a qual remonta ao positivismo que por muito tempo “emprestou” sua maneira de interpretar o mundo às várias ciências e campos do saber. Lembramos o pensamento de Cláudio Moura e Castro sobre isso (1977):

“No processo de elaboração científica criamos um mundo abstrato de conceitos e definições, axiomas e silogismos, tecnicamente chamados de constructos, com o auxílio dos quais organizamos e damos sentido aos fatos e eventos gerados pela nossa observação. Uma ciência corresponde a uma rede de formulações ou constructos coerentes e interligados, isto é, as teorias são em

maior ou em menor grau ligadas umas às outras, utilizando-se um "fundo comum" de axiomas, definições e articulações. Contudo a densidade dessa malha não é homogênea. Há certas áreas que são servidas por constructos singelos e escassamente ligados ao restante do corpo da ciência. Outras situam-se em áreas de grande densidade, onde as formulações se interpenetram e se associam densamente. Muitos entendem que há maior fertilidade lógica nas teorias ligadas a essas áreas mais densas"(Castro,1977, p.72-73)

No entanto essa interposição e integração identificadas com o pensamento e postura interdisciplinar, tão defendido pelos que estudam e labutam na Saúde Mental, coloca o desafio da construção de seus pilares de sustentação, a partir de várias áreas e modelos de pensamento e atuação, o que requer cautela, principalmente porque cada uma delas construiu historicamente sua identidade e modelos de análise e interpretação partindo de seus objetos específicos, ao lado de linguagens e discursos também específicos, frente à exigência de postulações que dessem conta de todo o campo, possibilitando um recorte teórico com mínimas ambigüidades. Isso requer, salvo melhor juízo, uma orientação epistemológica "comum" que resultaria na sistematização progressiva do conhecimento, enquanto esse processo vai promovendo a superação das contradições, geradas por maneiras específicas de analisar os pensamentos, os movimentos e as teorias, fundamentadas em um dado conjunto conceitual e de valores.

Essas três dimensões de análise foram discutidas por Nunes (1996), quando estudou o campo da saúde coletiva. Esse autor refere-se à importância de pontuarmos a evolução, e as áreas a partir das quais desenvolve-se o discurso daquela que está em estudo – *dimensão do pensamento*, as formas de organização das práticas políticas e sociais – *dimensão do movimento*, e a maneira de organização teórica e de sistematização dos conhecimentos nessa área-dimensão *da teoria*. Voltaremos a esta discussão mais adiante.

Parecem ser, aliás, que as questões apresentadas, constituem o grande desafio científico do novo século que ora se inaugura: a construção de conhecimentos “interdisciplinares”, e a reinterpretação dos conhecimentos disponíveis sob novos olhares e concepções mais modernas de ciência. Longe de nós a pretensão de abraçar essa tarefa, porém como proposta para este trabalho, adotamos esse complexo campo de lutas, rupturas e construção de saberes que é a Saúde Mental, como objeto de estudo, e resgatamos algumas produções desenvolvidas nesse campo, na perspectiva de buscarmos analisá-las e interpretá-las contextualizadamente no movimento descrito. Esperamos poder retornar a essas questões de forma mais sustentada, nas discussões acerca dos dados que foram adotados para análise.

Por ser o Brasil o nosso principal contexto de investigação, mostrou-se necessário traçar, mesmo que de forma geral e ampla, a trajetória do movimento brasileiro.

2 - TRAJETÓRIA DAS IDÉIAS SOBRE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Esta incursão caracteriza-se pela necessária retomada da história da assistência à saúde no Brasil, não em seu desenvolvimento cronológico, mas no resgate de fatos e ações que historicamente influenciaram o movimento da Saúde Mental, buscando –se dessa forma melhor delinear o contexto de inserção do objeto deste estudo.

Nesse sentido vale lembrar que o período pós-descobrimento atraiu muitos imigrantes para o Brasil-Colônia, que ainda desprovido de infra-estrutura, ficou submetido à disseminação de epidemias como a malária, a lepra, a varíola e a febre amarela. Não haviam também definições de ações sanitárias e higienistas, que restringiam-se, ainda precariamente, aos centros urbanos emergentes; o que resultou em alto índice de mortalidade.

O atendimento Médico-Hospitalar iniciou-se a partir de 1543, calcado no modelo assistencial-caritativo português, com a fundação da Santa Casas, cuja prioridade nos atendimentos em saúde, era dada à tropa militar, que tinha a função de garantir a soberania territorial. A nobreza era assistida por alguns médicos portugueses. A prática médica e terapêutica à população em geral ficava a cargo dos sangradores, dos barbeiros, dos dentistas, boticários e curandeiros.

Por volta de 1763, foi construído o primeiro hospital militar no Rio de Janeiro. Com a chegada da família real portuguesa ao Brasil, no início do século XIX, houve um abrupto crescimento populacional, o que se por um lado promoveu o desenvolvimento comercial e econômico, por outro colaborou ainda mais para o crescimento das enfermidades epidêmicas como a tuberculose, a hepatite e o tétano e das enfermidades decorrentes de carências nutricionais como o escorbuto e o bócio.

A centralização do poder, típica da época, estendeu-se para a centralização da assistência à saúde e higiene. Em 1808 foram fundadas as primeiras escolas médicas na Bahia e no Rio de Janeiro.

No período subsequente do Brasil-Império, ainda perdurou a negligência com as ações de Saúde e Higiene, e as medidas administrativas mais significativas nessas áreas, restringiram-se a uma certa normatização dos cemitérios, à destinação do lixo e dejetos urbanos e ao controle de algumas doenças nas cidades.

Isso resultou no reaparecimento de doenças epidêmicas e em especial a febre amarela, no Rio de Janeiro, por volta de 1849 provocou altíssimo índice de mortalidade. Em consequência disso, promoveu-se a reforma dos Serviços Sanitários do Império, com a criação da Junta de Higiene Pública, dividida em serviços terrestres e marítimos.

Em 1829 criou-se a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que em

curto espaço de tempo ,conquistou algum nível de influência junto às decisões governamentais relativas à Saúde Pública introduzindo,a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola;os registros de mortalidade na cidade do Rio de Janeiro; e a abertura dos hospícios para internação dos alienados sociais .

Nesse período histórico, mesmo as cidades que despontavam como “nichos” do poder sócio-econômico, eram pouco povoadas, a cultura era caracterizada como um prolongamento da vida rural, e estas só eram frequentadas pelos senhores de terras e agricultores por ocasião das feiras e das festas religiosas. Predominava uma economia primitiva, baseada no trabalho escravo, nos ofícios artesanais voltados às necessidades das fazendas, tais como os destinados à produção de implementos agrícolas, tecidos, utensílios, mobiliários etc...

Os loucos pobres dessas sociedades, quando “mansos” erravam pelas cidades e campos, sujeitos à caridade pública ou permuta de roupa e alimentos por pequenos serviços. Os violentos eram recolhidos às cadeias onde podiam ou não sofrer maus tratos. Os mais abastados eram “escondidos” nas casas de suas famílias, cuidados por escravos, e quando violentos também eram contidos e amarrados. Os pobres, que caracterizavam uma subcategoria de sujeitos,vagavam à cata de alimentos, e eram permanentemente desocupados, por isso considerados perigosos e degradados. O louco foi acrescentado nessa categoria e tratado da mesma maneira, codenado à mendicância, repressão e ociosidade. (Tundis e Costa, 1990)

O Brasil inaugurava assim a “era asilar” como estratégia de controle e disciplina dos sujeitos que perambulavam pelas ruas, sem moradia e trabalho. Os porões da Santa Casas passaram a recolhê-los precariamente, sem as mínimas condições de higiene, eram “guardados” por guardas e carcereiros, sem assistência médica, confinada da sociedade. Seus delírios e agitações eram reprimidos por espancamentos ou contenção nos troncos, condenados à morte

por maus tratos, desnutrição e doenças infecciosas. No entanto a magnitude do problema superava a capacidade dessas “enfermarias” improvisadas. A situação foi agravando-se a tal ponto que em 1841 inauguravam-se os primeiros Asilos provisórios, em casas situadas em terrenos nos quais, posteriormente, inauguraram-se os primeiros Hospícios de Alienados do Brasil: em 1852 no Rio de Janeiro o Hospício de D. Pedro II, em 1864 em São Paulo – o Hospício de Tabatinguera e em Olinda/Recife o Hospício de Santa Izabel.

Posteriormente, no período republicano, caracterizado pelo crescimento agro-exportador de café e pelo surgimento do trabalho assalariado, a saúde passa a ser compreendida como uma “questão social”. Em decorrência dessa nova concepção, foram organizados serviços de Saúde Pública e implementada uma política de saneamento nos centros urbanos mais destacados por sua importância sócio-econômica. Esse período é acompanhado pelas “descobertas bacteriológicas”, o que impulsionou a adoção de novas práticas na assistência à saúde, que conseguiram reduzir a mortalidade, a despeito da não erradicação das doenças epidêmicas e nutricionais.

Com a posterior criação de Institutos de Pesquisa e novas escolas médicas desenvolvem-se os primeiros estudos e publicações científicas relacionados às “doenças tropicais”. Exemplos disso são o Instituto Adolfo Lutz (fundado em 1892), Manguinhos (1899), Butantã (1899) e Pasteur (1903). A Constituição de 1891, apesar de ter instaurado a descentralização das ações de saúde, não conseguiu definir os respectivos níveis de responsabilidade e competência decisória e administrativa, relativas à saúde. Como o cólera, a varíola e a febre amarela ainda eram de alta incidência, foi decretada a obrigatoriedade da vacinação, e de adoção de medidas sanitárias e da reforma urbana no Rio de Janeiro.

Medidas arbitrárias e de violenta repressão pela polícia, acompanharam a expulsão dos pobres das áreas centrais da cidade, e a invasão dos domicílios da

população que se negava à vacinação. Essas medidas provocaram forte resistência e protestos por parte de setores da sociedade civil que à elas se opunham, ou à forma como estavam sendo implantadas.

Em São Paulo, em 1891, foi elaborado o primeiro Código Sanitário Estadual, implantando-se o isolamento hospitalar, que teve sua primeira unidade fundada em 1894.

Gradativamente, fortaleceu-se a participação da União no controle social das doenças através das CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões); e das IAPs (Instituições de Aposentadorias e Pensões); o que promoveu o desenvolvimento da Assistência Médico-Hospitalar não integrada ,a outros planos ou atividades da saúde.

Posteriormente com o crescimento das atividades de exportação e cultivo do café, da urbanização e da industrialização, por volta de 1920, vieram as doenças ocupacionais e as doenças crônico-degenerativas. Para o controle dessas doenças, as medidas autoritárias anteriormente adotadas, não tinham mais lugar em uma sociedade que já se articulava em grupos sociais, operários ou empresariais. Isso impulsionou a adoção de outro modelo de controle, baseado no sanitarismo americano que instituía os Centros de Saúde, os quais prioritariamente prestariam a atenção materno-infantill e cuidariam das campanhas sanitárias e educativas implementadas com caráter pioneiramente preventivo.

A atenção individualizada e curativa ficava então a cargo da Previdência Social, criada a partir da iniciativa de empregados e empregadores.

Com a Lei Eloy Chaves (1923), o Estado passou a regulamentar as CAPs (Caixas de Aposentadoria e Previdência), que se mantiveram organizadas por empresas e gerenciadas pelos próprios empregados e empregadores. Na década de 30, com a criação dos IAPs (Institutos de Aposentadoria e Previdência), o

Estado passou a gerenciar e a financiar os benefícios como “seguro-social”. Assim, direcionava recursos para setores estratégicos da economia nacional como a indústria, a geração e distribuição de energia hidrelétrica, a agricultura, etc., dentre os quais a saúde foi contemplada com a construção e implementação de hospitais e ambulatórios previdenciários modernos e constituídos por profissionais competentes e treinados.

A Saúde Pública, com caráter nacional e centralizado, organizou-se em especial no Estado Novo, como prática permanente e institucionalizada até aproximadamente a década de 40.

Em 1934 criou-se o Ministério da Educação e Saúde e em 1953 o Departamento Nacional de Saúde a ele vinculado, adquiriu o status de Ministério da Saúde.

Até 1964, a centralização das ações em Saúde Pública pela Federação, marcou a intervenção do Estado nessa área, época em que ocorreu o golpe militar, o milagre econômico e a adoção de um modelo de governo burocrático, centralizador e autoritário, que trouxe consigo a desestruturação de movimentos sociais organizados, a modernização arbitrária da economia e a internacionalização. Isso provocou efeitos nefastos na economia dos municípios e o desvio do orçamento de setores específicos, dentre os quais o da Saúde.

A unificação do IAPs, deu origem ao INPS em 1966 e propiciou, no que tange à Saúde Mental, a expansão da assistência psiquiátrica hospitalar, pois ao centralizar os recursos, materializava uma política “privatizante”, transferindo recursos públicos para os hospitais privados, ampliando as “empresas” hospitalares”, o que gerou desmandos de toda ordem, e fez com que a “Previdência Social” contribuisse, já desde aquela época, significativamente para a crise econômica do Setor Público.

A década de 70, que sucedeu a unificação dos IAPs caracterizou-se pela “privatização” da assistência psiquiátrica hospitalar, o que na década de 80 chegou a absorver 96% dos recursos gastos, em pagamento a cerca de 20 milhões de leitos-dia em psiquiatria, para os hospitais particulares. Apenas 4% desses recursos foram gastos em atenção ambulatorial.

Os donos de hospitais psiquiátricos, por exercerem funções hierarquicamente destacadas nas instituições de Saúde, foram responsáveis diretos pela criação de portarias e decretos que privilegiavam a hospitalização como “solução” para o problema da doença mental, numa época em que o mundo todo reformulava esse pensamento na direção oposta. Exemplos disso são as medidas adotadas a partir do Plano Leonel Miranda (1968).

Prova disso é que em 1965 o Brasil possuía 110 hospitais psiquiátricos particulares, em 1970 cerca de 180 hospitais e em 1985 cerca de 355 eram contratados pela Previdência Social. Embora a ampliação da demanda aos serviços psiquiátricos fosse um fenômeno mundialmente observado naquela ocasião, pelas razões anteriormente apontadas, a intensidade com que se apresentava em nosso país, era um fenômeno único de crescimento da indústria das internações.

Paralelamente, como decorrência da crescente perda de qualidade de vida, as condições sanitárias para a população pioraram, e doenças ocupacionais crônico-degenerativas, infectocontagiosas, foram se dissiminando, até atingir níveis epidêmicos alarmantes como a meningite em São Paulo (1973-1974).

Descontente com esse crescente processo de perda de qualidade de vida, a sociedade civil, com significativa articulação com os movimentos sindicais, passou a denunciar consistentemente o arrocho salarial, o agravamento da perda de qualidade das condições sanitárias, e o descontrole e mal gerenciamento dos gastos e recursos públicos. Essas críticas foram evoluindo e fortalecendo-se nas instituições de saúde pública, nos departamentos de Medicina Preventiva e nas

organizações articuladas pela sociedade civil, como o CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Dessas mesmas instituições vieram as propostas de alternativas para a superação da crise.

Com esse movimento social articulado, o projeto desenvolvimentista no Brasil, ganha novo impulso a partir da elaboração do II PND (Plano Nacional de Desenvolvimento), no qual é retomada a função estratégica das Políticas Sociais, que ganham força nesse momento no discurso oficial; o que na realidade tinha natureza política ideológica; mas que foi sendo implementado a partir das pressões sociais articuladas da população e dos empresários.

Foram então adotadas para a área da saúde algumas medidas que tinham por objetivo a expansão e a facilidade de acesso ao atendimento:

- a ampliação das modalidades de convênios, por pré-pagamento com universidade, empresas e com o setor público de forma mais restrita, o que visava o aumento do controle financeiro, em resposta às críticas que vinham sendo sistematicamente colocadas aos contratos por unidades de serviço;
- a criação do P.P. A. (Plano de Pronto Ação), através do qual a população teria facilitado o acesso ao atendimento de emergência dos hospitais contratados, o que fugia ao controle público tanto com referência à qualidade, como à quantidade, e contribuía para o agravamento da crise financeira da previdência.

Algumas iniciativas fundamentadas em concepções e abordagens diferenciadas da doença mental tinham já começado a surgir no final da década de 70, como ocorreu no hospital psiquiátrico de Franco da Rocha, em São Paulo, com a implantação das equipes mínimas na Rede Básica de Saúde, projeto que contou com a coordenação teórico-técnica de Luis Cerqueira (1977) e de Durval Marcondes; trabalhos estes que constituíram-se marcos na história da Saúde Mental Pública, mas que não tiveram continuidade.

Em 1975, a Lei do Sistema Nacional de Saúde foi sancionada na perspectiva de definir as tarefas e competências nos vários níveis de atenção à saúde e alguns programas direcionados à população carente foram implantados pelo Ministério da Saúde, como estratégia de viabilização da referida Lei.

Luz (1979) em seu texto sobre as instituições médicas no Brasil, referia a ausência de planos e de definição de meios para sua concretização, e apontava a inexistência de textos institucionais de expressão das idéias políticas e planos de Saúde. O planejamento em Saúde, quando existia, restringia-se a programas desarticulados e a atividades setoriais de rotina.

“Em 1975 já dispunha a Psiquiatria Social Brasileira de dois documentos básicos: o Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica do Ministério da Previdência Social e a Portaria 32 do Ministério da Saúde. Representavam o coroamento de esforços que vinham de Viña Del Mar, San Antonio e do Plano Decenal para as Américas. A esses documentos faltava, porém o apoio de uma lei básica de saúde.... Mas a que veio, afinal, foi uma lei casuística com a finalidade única de consagrar as divisões já existentes e sobretudo manter privilégios.”
(Luz, 1979).

Dessa forma Luz assinalava, referindo-se às diretrizes firmadas nas Conferências realizadas nos países Sul-americanos, que o incipiente movimento de construção da atenção pública à Saúde Mental, sofreu uma ruptura político-estrutural, nesse momento histórico, decorrente do crescimento da assistência médica individual e particular, que se “conveniava” na Rede.

Ainda no mesmo ano de 1975, a V Conferência Nacional de Saúde discutiu a Lei referida por Luz (1979) e reforçou as críticas à ineficiência e falta de competência gerencial do Sistema de Saúde até então vigente.

Outras iniciativas foram implementadas pelos Departamentos de Medicina

Preventiva das escolas médicas, no sentido de modificar a prática médica através do ensino.

O Dr. Luís Cerqueira, incansável lutador por uma psiquiatria mais voltada às questões sociais, testemunhou os obstáculos encontrados pelo incipiente movimento de reforma, preconizado pelos órgãos representativos da Saúde Mental, no Brasil e em outros países, cujas recomendações humanísticas enfrentavam barreiras econômicas exercidas por pessoas que detinham o “poder” no modelo hospitalocêntrico.

“Até a II Grande Guerra, praticamente todos os psiquiatras brasileiros estavam comprometidos com o modelo médico-clínico... Essa posição decorria do pontificado incontestado de Juliano Moreira (1903 a 1932) que com ela buscava conferir à psiquiatria o status científico que antes lhe faltava. Isso seria reforçado pelo advento dos eletrochoques na década de 40 e dos psicofármacos a partir dos anos 50. Essa psiquiatria tradicional convém demais ao conservadorismo... Hoje já vemos muitos psiquiatras com sentido social tomando cursos de Saúde Pública”.(Cerqueira, 1983).

Assim o Brasil inaugurava o processo de transformação da prática psiquiátrica, defasado em pelo menos quarenta anos da Europa e dos Estados Unidos. Esses projetos das escolas médicas, que se somavam aos princípios da reforma, foram nucleando grupos progressistas que participavam junto ao CEBES do movimento que culminou na criação do SUS (Sistema Único de Saúde) em 1988, o qual tomou como referência a determinação social do processo saúde-doença; por isso propunha a universalização da atenção em saúde, a integração interinstitucional, a regionalização e a hierarquização dos serviços; contando para sua gestão, com a participação comunitária.

Algumas propostas que nessa década buscavam alternativas inovadoras para a atenção não manicomial, mesmo as apresentadas por organismos

públicos, como os Planos de Atenção Primária, Preventiva e Comunitária a exemplo do PISAM - Plano Integrado de Saúde Mental, enfrentaram fortes resistências da parte dos empresários e de seus representantes junto ao Governo, e não tiveram o esperado êxito na superação dos manicômios e asilos.

Apesar da resistência apresentada pelas instâncias que defendiam a privatização da Saúde, visando lucro, e representavam a força política dominante na área previdenciária, crescia significativamente o movimento de reforma articulado por grupos progressistas ligados ao movimento popular e sindical. Esse movimento contra-hegemônico legitimou a expressão “Reforma Sanitária” na VIII Conferência Nacional de Saúde, posteriormente em 1986.

Em 1984, editou-se o documento das Ações Integradas de Saúde (AIS), com o objetivo de orientar as relações entre Ministério da Saúde, Ministério de Previdência e Assistência Social e Secretarias Estaduais de Saúde, na perspectiva de elaboração de Planos Estaduais de Saúde.

A atenção à Saúde Mental acompanhou esse processo ainda apoiado num modelo hospitalocêntrico até a década de 90, quando os movimentos contra-hegemônicos, inaugurados por Movimentos como o dos Trabalhadores em Saúde Mental, começaram a resultar em ações transformadoras desse modelo. Como são frequentemente traçadas por órgãos públicos com supremacia orçamentária, como é o caso da Previdência Social, as políticas públicas de saúde, norteadas pela “lógica do capital” e direcionadas a uma “clientela prioritária”, ofereceram considerável resistência ao processo democrático que se desencadeava em sua oposição. As tendências à descentralização, à gestão e formulação de propostas com participação de setores sociais representativos e a municipalização, atrelados ao processo democrático impulsionaram a Reforma Psiquiátrica a qual desenvolveu-se em meio a uma crise com claras intenções racionalizadoras, e porque não dizer “racionadoras” dos recursos da Previdência, como consta no documento de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência

Social (1983):

- a) *Regionalizar a integrar os recursos de saúde públicos e privados, com ênfase nos cuidados primários;*
- b) *Responsabilizar o Estado na definição e condução da política do setor, com participação complementar do setor privado;*
- c) *Utilização total e prioritária da capacidade instalada do setor público, seguido das entidades beneficentes e, posteriormente, do setor privado;*
- d) *Descentralização administrativa, com desburocratização dos procedimentos administrativos, contábeis e financeiros;*
- e) *Estabelecimento de mecanismos de controle na qualidade de atenção;*
- f) *Participação ativa dos vários agentes do processo de prestação de serviços, inclusive usuários, na definição e condução do processo.*

E, considerando tais pressupostos, ainda define que a prática seja:

- a) *predominantemente extra-hospitalar;*
- b) *regionalizada, de forma que o evento psiquiátrico seja atendido na própria comunidade e, sempre que possível, utilizando recursos da comunidade;*
- c) *multiprofissional, enfatizando os atendimentos ambulatoriais de enfermagem, serviço social, psicologia clínica, terapia ocupacional e outros.”*

As ações em Saúde Mental são caracterizadas nesse documento como: *“Atenção Primária, integrando profilaxia e tratamento dentro do limite pertinente de atuação e complexidade nas Unidades Básicas. Aos ambulatórios responsáveis pela assistência secundária e equipados com um número maior de profissionais de áreas diversificadas, competem ações mais complexas e individualizadas, em termos de frequência e duração do atendimento, e funcionam como retaguarda para o nível primário de assistência.”* (Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo, 1983).

Tal proposta tem em si implícita a necessidade de expansão da rede básica, de ampliação das equipes ambulatoriais e de integração regionalizada dos recursos. Alguns princípios gerais que figuravam na referida proposta deveriam orientar e otimizar as ações desenvolvidas quer sejam:

- ênfase em equipes multiprofissionais;
- priorização do trabalho com grupos de pacientes;
- utilização de recursos terapêuticos diversificados, dentre eles a psicoterapia;
- supervisão e avaliação qualitativa periódica .

Pode-se perceber, no entanto, que a despeito de tentar constituir-se uma referência para as ações em Saúde Mental Pública, essa proposta não explicitava a concepção de Saúde Mental que a orientava. Por outro lado, negligenciava o contexto sócio-econômico que interferia nessa concepção, e que impulsionava diferentes configurações teóricas e práticas para as ações pretendidas.

Dela, porém, pode-se depreender que havia um esforço, um pouco mais articulado, na rede pública de Saúde; no sentido de rever o modelo hospitalocêntrico de atenção à doença mental, a gestão dos recursos públicos direcionados a essa área, bem como os equipamentos que compunham o sistema público de saúde.

No percurso histórico das concepções de Saúde Mental, no contexto brasileiro, alguns eventos merecem destaque. Em 1987 aconteceu no Rio de Janeiro a *I Conferência Nacional de Saúde Mental* e em Bauru – SP, o *II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental*, eventos que colocaram em discussão propostas de mudança nas premissas teóricas e éticas da assistência psiquiátrica . Nessa perspectiva a concepção de Saúde Mental defendida e referendada nesses foruns, foi descrita como:

“Bem estar psíquico e social que não pode, porém prescindir do físico, que harmoniza o homem com seu meio ambiente físico e social. Não significa apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas assegura condições favoráveis à reatividade e elaboração de diferentes eventos, positivos ou negativos da vida do ser humano”.(I Conferência Nacional de Saúde Mental, 1987).

Sem negar o mérito do esforço para a promoção do avanço conceitual, pode-se perceber que a referida conceituação não dá conta de definir, com clareza, os elementos constituintes e diferenciadores do campo, dado que o mesmo conceito pode aplicar-se para outros eventos tais como felicidade, harmonia, ou tantos outros.

Aí se esbarrava na dificuldade de delimitar uma referência, ou um conjunto delas para se definir ou descrever a concepção de normalidade mental, que pudesse “orientar” a chamada “saúde”, o que torna esse conceito difícil de ser postulado, dado que critérios de apreciação dos componentes sócio-culturais e psicodinâmicos do comportamento humano, diante dele, apresentaram-se essenciais.

Retomando-se o percurso histórico e das idéias veiculadas na chamada Saúde Mental no Brasil, com a criação do SUS - Sistema Único de Saúde - em 1988, havia se legitimado a saúde como dever do Estado. e direito de todo cidadão . Isso demandava o redimensionamento da Rede de Atendimento Básico, na qual o Centro de Saúde consolidava seu papel de ingresso ao sistema, o qual hierarquizou os serviços e a complexidade dos equipamentos e especialidades, em conformidade com a abrangência das ações propostas. A idéia de *sistema* pressupunha uma *rede* de instituições interrelacionadas entre si, por concepções básicas, diretrizes e procedimentos claros de referência e contra-referência, isto é, dispositivos que possibilitariam encaminhamentos subseqüentes e retorno inicial à cadeia, além de um eficiente e ágil sistema de informações e

comunicação, que ordenasse e orientasse a circulação interna do usuário, bem como uma clara ordenação territorial regionalizada. Deveria ainda contar com diferentes dispositivos institucionais e sociais voltados aos diferentes níveis de demanda de atenção e de complexidade técnica, diagnóstica e terapêutica, o que ainda hoje configura-se um “projeto” ou na melhor das hipóteses alguns “projetos-piloto”, com pouca articulação interna.

No entanto essa trajetória prosseguia em busca da estruturação de referenciais, em cujo movimento a “Declaração de Caracas”, e o sancionamento da Lei Orgânica de Saúde, como resultado da reação das lideranças da Reforma Sanitária, são marcos importantes. Dentre as referidas lideranças, com destacada atuação, figuravam o CEBES (Centro de Estudos de Saúde) e a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva).

A Conferência de Caracas contou com o apoio da OPAS (Organização Panamericana de Saúde) e da OMS (Organização Mundial de Saúde), e nela buscou-se estabelecer uma referência para o processo de transformação do *modelo de atenção* em Saúde Mental. A partir desse evento, no Brasil, esse processo evoluiu para a publicação das “*Normas Técnicas para o Serviços de Saúde Mental do SUS*”, liderado pelo Estado de São Paulo (1992)

Como se pode depreender desta breve retomada histórica, a ampliação da atenção pública à Saúde Mental no Brasil ,em geral, ocorreu de maneira desordenada, desprovida de uma política que orientasse o planejamento, a instalação de serviços , a gestão de recursos e a formação dos agentes em Saúde Mental, que considerasse as características regionais, tanto da demanda social, quanto dos serviços de atendimento público.

Exemplo disso é a destinação desses recursos, a qual na década de 70, era de 91% (noventa e um por cento) direcionada ao custeio das despesas com a rede hospitalar, resultando em 1980 na manutenção de 121 (cento e vinte e um) hospitais psiquiátricos, dos quais apenas nove eram públicos e os demais, 112

(cento e doze), particulares. Os restantes 4% (quatro por cento) dos recursos eram direcionados à rede ambulatorial e apenas 2% (dois por cento) para convênios com escolas médicas. Em razão, dessa forma de gestão, a internação hospitalar era a alternativa preponderante para o tratamento de qualquer transtorno mental, o atendimento médico e a medicalização negligenciavam a compreensão social da doença mental, e por isso rejeitavam o modelo multiprofissional na constituição de equipes de Saúde Mental.

Por outro lado, o sistema hospitalocêntrico e a indústria farmacêutica, basicamente constituídos pela iniciativa privada, com fins lucrativos, além de não darem conta de promover a Saúde, mostraram-se inviáveis economicamente, e contribuíram significativamente para a crise na Saúde Pública e no sistema previdenciário.

Assim é que, a partir de 1982, criaram-se nos Estados organismos fiscalizadores, a exemplo do Estado de São Paulo, que tinha na ocasião, uma demanda pela necessidade de tratamento em Saúde Mental, por cerca de 17% (dezessete por cento) da população. Como estratégia de combate ao aumento da crise previdenciária, implantou-se o CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária, e posteriormente os AIS - Ações Integradas de Saúde, através de um programa que visava:

- 1 - Ampliar recursos para a área de Saúde;
- 2 - Enfatizar a Atenção Primária, integrando a Saúde Mental aos atendimentos nos Centros de Saúde, buscando regionalizar e hierarquizar as ações;
- 3 - Reorganizar e ampliar o atendimento ambulatorial;
- 4 - Implementar a implantação de Unidades Psiquiátricas nos hospitais gerais;

5 - Desenvolver uma política de recursos humanos para sustentar programas de Saúde Mental;

6 - Implementar o programa proposto pelo CONASP (Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária) de reorientação da assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, reduzindo e controlando os gastos públicos com a Saúde.

Oficializadas as AIS, estas passaram a ser um eixo organizador da atenção integral à saúde da população, por meio de uma “rede” de serviços integrados e regionalizados que deveriam abranger as UBS – Unidades Básicas de Saúde, os ambulatórios especializados e os hospitais, visando contemplar os diferentes níveis de complexidade da demanda, conforme já nos referimos.

As idéias preventivistas começavam a dar frutos e a auxiliar na organização desse Sistema nos níveis: primário, secundário e terciário, hierarquizando as ações técnicas prestadas e os equipamentos. Assim caberiam à rede básica os atendimentos primários, a qual seria “a porta de entrada” no sistema, proposta que não demorou em expor sua excessivamente ampla forma de organização, o que acabou inviabilizando a resposta efetiva aos fatores determinantes das condições de morbidade locais, determinadas pela conjuntura sociopolítico-econômica, à qual a saúde é também subordinada. Esta, por sua vez, interferiu (e interfere) na concepção de Sistema, de níveis de atenção, de participação comunitária e, sobretudo de atenção primária à saúde, resultando em diversas configurações teóricas e práticas, ampliando a complexidade de viabilização do chamado sistema.

É nesse contexto que foram implantadas a Equipe mínima de Saúde Mental, junto aos Centros de Saúde, as quais foram formadas de psiquiatra, psicólogo e assistente social. Foi também elaborada uma *“Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatórios de Saúde Mental”*. No documento, que apresentava tal proposta, datado de 1983,

colocava-se como objetivo *“romper o clássico ciclo, no qual a doença mental tem o hospital psiquiátrico como único destino”*. Propunha-se ainda desencadear debates que subsidiassem a conseqüente revisão dos procedimentos assistenciais em Saúde Mental .

O pensamento, os discursos e as práticas em Saúde Mental no Brasil desenvolveram-se nesse complexo contexto, entrecortado por cisões psicossociológicas, teóricas e conceituais, razão pela qual esta descrição compõe este trabalho. As iniciativas brevemente descritas buscavam consolidar condições técnicas, ideológicas, políticas e econômicas para o desenvolvimento de um processo evolutivo de reforma, no qual a legalização e a socialização das diretrizes, caracterizavam-se como elementos estruturantes, compativelmente com o movimento democrático que as acompanhava. No entanto a prática se antecedeu à essas questões na reforma psiquiátrica brasileira. A Lei da Reforma Psiquiátrica , de autoria do Deputado Paulo Delgado, em discussão no Congresso desde 1989, é exemplo de que essa “cultura” perdura até nossos dias, dado que só foi sancionada em 16 de abril de 2001, quase dez anos depois, portanto, de haver sido proposta. A Rede de atenção à Saúde Mental já se transformara significativamente nesse período.

Essa Lei é fundamentalmente uma declaração dos direitos do paciente, e contém diretrizes para a saúde pública, determinando que os governos invistam recursos comunitários no sistema ambulatorial, a fim de atender ao paciente mental que não tem necessidade de internação.

“Hoje, dos pacientes atendidos pelo SUS, 90% estão internados, desse grupo 25% estão no hospital há mais de um ano. A mudança no tratamento dos pacientes com distúrbios mentais depende da criação de infraestrutura, com hospitais-dia, centros de convivência, oficinas e lares abrigados etc...” (Sophia, 2001)

Determina ainda que as instituições da psiquiatria asilar sejam progressivamente extintas, e substituídas por estruturas menores , onde o tratamento ao paciente seja mais humano e menos segregador, e que serviços considerados inadequados, deverão ser extintos, assegurando maior importância à avaliação e acompanhamento da atenção ao paciente mental.

A resistência à aprovação da Lei consistia na interpretação de que ela extinguiria uma área médica, a psiquiatria. Não há como negar que essa área teve que rever suas bases ao longo do processo que ainda está em andamento, adotando modelos de tratamento e atenção mais compatíveis com as diretrizes humanizadoras da OMS. Embora seu sancionamento seja um marco importante para a história da Saúde Mental contemporânea no Brasil, sabe-se que sua aplicação requer um planejamento articulado entre Federação, Estados e Municípios, atrelado a campanhas educativas de desestigmatização e de combate à discriminação do paciente mental, que possibilitem sua re-inserção na família e na sociedade. Requer ainda o estímulo e investimento em programas e ações preventivas, já que a influência do social sobre a doença mental é reconhecidamente importante.

Embora a hegemonia das classes dominantes determinasse (e em certa medida ainda hoje determine) as práticas da atenção à Saúde Mental, chama-nos a atenção a incorporação do discurso das classes trabalhadoras pelos discursos oficiais. Essa estratégia, a exemplo de momentos anteriores, parece buscar imprimir representatividade e legitimidade ao discurso, também porque a evidente necessidade de mudança era irreversível.

Vale lembrar El Kaim (1975), quando se referia ao sancionamento da Lei do Sistema Nacional de Saúde.

“... ainda que quiséssemos não poderíamos voltar atrás: a solução secular do hospício está sociologicamente condenada; não corresponde mais às exigências de rentabilidade e eficácia de um capitalismo avançado”.

A história contemporânea parece reproduzir esse fenômeno. Nesse sentido novas concepções e conceitos de Saúde Mental estão implícitos, e quer nos parecer que o movimento de reforma psiquiátrica, ou desospitalização da doença mental desencadeou questionamentos que requerem permanente revisão.

Ao recompormos esta trajetória pôde captar quão relevantes seriam, a essa área, estudos que decrevessem e analisassem sua estruturação e a forma de articulação dos conhecimentos acumulados, o pensamento crítico construído no movimento no campo e as práticas nele desenvolvidas, buscando “garimpar” nesse contexto as rupturas conceituais e metodológicas existentes, bem como a identificação dos agentes e instituições articuladoras das idéias e do discurso construído no referido campo. Foi esse o esforço que empreendemos.

III – DELIMITANDO UM CAMPO DE ESTUDO

O presente trabalho pretende, como já nos referimos, a contribuir para a identificação dos elementos constitutivos e dos mecanismos de articulação dos discursos, das ações e do pensamento no campo da Saúde Mental, e a identificação de conceitos teóricos ou metodológicos que possam estar interferindo na formação de uma unidade teórica no referido campo.

Na Introdução, pontuamos a ampla diversidade dos estudos publicados, das respectivas temáticas e das metodologias utilizadas. Se de um lado essa diversidade possibilita a ampliação dos conhecimentos sobre as temáticas específicas e subsidia práticas também diversificadas; de outro, pode gerar a impossibilidade de se delimitar o “*proprium*” daquele campo, colocando conceitos básicos criticamente construídos e fundamentados no processo sócio-histórico e de articulação da teoria e da prática, que se coloquem como descritores ou indicadores de pertença e inclusão de determinados eventos a esse campo.

A relevância deste estudo reside, no nosso entendimento, na possibilidade de que uma análise sistemática do que já foi desenvolvido no campo, dos processos de transformação e dos *momentos de ruptura* pelos quais passaram esses conhecimentos; possa expor o *movimento* dos referidos elementos, dentro do campo, e sua respectiva *trajetória de estruturação*, bem como sinalizar *lacunas e limites* desse percurso.

Não se pode deixar de lembrar, uma vez mais, que o campo da Saúde Mental tem suas bases de conhecimento fundamentadas em várias áreas, dentre elas a Medicina (Psiquiatria), a Psicologia e a Sociologia. Há que se considerar que embora haja uma série de convergências conceituais entre essas áreas, existem zonas conceitualmente obscuras e as metodologias por elas utilizadas tanto na sistematização do conhecimento, quanto na atuação na realidade, são

significativamente diversificadas. Por isso se considera fundamental compreender como os diferentes discursos e pensamentos vêm se entrecruzando no campo da Saúde Mental.

1 - OBJETIVOS

Frente às inúmeras possibilidades de se estudar a constituição do campo, nossa opção proposta neste trabalho é de :

1-Desenvolver um estudo descritivo – analítico buscando compreender como se estrutura o campo da Saúde Mental no Brasil, e como se articulam nesse campo a produção do conhecimento, o pensamento crítico e as práticas.

2 – Descrever e analisar o processo de desenvolvimento do campo da Saúde Mental no Brasil, identificando rupturas conceituais e metodológicas concernentes a esse processo.

3 – Identificar, descrever e analisar as contribuições da academia, para a constituição e identidade da Saúde Mental como campo do saber, tomando como referência a produção científica (teses e dissertações) produzidas nos Programas de Pós-Graduação Strito Sensu, no Brasil.

4 – Identificar, descrever e analisar as contribuições dos Organismos Públicos e das Associações para a elaboração de um pensamento no campo da Saúde Mental, buscando conhecer sua articulação com as formulações acadêmicas socialmente organizadas.

2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na tentativa de construir um marco de referência teórica que nos possibilitasse desvendar como a Saúde Mental vem se estruturando, partimos de dois conjuntos de idéias: o primeiro, tomando como referência os postulados

defendidos por Pierre Bourdieu na teoria de campo e o segundo de Michel Foucault com sua “história arqueológica”.

Embora nos trabalhos de Michel Foucault a histórica arqueológica – como proposta metodológica – e a questão da loucura / doença mental, tenham pontos de convergência em mais de uma obra (Foucault, 1967), para a clareza do presente estudo, nele apresentaremos os dois conjuntos separadamente.

Tentaremos expor de maneira sistemática os principais aspectos da teoria de campo, a fim de que possamos nela sustentar nosso trabalho. Cabe, no entanto considerar que a sua transferência para campos específicos pode necessitar adaptações. As questões e idéias referentes à história arqueológica embora componham o quadro teórico deste estudo, serão tratadas no item Metodologia.

À “História da Loucura” de Foucault somar-se-ão os pensamentos de outros estudiosos da área, os quais têm contribuído ao longo de sua evolução, com idéias e práticas que se vêm tornando referências para o contorno do campo, as quais constituir-se-ão, nesta tese, a base para as análises conceituais.

Breves e pontuais retomadas históricas com destaque às críticas aos modelos de pensamento e de atuação em Saúde Mental, que promoveram rupturas e movimento na área, representados em alguns documentos oficiais considerados “organizadores” do campo, contribuíram para a contextualização dessas idéias, confirmando a natureza arqueológica deste estudo, por isso foram abordadas no item que este antecede.

2.1- A teoria de Campo de Bourdieu

Dentre as mais destacadas contribuições sociológicas da atualidade, sobressaem-se aquelas elaboradas pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu. Como oportunamente analisa Ortiz (1983), a complexidade da obra de Bourdieu é

atravessada por uma questão teórica básica : a mediação entre o agente social e a sociedade que o sociólogo irá interpretar através da noção de habitus.

Bourdieu define o campo como *“locus onde se trava uma luta concorrencial entre os agentes, em torno de interesses específicos que caracterizam a área em questão”* (Bourdieu, 1983 a). É o espaço onde se manifestam relações de poder, as quais visam, através da concorrência, a obtenção de um capital simbólico. O campo estrutura-se a partir da distribuição desigual de um “quantum” social (capital social), que determina a posição que um agente específico ocupa no seu interior.

Ao estudar os campos sociais Bourdieu evidencia, como as relações entre os agentes reproduzem as relações objetivas da sociedade. Assim, abre-se a possibilidade de estudar as relações existentes num determinado campo e consequentemente as estratégias que o compõem.

Os diferentes campos sociais organizam-se em torno de objetivos e práticas específicas, e apresentam uma lógica de fundamento próprio, que estrutura as relações entre os agentes em seu interior.

Cada campo pode-se dizer, possui uma forma dominante de capital, como, por exemplo, o Campo da Arte, tem como capital a harmonia, a estética, etc. Esse capital é constituído de conceitos que adquirem o status de valores, os quais orientam e determinam a pertença ao referido campo.

Um campo estrutura-se a partir da aliança e/ou conflitos entre os seus agentes, que lutam concorrencialmente pela conquista de determinados capitais simbólicos. Também as hierarquias, no interior de cada campo, se estabelecem pela maior ou menor apropriação do capital pelos seus diferentes agentes.

Não se pode deixar de lembrar que os agentes de um determinado campo possuem respectivamente diferentes “habitus”, adaptados às exigências e necessidades do campo em questão.

“Habitus” é *“um sistema de disposições duráveis e estruturadas predispostas a funcionarem como estruturas do indivíduo, onde se incluem regras e valores oriundos dos processos de socialização”* (Bourdieu, 1987).

O “habitus” tende a orientar a ação, é princípio que gera e estrutura as práticas e representações que podem ser objetivamente reguladas, superando o simples cumprimento de regras, objetivamente adaptadas a um fim. Na medida em que é produto das relações sociais, o “habitus” tende a assegurar a reprodução dessas mesmas relações objetivas que o orientam.

A análise de Bourdieu enfatiza a importância de se estudar o modo de estruturação do “habitus”, através do estudo das instituições que socializam os agentes. Pontua que as estruturas de “habitus” anteriores orientam o processo de estruturação de novos “habitus”, que são produzidos por novas instituições.

Apoiado nesse conceito Bourdieu define as práticas como produtos, resultantes da relação dialética entre uma estrutura e uma conjuntura; mediadas pela bagagem cultural de cada um; que por sua vez é resultante de processos de socialização.

O “habitus” caracteriza-se como: *“sistema de disposições duráveis e socialmente constituídas que, incorporadas por um agente, ou conjunto de agentes, que orientam e dão significado às suas ações e representações. São estruturas “estruturadas e estruturantes” que ultrapassam o nível da consciência e fazem a mediação entre as estruturas sociais e as práticas individuais.”* (Garcia, 1996, p. 65).

O próprio Bourdieu nos fala sobre as relações dialéticas entre as estruturas objetivas e as disposições estruturadas quando define campo.

“Um campo e também o campo científico, se define entre outras coisas através da definição dos objetos de disputas e dos interesses específicos, que são irredutíveis aos objetos de disputas e aos interesses próprios de outros campos (não se poderia motivar filósofos com questões próprias de geógrafos) e que não são percebidos por quem não é formado para entrar nesse campo (cada categoria de interesses implica a indiferença em relação a outros interesses, a outros investimentos destinados assim a serem percebidos como absurdos, insensatos ou desinteressados)”.

Para que um campo funcione, é preciso que haja objetos de disputas e pessoas prontas a disputar o jogo, dotadas de habitus que impliquem o conhecimento e o reconhecimento das leis imanentes do jogo, dos objetos de disputas, etc.” (Bourdieu, 1983, p. 89).

Dai se depreende que nessas lutas os agentes ou grupos de agentes concorrentes desenvolvem estratégias de “conservação” ou “exclusão” ou então estratégias de “subversão” de acordo com suas posições relativas no interior.

Essas estratégias visam em última análise, defender ou conquistar uma determinada posição dominante nas hierarquias existentes num dado campo. A posição dominante manifesta-se pelo poder de definir os critérios e o exercício legítimo de uma determinada atividade cultural ou científica.

O “campo científico” é um campo social como qualquer outro, com suas relações de força, suas disputas, interesses, bens e estratégias de conservação, exclusão ou de subversão. O capital social desse campo é a autoridade ou a competência científica, compreendida como a capacidade técnica e o poder social

de falar e agir, legitimamente outorgada a um agente ou a um grupo de agentes, pelos pares concorrentes e seus respectivos habitus no próprio campo.

É oportuno que se destaque que a autoridade científica não é reduzida a um conjunto de capacidades técnicas e/ou teóricas, mas ao contrário, é impossível definir os limites entre capacidade técnica e poder simbólico na idéia de autoridade ou competência científica.

Isso quer dizer que para Bourdieu o universo da Ciência é um universo de formas e produções simbólicas, e como tal, submete-se às leis gerais, referidas da teoria do “campo”.

No que se refere à ciência, as rupturas no campo científico correspondem às revoluções científicas.

“Campo científico é um sistema de relações objetivas entre posições adquiridas que, conquistadas pelos agentes em lutas anteriores, concorrem pelo monopólio de uma espécie particular de capital; a legitimidade ou autoridade científica...” ou seja... “Concorrem pelo poder de impor os critérios que definem o que é e o que não é científico”.(Bourdieu, 1983b, p. 122).

O grau de autonomia de um campo científico pode ser medido baseando-se:

- no poder de que dispõe esse campo para definir as normas de sua produção;
- nos critérios de avaliação de seus produtos;
- na legitimidade para reinterpretar as determinações externas, a partir de seus próprios princípios de funcionamento.

Quando um campo possui autonomia restrita, em relação à sociedade global, as rupturas no seu interior, tendem a ter maiores implicações políticas, do que quando a autonomia do campo é mais desenvolvida.

Na busca de compreensão do funcionamento e da estrutura do campo científico, Bourdieu (1983-1987) pontua que deve-se considerar tanto a posição de cada disciplina na hierarquia das “disciplinas científicas” constituintes de um campo científico, quanto a posição dos “produtores” e agentes na hierarquia própria de cada disciplina científica.

Segundo esse autor, a distribuição desigual de legitimidade no campo científico, pode explicar a tendência dos pesquisadores de concentrarem seus estudos nos problemas considerados mais relevantes, ou em questões que gozem de maior prestígio. Pode ainda explicar a “migração” de pesquisadores para outras áreas consideradas “mais prestigiadas”, ou mesmo para áreas “menos prestigiadas”, mas nas quais os agentes encontrassem uma luta concorrencial menos acirrada, e em decorrência, obtivessem maior destaque e reconhecimento.

Ao desenvolver a *“Sociologia dos Sistemas Simbólicos”*, Pierre Bourdieu partiu da convicção na complementaridade entre diferentes visões do mundo social; a construtivista ou fenomenológica e a estruturalista, e elaborou uma análise sociológica do campo científico. Propôs uma metodologia que implica na consideração das “obras”, dos “produtores” e das relações entre esses campos, bem como na biografia individual de um dado agente e sua obra e na análise e meta-análise dessa obra dentro do campo, buscando sua relação com o conjunto de obras do campo.

Desde as premissas epistemológicas até o método proposto, o pensamento de Bourdieu nos reporta à compreensão de que o processo de constituição, desenvolvimento e transformações de um determinado campo ou disciplina, bem

como o caráter de seu conteúdo, ou de suas obras, pressupõe a existência de conflitos e disputas entre diferentes agentes e posições no campo, suas recíprocas interações no próprio campo e no campo social, político e econômico.

A repercussão de seu pensamento sobre o campo científico, é que põe por terra a Ciência “neutra” e “pura” e a inquestionabilidade de seus produtos, desvelando uma face da prática social, atravessada por interesses nem sempre explicitados, por posições em disputa, que, resultam no delineamento dos limites e possibilidades do universo científico.

De um modo geral, a teoria de campo é uma forma estratégica que pode ajudar a desvendar sociologicamente um campo intelectual ou um campo onde se produzem bens simbólicos.

Nesse sentido, sua aplicação a um determinado campo – o da Saúde Mental – poderá ser altamente produtivo. Provavelmente nem sempre sua aplicação poderá ser feita de forma direta pelas dificuldades de diferentes naturezas, como, por exemplo, como detectar as lutas internas do campo? Mas indiretamente, ao serem constatadas certas regularidades e desvios, podem-se levantar hipóteses sobre diferenças internas importantes. O mesmo pode-se dizer da “relativa autonomia” que é uma idéia inerente ao conceito de campo, visto que os campos se organizam em torno de objetivos e práticas específicas. No fundo é a idéia bourdieuniana de que cada campo social implica numa forma dominante de capital. Em nosso caso, qual é o capital da Saúde Mental?

Entendendo que esse capital é de natureza cultural, como se manifesta essa autoridade científica? Que tipo de publicações têm sido produzidas, e qual sua inserção no “mercado cultural? (livros, revistas, boletins de associações etc...)”.

Como são ouvidas e repercutem-se as manifestações da Saúde Mental sobre as Políticas Públicas? Como se institucionaliza e se articula o

conhecimento na área? (cursos de Pós-Graduação, núcleos e/ou laboratórios de Pesquisa)? Ou ainda, como se julgam as produções e questões pertinentes à área? (Comitês de Saúde Mental na CAPES, CNPq, FAPESP etc...). Quais os descritores científicos adotados na área? Qual o alcance da observação das estratégias dos grupos e agentes em termos de “conservação”, “exclusão” ou “subversão”, no interior do campo? Como têm sido essas ações frente a determinadas finalidades?

Ainda em relação a autonomização – o que define a visibilidade do campo? Como isso se dá quando vista pelos “consumidores” desses bens, ou seja, a Saúde Mental difunde-se e é apropriada por quais setores da população? Qual sua repercussão dentro e fora do “campo acadêmico”?

Uma idéia básica no sentido de clarificar os elementos estruturantes de um campo, interessante de se reproduzir, é o comentário de Garcia (1996: 62), quando ao analisar a questão de autonomização em Bourdieu, aponta que um campo da produção cultural e científica *“é tanto mais autônomo quanto maior o seu poder para definir as normas que orientam a produção, as condutas de seus membros, os critérios de avaliação de seus produtos”* e o poder de *“retraduzir todas as determinações externas de acordo com seus princípios próprios de fundamento”* (Bourdieu 1978 : 106).

3 - METODOLOGIA – ASPECTOS GERAIS

Para o desenvolvimento deste estudo, optou-se pela utilização de uma metodologia que contribuisse com sua natureza analítico-descritiva. Nessa perspectiva a “arqueologia” de Foucault apresenta-se como possibilidade para se identificar o tipo de positividade que orienta a estruturação do campo da “Saúde Mental”, e como se articulam os conhecimentos e práticas advindos dos diferentes saberes, com as quais esse campo mantém interface.

3.1 – A História Arqueológica de Foucault

Foucault (1995) compreende a natureza dos estudos arqueológicos como a *“busca da descrição e análise das formações discursivas, das “regras gerais” que atravessam o tempo e, do movimento de rupturas e transformações que se processam no interior de um campo de conhecimento”*. Para esse autor essas práticas discursivas são significativas na medida em que descrevem um saber que se constitui e assume o estatuto de “ciência”. Essa descrição não se confunde pois com a análise linguística, dado que é compreendida como um conjunto de enunciados que traduzem a singularidade de um acontecimento ou de um pensamento, que delimita as condições de sua existência e demarca seus limites, estabelecendo articulações com outros enunciados, com os quais mantenha alguma organicidade.

Nessa perspectiva, em que pese a relevância da análise histórica e reconstitutiva do percurso científico-conceitual, ampliar-se-á o estudo, apoiando-o na visão de Foucault, no sentido de desvelar a dimensão do movimento no interior do campo, buscando-se identificar os limites, recortes, rupturas e transformações dos fundamentos, noções e conceitos constitutivos desse campo.

Para que se compreenda com clareza essa proposta metodológica é oportuno que se resgate o significado de alguns termos utilizados por Foucault, os quais Nunes (1999) considera fundamentais para as pesquisas que pretendem utilizar o enfoque arqueológico na análise do discurso.

Enunciado: É a unidade do discurso com existência própria, pertencente a um conjunto de signos, “a partir dos quais, pode-se decidir em seguida, pela análise ou pela intuição, se fazem sentido ou não, segundo que regras se sucedem ou se justapõem, de que são signos, e que espécie de ato se encontra efetivado por sua formulação (oral ou escrita)”. (Foucault, 1995, pág. 105).

Formação Discursiva: "Conjunto formado por um certo número de enunciados, conceitos ou escolhas temáticas, que descreve sistemas de dispersões e busca verificar como o discurso se organiza em uma ordem, quais as correlações, as posições, os funcionamentos, as transformações".(Foucault, apud - Nunes, 1999, pág. 4).

Discurso: "Conjunto de enunciados que provêm de um mesmo sistema de formação, ou seja, que provêm de uma mesma formação discursiva".(Nunes, 1999 - pág. 5).

Arquivo: Sistema geral de formação e transformação de enunciados de uma cultura ou campo. "O arquivo é, de início, a lei do que pode ser dito, o sistema que rege o aparecimento dos enunciados como acontecimentos singulares".(Foucault, 1995, pág. 149).

A análise das formações discursivas caracteriza-se pela descrição sistemática da dispersão entre os objetivos, os enunciados, os conceitos e as escolhas temáticas de um conjunto de acontecimentos, na perspectiva de desvelar as unidades ou regularidades discursivas existentes.

Como método para a elaboração dessa descrição, Foucault (1995) propõe quatro categorias construídas com o objetivo de possibilitar a sistematização das formações discursivas referentes aos objetos, aos sujeitos, às modalidades do discurso e às estratégias, as quais se desdobram em "sub-categorias" que consideram os elementos constitutivos do referido discurso. Essas categorias básicas serão brevemente descritas, para que se possa explicitar o modelo de análise de discurso adotado neste estudo.

1 - *Formação dos Objetos:* Para Foucault (1995) conforme lembra Nunes (1999), as condições que possibilitam o aparecimento de um objeto de discurso apresentam-se sob três modalidades: *as relações primárias* (são as reais, não estão presentes no objeto); *as relações secundárias* (são reflexivas) e as

relações discursivas (que delimitam a rede de relações sobre a qual se constrói o discurso sobre o objeto, sua nomeação, classificação, etc. ...).

Por essa razão o pesquisador deve empenhar-se em conhecer e definir a gênese e a composição do objeto em estudo, num primeiro nível da investigação, considerando quatro momentos: a superfície de emergência do objeto, as instâncias institucionais que o delimitam, os sistemas que o classificam e as grades de especificação utilizadas em seu processo de formação.

2 - *Formação das Modalidades Enunciativas*: Esse nível de descrição explicita que é o sujeito do discurso, sua legitimidade no conjunto de sujeitos, o que o torna singular e representativo no campo, de onde fala e as relações que esse sujeito estabelece com o conteúdo de seu discurso no domínio teórico e institucional (Foucault, 1995).

3 - *Formação dos Conceitos*: Como já nos referimos na Introdução deste trabalho, quando discutíamos o conceito de Saúde Mental, geralmente os conceitos pertinentes a um campo apresentam-se de forma dispersiva e desordenada, por isso "*é necessário que sejam descritos e organizados no campo dos enunciados a fim de estabelecer como sucedem e como coexistem*".(Foucault, apud - Nunes, 1999).

Essa organização, segundo o autor, compreende as formas de sucessão entre as diversas disposições das séries enunciativas, ou seja, a ordem das inferências, das implicações sucessivas e dos raciocínios demonstrativos; a ordem das descrições, os esquemas de generalização ou de especificações sucessivas; a ordem das narrativas; dos diversos esquemas retóricos, segundo os quais combinam-se grupos de enunciados.

Compreende também formas de coexistência que delineiam um *campo de presença* no qual as relações instauradas podem ser de natureza experimental, de validação lógica, de repetição pura e simples ou de aceitação justificada pela

tradição e pela autoridade.

Essa organização, segundo Foucault (1995) compreende num primeiro nível as *formas de sucessão* descritas em três etapas: a ordem das séries enunciativas, os tipos de dependência dos enunciados e os esquemas retóricos segundo os quais grupos de enunciados podem combinar-se compondo a arquitetura do texto.

Num segundo nível, compreende as *formas de coexistência* constituídas pelo que o autor denomina campo de presença e campo de concomitância, referindo-se respectivamente ao campo composto pela análise de enunciados já formulados, descritos e fundamentados com exatidão, e ao campo composto "*dos enunciados que concernem a domínios de objetos inteiramente diferentes e que pertencem a tipos de discursos totalmente diversos mas que atuam entre os enunciados estudados*", *seja porque valem como confirmação analógica, seja porque valem como modelos que podemos transferir a outros conteúdos, ou ainda porque funcionam como instância superior com a qual é preciso confrontar e submeter pelo menos algumas proposições que são afirmadas* (Foucault 1995, pág. 64-65).

Seriam, pois os enunciados que não definem nem um corpo de verdades, nem o domínio de validade como os do campo de presença; mas aqueles entre os quais estabelecem-se laços de filiação, gênese, transformação, continuidade e descontinuidade.

Ao terceiro nível de organização dos enunciados na formação dos conceitos, correspondem os *procedimentos de intervenção* constituídos pelas técnicas de reescritura pelos métodos de transcrição e pelos modos de tradução dos enunciados quantitativos em qualitativos e vice-versa e dos meios utilizados para aumentar a aproximação dos enunciados e refinar sua exatidão (Foucault, 1995, pág. 65).

4 - *Formação das estratégias*: As estratégias são as formas pelas quais os discursos se organizam em conceitos, grupos de objetos ou tipos de enunciados segundo seu grau de coerência, de rigor, de estabilidade e conforme os temas e teorias abordados.

Essas estratégias podem se formar a partir dos pontos de difração do discurso, caracterizados pelos pontos de incompatibilidade ou de equivalência, ou pelos pontos de junção de uma sistematização, quando partindo de cada um desses elementos, ao mesmo tempo equivalentes e incompatíveis, deriva-se uma série coerente de objetos, de formas enunciativas e de conceitos.

Esses procedimentos não são os mesmos para todas as formações discursivas, mas permitem especificar cada uma delas, revelando as relações que os ligam e o conjunto que constituem.

Com essas idéias, Foucault pretendeu demonstrar a utilidade, o alcance e os limites que a análise do discurso propõe, como metodologia, de construção e reconstrução de conceitos.

Outra direção possível para a pesquisa da constituição discursiva de um campo sinalizada por Foucault (1995 - pág. 73) é a de se estudar a economia da constelação discursiva, a qual pertence, ou seja o papel desempenhado pelo discurso em questão junto aos seus contemporâneos ou vizinhos, de forma a se explicitarem suas singularidades, analogias e/ou complementaridades (Nunes, 1999).

Por último, Foucault (1995) pontua que as escolhas teóricas para a descrição e análise do discurso de um dado campo dependem também da função do mesmo em um campo de práticas, não discursivas, podendo desvelar as relações sociais, as formas de apropriação do discurso pelos diferentes grupos sociais e as "posições possíveis do desejo em relação ao discurso" expondo seus elementos de simbolização.

"De qualquer modo a análise dessa instância deve mostrar que nem a relação do discurso com o desejo, nem os processos de sua apropriação, nem seu papel entre as práticas não discursivas, são intrínsecos à sua unidade, à sua caracterização e às leis de sua formação. Não são elementos perturbadores que, superpondo-se à sua forma pura, neutra, intemporal e silenciosa, a reprimiriam e, fariam falar em seu lugar um discurso mascarado, mas sim elementos formadores." (Foucault, 1995, pág. 75).

Essa metodologia, da história arqueológica de Foucault, oferece possibilidades para que a pesquisa das formações discursivas contribua para a compreensão das regras que orientaram os discursos dentro de um campo em sua história, incorporada por personagens que não apenas a sistematizaram nesse percurso, como também dela fizeram parte, mesmo sem que se dessem conta disso.

Sobre isso em sua aula inaugural proferida no College de France, pronunciada em 02 de dezembro de 1970, Foucault afirmava supor *"que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade."* (Foucault, 1996, pág. 9), ... e assim *"o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que e pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar"* (pág. 10).

Dessa forma, esse autor destacou a não neutralidade do discurso e seu evidente comprometimento com ideologias e com as práticas sociais, o que o levou a propor um método de natureza genealógica que possibilitasse a descrição e a compreensão do significado das práticas sociais a partir do seu próprio interior (Rabinow e Dreyfuss, 1995).

Esses procedimentos, não são os mesmos para todas as formações discursivas, mas permitem especificar cada uma delas, revelando as relações que os ligam e o conjunto que constituem. Com essas idéias, Foucault pretendeu demonstrar a utilidade, o alcance e os limites que a análise do discurso propõe, como metodologia, de construção e reconstrução de conceitos.

Considerado o movimento no campo, as idéias que o acompanharam, e descritos os pensamentos dos autores adotados como substrato teórico deste estudo, prosseguimos descrevendo o desenvolvimento e a metodologia utilizados.

4 - ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO

O presente estudo, foi inicialmente planejado para ser desenvolvido junto aos cursos de Pós-Graduação em Saúde/Medicina e Enfermagem, Psicologia e Sociologia, Filosofia e/ou Saúde Mental no Brasil. Essa opção fundamentava-se na idéia de que os cursos de Pós-Graduação são criados na perspectiva de concretizar a possibilidade de produzir, reproduzir e nuclear o conhecimento numa determinada área. Por essa razão deveria contar com maior institucionalização desse conhecimento, o que poderia ser útil ao estudo em questão.

Para tanto foram encaminhados **90** (noventa) questionários às Universidades brasileiras que possuíam, em janeiro de 2000, cursos de Pós-Graduação Stricto-Sensu nas áreas referidas. Esses questionários visavam coletar dados acerca dos cursos de Pós-Graduação oferecidos pelas instituições consultadas, bem como sobre as publicações por eles mantidas, os Órgãos financiadores de seus projetos, a organização e conteúdo de suas disciplinas, a partir do que pretendíamos apreender as concepções de Saúde Mental veiculadas, bem como as formas de articulação dos conhecimentos.

Desses questionários recebemos um total de 31 (trinta e uma) respostas.

Quinze (15) instituições informaram que não mantinham em seus cursos de Mestrado e/ou Doutorado curso autônomo, área de concentração, linha de pesquisa ou disciplina sobre Saúde Mental . Dezesseis (16) informaram que mantinham áreas de concentração ou linha de pesquisa em Saúde Mental em nível de Mestrado e nove (9) delas os mantinham também em nível de Doutorado. Essas instituições foram:

1. UnB – Universidade de Brasília – Psicologia e Saúde Pública (M e D)
2. UFCE – Universidade Federal do Ceará – Saúde Pública
3. UFF – Universidade Federal Fluminense – Psicologia e Ciências da Saúde (M e D)
4. UFSCar – Universidade Federal de São Carlos – Psicologia e Educação Especial (M e D)
5. UMESE – Universidade Metodista de São Paulo – Psicologia da Saúde
6. USF – Universidade São Francisco – Psicologia (M e D)
7. UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo – Saúde Pública, Psiquiatria, Psicologia da Saúde (M e D)
8. PUC-SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – Psicologia Social e Clínica (M e D)
9. USP – Universidade de São Paulo / São Paulo: Psiquiatria, Psicologia Social e em Ribeirão Preto: Enfermagem Psiquiátrica (M e D)
10. UFPB – Universidade Federal da Paraíba – Ciências da Saúde (M e D)
11. UCPe – Universidade Católica de Pernambuco – Psicologia Clínica
12. UMESB – Universidade Metodista de São Bernardo – Psicologia
13. UECE – Universidade Estadual do Ceará – Saúde Pública
14. FSC – Faculdades São Camilo – Faculdade de CS da Saúde – Administração Hospitalar e da Saúde
15. FESAC – Federação das Escolas Superiores do ABC – Psicologia da Saúde
16. UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas – Saúde Mental e Saúde Coletiva (M e D)

Embora os dados obtidos possam não ter significação numérica, dado que existem cerca de 120 Universidades no Brasil, e que aproximadamente 100 delas mantinham, na ocasião da pesquisa, Cursos de Pós-Graduação em uma ou mais áreas dentre as investigadas, as respondentes gozam de representatividade nada desprezível, por isso elaboramos uma breve análise dos dados obtidos guardados os limites cabíveis. Lembramos que a data de referência foi janeiro/2000 e que dessa data até hoje muita mudança ocorreu nesse cenário.

A média de tempo de existência desses cursos era de 04 (quatro) anos, sendo que a Saúde Mental como área de concentração ou linha de pesquisa, com exceção dos 05 (cinco) cursos que eram autônomos na área e estavam na ocasião da pesquisa, revendo essa forma de estruturação (USP, UNICAMP, UNIFESP, UECE e UESP) tinham em média 02 (dois) anos de existência. Isso nos permite levantar a hipótese de que a institucionalização da pesquisa na área, nos cursos de Pós-Graduação ainda é fenômeno recente e por isso está se estruturando. Outro dado relevante é que a clientela desses cursos era composta, na ocasião de aproximadamente 45% de psicólogos, 35% de médicos e enfermeiros e os demais 20% de profissionais de áreas afins (Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Sociólogos, Assistentes Sociais, Antropólogos, etc...). Dêstes cerca de 40% no Mestrado e 50% no doutorado eram docentes universitários, os demais eram “profissionais da assistência”, o que nos chama a atenção, posto que as questões de pesquisa suscitadas pela prática costumam ser diversas daquelas suscitadas na academia. Além disso, esse dado pode estar expondo o fato de que o “profissional da assistência” está vislumbrando possibilidades de capacitação nos referidos cursos, quando os mesmos direcionam-se a formar pesquisadores e docentes em nível superior, e no Sistema Educacional brasileiro os cursos direcionados a essa demanda seriam os de Especialização ou Pós-Graduação Lato-Sensu. Uma questão nos é colocada: Que fenômeno estaria provocando essa migração?

Com referência a esses cursos, embora não houvesse essa questão no

questionário, das 31 (trinta e uma) Universidades respondentes, 09 (nove) informaram possuir cursos de Especialização na área, a maioria iniciada em 1997, quando o movimento de Reforma e de inclusão da Saúde Mental como uma questão de Saúde Pública, estava em franca evolução no Brasil. Desses, 06 (seis) cursos eram vinculados a Universidades particulares e 3 (três) a Universidades públicas, caracterizando aí, outro fenômeno que poderia ser melhor investigado, pelos que se dedicam à capacitação dos agentes em Saúde Mental pública, e pelos responsáveis pelas Políticas Públicas de Educação. Esses eventos podem estar expondo a pouca articulação entre os Órgãos Públicos das áreas da Saúde e Educação, o que já se mostrou temerário em nosso país.

Quanto à procedência da clientela, observa-se que nas Universidades públicas respondentes esta é mais diversificada, possuem alunos de vários estados e municípios, enquanto que nas particulares respondentes predomina a clientela loco-regional. Isso nos leva a inferir que o papel “nucleador e articulador” dos cursos de Pós-Graduação pode estar mais submetido a questões econômicas, pelo fato de que as públicas dispõem de maior número de bolsas financiadas, e o aluno das particulares além de cobrir as taxas escolares deve sustentar-se morando distante de sua residência. Mais uma questão fica em aberto: os alunos optam pelos “saberes” daquele curso e suas temáticas e metodologias de pesquisa referenciais, ou mais pelas condições econômicas e de acesso oferecidas?

O referido material não se mostrou suficiente para as descrições e análises pretendidas neste estudo, no entanto nos possibilitou levantar questões importantes para pesquisas do campo acadêmico. Partimos então para a busca dos documentos: Teses, Dissertações, Relatórios Oficiais, e de Associações, Artigos publicados em Revistas Nacionais e Anais de Eventos Científicos da área de Saúde Mental.

Embora os referidos Bancos de Dados disponibilizem também informações sobre livros e capítulos de livros – foram levantados 145 publicações dessa natureza - esses dados não serão considerados neste estudo, pois pudemos observar freqüentes reproduções das temáticas abordadas pelos autores dos livros, em seus trabalhos de pesquisa de Mestrado e Doutorado, ou em artigos publicados em revistas ou em eventos científicos. Assim entendemos que essas publicações estariam com suas temáticas contempladas na análise de trabalhos de outras naturezas.

Passamos a consultar diversos Bancos de dados, os quais nem sempre se encontravam atualizados ou disponibilizavam os dados que possibilitariam a realização de nossos objetivos de estudo. O período consultado foi de 1977 a 2000, o qual potencializa movimentos e lutas sociais pela transformação da atenção pública à Saúde Mental no Brasil. Após várias tentativas tomamos como material de estudo os Resumos dos conteúdos e os dados de identificação dos documentos mencionados (Teses, Dissertações etc...), que constavam nos Bancos de Dados: LILACS, TB e AMARANTE, P e Col.

- **LILACS** – Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde, produzida pela BIREME – Sistema Latino-Americano e do Caribe. Reúne referências bibliográficas e Resumos de livros, artigos de periódicos, Teses, Dissertações, relatórios técnicos, documentos governamentais e comunicações de pesquisas e trabalhos apresentados em eventos científicos. É alimentada por informações fornecidas por bibliotecas que compõem a Rede BIREME.
- **TB - Teses Brasileiras** é um sistema coordenado pelo IBICT – Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia. Reúne informações sobre Teses e Dissertações defendidas no Brasil, ou por brasileiros no exterior, nas áreas de Ciência e Tecnologia. É alimentada pela CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior , pelo CNPq – Conselho

Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e pelas 17 (dezessete) Universidades brasileiras que compõem a Rede, com suas 138 (cento e trinta e oito) bibliotecas.

- **AMARANTE, P e Col** – Bibliografia Comentada em Saúde Mental, contida no Relatório Anual de Pesquisa 2001 - ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública . Reúne Resumos de Teses e Dissertações, Artigos publicados em Revistas Nacionais e outros documentos produzidos na área de Saúde Mental no Brasil.

5 - MATERIAL E TÉCNICAS

O material adotado para análise constou dos documentos produzidos no Brasil no período de 1977 a 2000 :

- **Teses e Dissertações** produzidas em cursos de Pós-Graduação Strito-Sensu, que abordam a temática da Saúde Mental.
- **Artigos publicados em revistas nacionais** específicas da área ou de áreas afins, de 1977 a 2000.
- **Documentos Oficiais publicados por Órgãos Públicos e/ou Associações representativas** no referido período. Para os fins deste estudo adotamos a denominação de Relatório para os Documentos Oficiais e de Associações, dado que a Metodologia de análise de documentos, também adotada neste estudo, poderia provocar compreensão equivocada. Para os documentos oficiais adotamos uma Base de Dados complementar, posto que a mesma reúne as Leis e documentos que orientam a organização da atenção à Saúde Mental no Brasil. Esses dados foram captados do *Caderno Especial do Conselho Reginal de Psicologia / Região 06 /SP/1997* intitulado: Trancar não é Tratar. Estão apresentados e serão analisados em separado em separado, dado que vêm de outra fonte e para se evitar entendimento equivocado. São

denominados **RO II**

Como não existem descritores referendados para a pesquisa no campo da Saúde Mental adotou-se como critério de busca a inclusão das palavras: Saúde Mental, Saúde Pública, Psicologia da Saúde, Psiquiatria, Desospitalização da Doença Mental, Sociologia da Saúde Mental, no elenco de palavras-chave, selecionadas pelos respectivos autores para indexação do trabalho junto à CAPES, CNPq e FAPESP., e/ou a presença da palavra Saúde Mental no título ou no conteúdo do Resumo do trabalho. Os descritores utilizados resultaram de buscas preliminares de dados, a partir de um elenco mais amplo de palavras, os quais traziam maior número de dados. Cabe aqui uma observação sobre os limites enfrentados pela pesquisa em Bancos de Dados informatizados. Detalhes como ítem, acento etc... podem interferir significativamente no resultado obtido. Como esses Bancos de Dados nem sempre adotam critérios linguísticos convencionais, a dificuldade que se apresenta, é bastante significativa.

Os dados, captados dos três Bancos de Dados mencionados, foram reorganizados por tipo de trabalho em novos Bancos de Dados que reúnem informações das três fontes mencionadas, totalizando 367 resumos de documentos; *Teses* - 43 (quarenta e três), *Dissertações* – 112 (cento e doze), *Artigos de Revistas científicas nacionais* – 137 (cento e trinta e sete), *Relatórios de Associações e Anais de Eventos Científicos* – 41 (quarenta e um), *Relatórios Oficiais* - 23 (vinte e três) e mais os 11 (onze) *Relatórios Oficiais referentes a Legislação e Orientações* mencionados. Uma análise preliminar dos mesmos nos permitiu construir dois conjuntos de categorias que foram adotadas para a análise dos referidos documentos.

- O primeiro **CTD** – foi utilizado na análise das teses, Dissertações.
- O segundo **CROA** – foi utilizado na análise dos Documentos Oficiais e de Associações, dos trabalhos publicados em Anais de Eventos Científicos da área e dos Artigos de Revistas Científicas Nacionais.

Os dois conjuntos de categorias CTD e CROA são compostos de categorias de *classificação* - que apenas classificam os trabalhos, e as de *análise* - que proporcionam a busca de uma compreensão mais qualificada sobre a natureza ou o tipo de documento, o tipo de atividade e as temáticas abordadas, bem como, sempre que o material permite, sobre a metodologia e as técnicas de investigação utilizadas, as bases teóricas do trabalho e o sujeito dos estudos das publicações em análise. Esses dois conjuntos de categorias estão assim descritos e definidos no **Anexo I**.

5.1 – Os procedimentos de análise

Como já nos referimos anteriormente (pág.32) o procedimento adotado para a análise dos dados foi a *análise do discurso* que foi orientada pelas três dimensões propostas por Nunes (1996) , quando em estudos desenvolvidos no campo da Saúde Coletiva desenvolveu esse recurso de análise.

- A *dimensão do pensamento* que orientou nossa análise pontuando sobre como surgiu, como evoluiu, e a partir de que áreas desenvolveu-se o discurso da Saúde Mental.
- A *dimensão do movimento* pontuando sobre como têm se organizado as práticas políticas e sociais dentro do campo da Saúde Mental.
- A *dimensão da teoria* pontuando sobre como têm se organizado teoricamente os conhecimentos na área da Saúde Mental, qual o substrato teórico do campo, que concepções contribuíram e contribuem para o campo, e como se sistematizam os conhecimentos nesse campo.

Embora não seja nossa pretensão desenvolver estudos quantitativos, foram elaborados quadros que sintetizam as análises dos discursos a partir das categorias, com vistas a facilitar a visibilidade dos elementos em análise. Por esta razão e pelo fato de nosso estudo ter natureza analítico-descritiva, não faremos incursões estatísticas ou quantitativas aprofundadas. Adotamos apenas algumas

análises percentuais como “sinais” e tendências do discurso na área. Nesse sentido os dados analisados foram considerados em três conjuntos referenciais:

- Teses e Dissertações – com as quais utilizamos as categorias CTD.
- Documentos Oficiais, de Associações, Anais de Eventos e Artigos de Revistas com os quais utilizamos as categorias CROA
- Todos esses dados na ótica das Classificações e das Temáticas

Os referidos quadros estão apresentados em conformidade com esses conjuntos de análise, e figuram nos anexos deste estudo, por terem sido utilizados como suporte para a elaboração de sínteses percentuais. Os Quadros e I a VI estão organizados por ordem alfabética do nome dos autores e sintetizam respectivamente :

- Quadro I – Classificação e Análise das *Teses*
- Quadro II – Classificação e Análise das *Dissertações*
- Quadro III – Classificação e Análise dos *Artigos de Revistas Científicas*
- Quadro IV – Classificação e Análise dos *Relatórios Oficiais*
- Quadro V – Classificação e Análise da Legislação e Orientações – RO II
- Quadro VI – Classificação e Análise dos *Relatórios de Associações e Anais de Eventos Científicos*
- Quadro VII – Percentual de presença das Temáticas nas Teses e Dissertações
- Quadro VIII – Percentual de presença das Temáticas nos Artigos de Revistas, Relatórios Oficiais de Associações e Anais de Eventos
- Quadro IX– Classificações e Análises das Teses e Dissertações por Ano de publicação , Instituições, Metodologia, Técn. de Investigação, Bases Teóricas e Sujeito
- Quadro X – Documentos por categorias de Classificação – Ano de Publicação

- Quadro XI - Documentos por categorias de Classificação Meios de Publicação
- Quadro XII - Documentos por categorias de Classificação -Instituição
- Quadro XIII - Documentos por categorias de Classificação – Área
- Quadro XIV - Documentos por categorias de Classificação – Natureza do Documento

IV- BUSCANDO A COMPREENSÃO DE UM CAMPO

1 - ANÁLISE DAS CATEGORIAS DE CLASSIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS

Todos os documentos estão representados nos Quadros X a XIV, nos quais figuram os respectivos desempenhos de cada documento por item de classificação utilizado, conforme CTD e CROA – Categorias de Classificação.

O Quadro X (em anexo) do qual constam os *Documentos por ano de Publicação*, expõe uma concentração significativa de trabalhos produzidos nos anos 90, com uma clara nucleação em dois períodos, nos anos de 1992 - 1993 e 1997-1998. O primeiro período corresponde a um intenso movimento de tentativa de “desmonte” da Política Pública de Saúde, com a implantação de Planos terceirizados e a privatização da atenção, em algumas capitais brasileiras, como ocorreu por exemplo na cidade de São Paulo, com a implantação do PAS – Plano de Assistência à Saúde. Muitos programas de Assistência à Saúde Mental foram extintos nesse período, podendo-se levantar a hipótese de que os profissionais migraram para a pesquisa, produzindo e registrando debates e idéias contrários àquela estratégia, por meio de relatórios de Associações e da participação em eventos científicos. No segundo período, nos anos de 1997 – 1998, uma outra concentração, agora nos estudos pós-graduados, de menor proporção estatística, porém não menos importante do ponto de vista teórico-político, parece dar sustentação à interpretação de que os profissionais militantes dos projetos anti-manicomiais, nesse período, migraram para a academia, possivelmente buscando sustentação teórica de suas proposições e sistematização das práticas que vinham sendo experimentadas com êxito. Se nos reportarmos às Temáticas desenvolvidas nesse período, podemos perceber que a *Conceituação* de Loucura, Saúde Mental e Doença Mental nucleia 25% das Teses e Dissertações, as *Representações Sociais* 30%, a *Gestão e Políticas Públicas* cerca de 18%, a

Reforma e Desospitalização aproximadamente 20% ,a *Formação e Capacitação de Profissionais* cerca de 15% e os *Modelos de Atenção e Assistência* também em cerca de 15%. (Quadro X em anexo)

Os Artigos Publicados em Revistas científicas e os Anais de Eventos têm também uma clara aglutinação da produção no primeiro período (1992-1993), o que não se observa no segundo período (1997-1998).Naquele primeiro predominam as Temáticas referentes aos registros históricos do Movimento Anti-manicomial,e outras experiências com a adoção de Modelos alternativos de atuação, de profissionais com formações em diferentes áreas que atuavam em equipes interdisciplinares, bem como figuram relatos de estudos Epidemiológicos, com razoável destaque. Os Relatórios Oficiais registram Temáticas que normatizam e orientam o campo da Saúde Mental Pública, porém do ponto de vista numérico não têm as características de desempenho apontadas nos documentos anteriormente referidos.

Com referência aos *Meios de Publicação*, 42,70% dos documentos resgatados foram publicados na Academia, isto é, nas Universidades, e são predominantemente Teses e Dissertações. Foram também localizadas 08 (oito) Monografias, que não foram incluídas nos dados analisados.

As revistas não indexadas publicaram 21,49% dos documentos analisados, e as indexadas 16,53% desses documentos. (vide Quadro XI em anexo). Foram identificadas 43 (quarenta e três) diferentes revistas nas quais artigos e relatos de experiências, bem como deliberações gerais para a organização do campo foram publicados. Dentre as revistas indexadas que publicam temáticas da Saúde Mental, prepondera o *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, com cerca de 52% das publicações. Dentre as fontes publicadoras não indexadas a que mais publicou Temáticas da área foram os *Cadernos de Psiquiatria Social*, reunindo cerca de 27% dos artigos. Pela ampla dispersão dos meios e agências publicadoras, não foi possível identificarem-se as Temáticas abordadas em cada

meio publicador, o que poderia sinalizar a formação de núcleos sistematizadores do campo, dentro e fora dos muros universitários.

Com referência às *Instituições* que figuram nos documentos captados das Fontes adotadas neste estudo, identificam-se dois grupos: as Universidades e os Órgãos Públicos e as Associações. Dentre as Universidades, a que mais publicou estudos pós-graduados com temáticas da área foram a USP – São Paulo e Ribeirão Preto, com 18,61% das Teses e Dissertações, seguida da UFRJ com 8,76% dessas publicações, e a FIOCRUZ, com 8,03%, depois a UNICAMP com 4,74% e a UERJ com 4,38% das Teses e Dissertações. (vide Quadro XII em anexo)

Cabe aqui uma observação referente às duas Universidades de Campinas com as quais esta pesquisadora possui vínculo, a PUC-Campinas na qual é docente no Curso de Psicologia, e a UNICAMP, na qual desenvolve este estudo. A UNICAMP possui um site da Pós-Graduação no qual figuram 19 (dezenove) Teses e 13 (treze) Dissertações desenvolvidas nos anos de 2000 e 2001 (os demais anos não constam do site), nos seus cursos de Pós-Graduação com temáticas da Saúde Mental. A PUC- Campinas possui Mestrado e Doutorado em Psicologia nos quais foram desenvolvidas 3 (três) Teses e 11 (onze) Dissertações nas temáticas específicas da Saúde Mental. Esses dados no entanto não compõem esta análise, porque não constam dos Bancos de Dados adotados. A UNICAMP é uma das universidades públicas consideradas expoentes nacionais de produção científica e tecnológica, e possui curso na área, por isso entendemos que sua produção seja significativa para o contexto nacional da produção de conhecimento nesse cenário, razão pela qual fazemos este esclarecimento.

Vale destacar que segundo Andrade (1992) um dos fatores determinantes que levam orientadores de cursos de Pós-graduação a escolher um tema de pesquisa no campo da Saúde Pública é a busca de soluções de problemas nacionais. Witter e col (1992) pontuam que “a escolha do tema de pesquisa é

orientada pelo que já se conhece em uma determinada área e o que há por se saber, submetido ao impacto de variáveis ambientais que vão desde os modismos até as necessidades reais de se solucionar problemas da realidade em que atua o pesquisador” (p. 7)

Encontramos nestes dados respaldo para inferir que a Temática dos cursos de Pós-Graduação funciona como elemento articulador de idéias e agentes de um campo , que com seu trabalho de pesquisa contribuem para a estruturação de campos científicos.

Os Relatórios Oficiais e de Associações foram mais frequentemente publicados por Associações Nacionais- cerca de 23,36% e pelo Ministério da Saúde – cerca de 6,57% . As temáticas são concentradas em Relatos de Experiências, Debates e Orientações para Gestão Pública, Avaliação , Modelos e Níveis de Atenção e Bases Teórico-ideológicas da Reforma Psiquiátrica e Desospitalização. Tomando-se a análise desses Relatórios no movimento dentro do campo, pode-se perceber que eles são utilizados como estratégia de lutas e de tentativa de sistematização das questões políticas e de poder dentro do campo. Observa-se que após ou anteriormente a momentos de conflito potencializado, documentos dessa natureza são publicados, como estratégia de explicitar e demarcar “territórios “ou pontos de vista , ou de sintetizá-los.Por essa razão é que incluímos a análise dos dados constantes em ROII.

Com referência à Área na qual os trabalhos acadêmicos – Teses e Dissertações – foram desenvolvidos, identificaram-se 21 (vinte e uma) áreas diferentes, com predomínio das publicações na área Médica 16,99% , em especial da Saúde Pública e da Psiquiatria com respectivamente 16,99% e 13,73% dos trabalhos publicados. (vide Quadro XIII em anexo)

Em seguida figura a Psicologia, com 13,73%, e a Enfermagem, com cerca de 14%.das publicações. Daí podemos depreender que essas áreas de alguma

forma articulam os conhecimentos da Saúde Mental, compondo com suas bases teóricas o substrato desse campo, que tem natureza claramente interdisciplinar. A natureza das pesquisas e as temáticas específicas, não parecem correlacionar-se com a área na qual esses estudos se desenvolvem. Parecem sim guardar maior relação com a área de vínculo e/ou de atuação do pesquisador e do orientador, que com o programa de pós-graduação no qual esses estudos são desenvolvidos. No entanto como apontamos acima a temática desse campo nos curso de pós-graduação parece ter efeito articulador importante para a sua estruturação.

Analisando-se a *Natureza do Documento* (vide Quadro XIV em anexo) , preponderam os documentos críticos (21,31%), os de avaliação (13,73%), os de resgate histórico da Reforma, e das construções teóricas no campo (12,30%) seguidos dos estudos de análise, (9,22%) . Os estudos de análise predominam também nas Teses, enquanto nas Dissertações predominam os Estudos de Caso e os estudos Críticos, seguidos dos Epidemiológicos e por último dos Teóricos. Nos artigos de revista preponderam os trabalhos críticos, com cerca de 13% de todos os documentos analisados., seguidos dos de Avaliação e de Diretrizes Técnicas. Nos relatórios Oficiais e nos de Associação predominam os documentos de Diretrizes Políticas ou de Diretrizes Técnicas.

2 - ANÁLISE DAS TEMÁTICAS DAS TESES E DISSERTAÇÕES

As Teses e Dissertações aqui analisadas não representam a totalidade dos trabalhos e pesquisas acadêmicas desenvolvidas nos cursos de pós-graduação no Brasil nos últimos 23 anos na área de Saúde Mental. No entanto representam significativamente as tendências e questões mais presentes nas discussões acadêmicas nesse campo, nesse período .

Quando nos propusemos a investigar o campo, tomando esses documentos acadêmicos como material, tínhamos a expectativa de encontrar

uma “institucionalização organizadora” dos conhecimentos nas áreas componentes, o que poderia ser útil ao tipo de estudo que empreenderíamos. No entanto não foi o que encontramos. As informações constantes nos bancos de dados eletrônicos, referentes a esse tipo de produção, nas temáticas da Saúde Mental, nem sempre estão atualizadas e completas como supúnhamos. Por isso organizar os dados aqui analisados não foi uma tarefa fácil. Talvez nem fosse possível sem a participação dos dados, levantados por Amarante e col (2001), os quais prontamente nos foram disponibilizados. A organização mencionada caracteriza-se como um primeiro nível de análise, que agora entendemos, compõe o processo de elaboração das idéias no campo “em movimento”.

As pesquisas realizadas em nível de pós-graduação *Stricto Sensu*, respondem segundo Schwartzman e Castro (1986), e Foratini (1995), por cerca de 90% das pesquisas desenvolvidas no Brasil. Às Universidades portanto, caberia importante papel articulador dos conhecimentos, promotor do avanço científico em temas de interesse e mediador do desenvolvimento social, bem como da melhoria das condições de vida da população. No entanto vários fatores parecem interferir no cumprimento dessas tarefas: a pouca tradição de trabalhar e produzir conhecimento interdisciplinar, competições e concorrências internas e externas, pouca articulação de grupos temáticos de pesquisa, falta de estrutura e recursos, pouca circulação e acesso das informações sobre as pesquisas e suas temáticas, são alguns dentre os vários fatores que ainda hoje restringem as contribuições que a Universidade poderia trazer para a sociedade e a estruturação das idéias em seu interior.

A escolha do tema, do curso e do orientador não são aleatórias nos programas de Pós-Graduação *Stricto-Sensu*, nem restringem-se à formação profissional ou acadêmica do aluno. Severino (1992) postula que *“a temática das teses deve estar voltada à uma problemática vivenciada pelo aluno, deve dizer-lhe respeito, não a nível sentimental, mas a nível da avaliação, da relevância e da significação dos problemas abordados para próprio pesquisador, em vista de sua*

relação com o universo que o envolve”(p. 109). Essa relevância não deve ser apenas acadêmica, ...”mas sobretudo social e deve ser um tema criativo” (p. 111)

As Teses e Dissertações que compõem este estudo, após a análise expõem algumas tendências gerais em suas temáticas.(vide Quadro VIII).

As *Representações Sociais* do processo saúde – doença; da doença e sua institucionalização, na ótica dos profissionais e dos pacientes aparecem em 46,43% das Dissertações e em 67,44% das Teses. Os estudos sobre as *Patologias e Doenças Mentais*, também são desenvolvidos com frequência: 20,54% nas Dissertações e 30,23% nas Teses. A *Reforma Psiquiátrica e a Desospitalização* está presente nas pesquisas desenvolvidas em 22,32% das Dissertações e 25,58% das Teses. O *Modelo de Atenção e de Assistência à Saúde Mental* no sistema público está em 20,54% das Dissertações e 27,91% das Teses.

As *Conceituações e Concepções* estão presentes em 16,07% das Dissertações e 23,26% das Teses, sendo que em 16,28% destas, a concepção estudada é a de *Saúde Mental* e em 11,63% é a de *Loucura e Doença Mental*. A *Formação e o Ensino dos agentes em Saúde Mental* é observada em 20,93% das Teses e em 23,32% das Dissertações.

Outras temáticas freqüentemente presentes são as *Condições de Trabalho dos agentes*, 18,60% das Teses, os *Níveis de Atenção em Saúde Mental*, com ênfase à crítica ao modelo institucional e de defesa do modelo preventivista- com atenção primária, secundária e terciária – (16,28% das Teses) e a *Metodologia da Gestão Pública em Saúde* (21,43% das Dissertações).

3 - ANÁLISE DAS METODOLOGIAS, DAS TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO, DAS BASES TEÓRICAS E DO SUJEITO DAS TESES E DISSERTAÇÕES

Como adotamos para este estudo, os resumos dos documentos e não esses estudos na íntegra, nem sempre conseguimos apreender as informações sobre as Técnicas de investigação e as Bases Teóricas .

A *metodologia* qualitativa (vide Quadro IX) é a mais frequentemente utilizada (83%) nas Teses e Dissertações estudadas, às vezes associada a outras metodologias de caráter quantitativo como correlações, análise de significância etc... Dentre as *metodologias qualitativas* preponderam as de *análise do discurso* com 31% , seguidas pela *análise de conteúdo* e pela *análise documental* com respectivamente 20% de frequência. Cerca de 12% das Teses e Dissertações não têm especificadas nos seus resumos qual foi a natureza da metodologia utilizada. Dentre as *metodologias quantitativas* predominam os estudos populacionais com 20% de ocorrência seguidos dos estudos epidemiológicos com 7% .

Com referência às *técnicas de investigação* como já nos referimos, nem sempre eram mencionadas ou especificadas nos resumos, o que impossibilita que se elabore uma análise percentualmente significativa. No entanto as *técnicas de coleta de dados* foram referidas em 34% dos resumos, e as *técnicas de análise dos dados* em cerca de 13% dos mesmos . Dentre as técnicas de coleta de dados as que foram especificadas constam de inventários, questionários, entrevistas etc..sendo que os documentos de análise referidos são os prontuários de pacientes, fichas de inscrição, registros clínicos , relatórios técnicos legislação, documentos acadêmicos como relatos de pesquisa, literatura, Teses e Dissertações .

Dentre as *técnicas de análise dos dados* referidas, constam, as qualitativas, de categorizações, de análise de fragmentos significativos dos discursos, como

os conceitos e as representações sociais.

Com referência às *Bases Teóricas* aquelas que puderam ser captadas dos resumos encontram-se enumeradas no Quadro IX. Os resumos utilizados como material empírico não possibilitaram a identificação ou especificação do corpo teórico ou dos campos disciplinares nos quais os trabalhos analisados assentam suas bases. No entanto, naqueles resumos nos quais esse aspecto foi referido, ou possibilitou sua dedução, pôde-se captar uma diversidade de campos disciplinares como a Filosofia, a Psicologia e a Psiquiatria, a Antropologia e a Sociologia adotados como “locus” dos referidos trabalhos. Nestes observa-se também que as correntes sociológicas predominam.

4 - AS TEMÁTICAS DOS ARTIGOS DE REVISTA, DOS RELATÓRIOS OFICIAIS E DAS ASSOCIAÇÕES E DOS ANAIS DE EVENTOS

Os Relatórios aqui analisados abordam temáticas diversificadas que, no entanto, “gravitam em torno” da Reforma Psiquiátrica e da Desospitalização, ou decorrem dessa temática. (vide QuadroVIII).

A temática *Modelos de Atenção e Assistência* está presente em 40% dos Artigos de Revistas, em 45,45% dos Relatórios Oficiais e em 60,87% dos Relatórios de Associações e não aparecem nos Anais de Eventos resgatados nos Bancos de Dados. A *Gestão Pública* é uma temática freqüente abordada nos Artigos de Revistas (18,57%) nos Relatórios Oficiais (63,64), nos Relatórios de Associações (43,48%), e nos Anais de Eventos (12,20%).

Outra temática abordada nos Artigos de Revista é a *Conceituação Saúde/Doença Mental* (14,29%), *Reforma e Desinstitucionalização da Doença Mental* (22,14%), e a *Epidemiologia* (15,71%), essas temáticas, no entanto, não aparecem nos demais documentos. As *Bases Teóricas e Ideológicas* são temáticas freqüentes nos Relatórios Oficiais e de Associações e não nos demais documentos.

Fenômeno semelhante ocorre com os *Serviços de Atenção, a Cultura a Cidadania, Infra-estrutura e a Administração de Recursos Financeiros* que só estão presentes nos Relatórios Oficiais e não nos demais documentos.

Nos Relatórios de Associações aparece a temática da *Interdisciplinaridade*, a qual aparece também, porém em percentual menos significativo, nos Artigos de Revistas e não nos demais documentos.

Nos Anais de Eventos temática abordada com frequência significativa é o *Cuidado ao Usuário, os Movimentos Sociais, a Administração de Recursos Humanos, as Crises Sociais e as Relações Profissionais*. O percentual de ocorrência dessas temáticas nos demais documentos, não é significativo

5 - ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA A PARTIR DAS TEMÁTICAS DAS PESQUISAS ACADÊMICAS E DOS RELATÓRIOS

Uma análise global das temáticas desenvolvidas nos documentos no campo da Saúde Mental, nos anos de 1977 a 2000, no Brasil, sinaliza um intenso movimento no campo. Os anos 90, retratam uma grande concentração de estudos e debates que geraram cerca de 57,49% dos documentos produzidos na área. Essa análise nos permite pontuar que o cenário de estruturação do campo da Saúde Mental tem evoluído consideravelmente, e podemos perceber mais claramente isso, se compararmos os resultados dos estudos dessas produções nos anos 1980 à 1985, analisados por Nunes (1987), e referidos, na introdução deste trabalho. Naquele momento identificava-se uma forte dispersão das temáticas estudadas no campo, e quase nenhuma articulação entre as mesmas.

Naquele estudo Nunes (1987), localizou três núcleos de temáticas: as que abordavam os *fatores etiológicos e os padrões de consumo do uso de álcool e drogas por indivíduos ou grupos populacionais*, as que analisavam as *dimensões sócio culturais do alcoolismo, drogadição e outras “doenças mentais”*, e as que elaboravam *análise histórica e institucional da Psiquiatria e suas instituições*. No

entanto, nenhum desses núcleos temáticos estava suficientemente sistematizado no que se refere à dimensão social da Saúde /Doença Mental e as respectivas Políticas Públicas, assim como a dimensão teórico–conceitual raramente estava relacionada, nesses estudos, com as práticas em Saúde Mental. A tendência à diversificação identificada nas temáticas daqueles estudos tem nos anos 90 outra configuração.

Nessa década embora ainda se identifique grande diversidade nas temáticas pesquisadas ou presentes nos documentos que analisamos, pode-se perceber uma significativamente crescente articulação entre as mesmas. Dessa análise emergem “núcleos” de temas que se organizam e se estruturam em torno de temas mais amplos como por exemplo Reforma Psiquiátrica e Desospitalização, Gestão Pública da Saúde Mental, Modelos de Atenção e Assistência ou de Atuação e Intervenção dos profissionais formados pelas diversas áreas, bem como as questões referentes à Formação e Capacitação desses profissionais para atuarem de forma integrada como “agentes” em Saúde Mental. Pode-se apreender desse movimento um esforço de articulação de uma “rede” de idéias, pensamentos e práticas na qual os agentes e as diferentes agências produtoras e publicadoras dos documentos exercem importante papel, na estruturação e organização do campo, cabendo destaque especial às Universidades, por potencializarem a produção em Pesquisa e a Formação e Qualificação dos Profissionais.

Como se sabe, e lembra Carvalho 1999, as Teses e Dissertações são consideradas pelos Órgãos avaliadores das Universidades como privilegiados indicadores de produção científica. No entanto muitos eventos podem interferir sobre essa produção: aposentadoria e contratação de novos docentes, prazos de credenciamento de novos orientadores, prazos de conclusão de curso, e modificações no tipo de demanda, que ocorrem em intervalos que nem sempre coincidem com os da avaliação. Quer nos parecer, salvo melhor juízo, que essas avaliações, maniqueístamente apoiadas em critérios que desconsideram

especificidades das áreas de conhecimento, e o momento de estruturação no qual o campo se encontra acabam prejudicando sua evolução ao invés de mediá-la.

A estruturação do campo da Saúde Coletiva referida por Nunes (1996), parece reeditar-se no campo da Saúde Mental. Uma fase anterior à Reforma Psiquiátrica e ao conseqüente movimento de Desospitalização da Doença Mental, tem cerca de 12 anos de duração (1977 – 1989), e a exemplo do que ocorreu naquela área, ocorre nesta, ou seja uma fase “*pré-saúde mental*”, reproduzindo a denominação dada por Nunes, é marcada pela instauração do “*projeto sócio humanista preventivista*”, fundamentado na crítica ao modelo assistencial hospitalocêntrico, “iluminada” pelas experiências e idéias européias e americanas. Essa organização cronológica decorre da exposição de eventos e fatos que pontuam mudanças de concepção, conflitos e rupturas.

Foucault (1995) descreve o campo da concomitância que abrange enunciados que se referem a domínios de objetos diferentes, pertencentes a tipos de discurso diferentes, *“mas que atuam entre os enunciados estudados, seja porque valem como confirmação analógica, seja porque valem como princípio geral e como premissas aceitas para um raciocínio, ou porque valem como modelos que podemos transferir para outros conteúdos ou ainda porque funcionam como instância superior com a qual é preciso confrontar e submeter, pelo menos, algumas proposições que são afirmadas”* (p. 65).

O que ocorre no campo da Saúde Mental parece ser análogo ao que ocorreu na estruturação da Saúde Coletiva, e considerando-se que ambos os campos têm seu substrato teórico sustentado em várias áreas de conhecimento, é compreensível que se multiplique a complexidade de sua estruturação, pois têm que enfrentar-se com o desafio de estruturar-se com imposições externas, não apenas tendo que dar conta das digressões internas ao campo. Porisso parece-nos compreensível que momentos de uma certa “retração” ocorram nesse

processo os quais demarcam esse percurso histórico-cultural. Processos com tal abrangência requerem nessa transição novos equipamentos, recursos e posturas da sociedade. No caso específico da Saúde Mental, a Reabilitação Social, adota como estratégias as Psicoterapias, a Terapia Ocupacional e o Trabalho, e tem tido nos últimos tempos, que enfrentar os desafios de cada área envolvida – Psicologia, Psiquiatria, Terapia Ocupacional, Políticas Públicas de Trabalho X Desemprego, que necessitam construir novas formas de atuação, o que emerge com contundência dos dados em análise neste estudo, pois é uma das Temáticas potencializadoras de pesquisas desenvolvidas no campo.

O movimento no campo descrito no item II. 2 sinaliza que as práticas em saúde mental, os movimentos político sociais, os registros e a sistematização das idéias e debates, na década de 90, evoluíram mais integradamente, resultando numa maior articulação com os estudos e pesquisas desenvolvidos nas universidades, as quais passaram a produzir pesquisas contextualizadas com esse movimento e com temáticas mais nucleadas em torno das questões conflitivas ou pouco esclarecidas no campo.

No Quadro VII, pode-se perceber a “nucleação” a partir dos percentuais levantados nas temáticas abordadas nas Teses e Dissertações (CTD), no Quadro VIII a partir dos percentuais levantados nas temáticas dos Artigos de Revistas, Relatórios Oficiais, Relatórios de Associações e Anais de Eventos (CROA).

A resistência oferecida pela “corrente hospitalocêntrica”, ao movimento de reforma parece ter uma força correspondente resistindo à legitimação da “sistematização estruturante” dos saberes construídos e reelaborados na prática, nas “lutas concorrenciais” da Saúde Mental Pública e na Academia, posto que a produção de documentos é significativa e representativa, como evidenciam estes estudos, o que, no entanto, por sua primária organização e sistematização, poderia ser entendida como difusa e menos consistente do que efetivamente se apresenta.

Sobre isso Bourdieu pontua que lutas concorrenciais fazem parte do processo de estruturação do campo e compõem sua definição, pois esse autor define campo como *“locus onde se tratava uma luta concorrencial entre os agentes, em torno de interesses específicos que caracterizam a área em questão,”* (Bourdieu, 1983 a).

É o espaço onde ocorrem os conflitos pelo poder, os quais visam a obtenção de um capital simbólico, que no caso da Saúde Mental é de natureza sócio cultural, pois como se definiu na I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987 a *“Saúde Mental é o bem estar psíquico e social que não pode prescindir do físico, que harmoniza o homem com seu meio ambiente físico e social. Não significa apenas a ausência de doença ou enfermidade mas assegura condições favoráveis à reatividade e elaboração de diferentes eventos, positivos ou negativos da vida do ser humano”*.

O capital simbólico de um campo é constituído de conceitos que adquirem status de valores, que determinam a pertença ao referido campo. (Bourdieu 1987) (vide págs 52 e 54) Na Saúde Mental o que está em disputa são valores representados pelos saberes construídos e acumulados em torno dos conceitos de Saúde e Doença.

As disputas internas no campo são travadas entre os agentes que aderem às diferentes concepções de saúde e de doença mental. Esse aspecto será mais amplamente discutido no item V, porém cabe aqui um destaque às lutas concorrenciais que dentro do campo ocorrem em função de diferentes visões teóricas, políticas e técnicas. Existem no campo grupos de agentes que *“disputam”* a hegemonia técnica, isto é defendem modos de atuação em Saúde Mental Pública diversos dos contra hegemônicos movimentos anti manicomiais. Também nesses movimentos há grupos mais radicais e menos radicais conforme aponta (Campos, 2000).

Além dos grupos de agentes “técnicos” existem os manipulados pelos donos dos hospitais e os empresários da indústria farmacêutica, naturalmente defensores da institucionalização, que têm o lucro por lema, os quais dissimuladamente em discursos progressistas, encobrem a incondicional disputa pelo poder sobre o “saber fazer” em Saúde Mental.

A desarticulação das Políticas Públicas, para as áreas sociais, intencionalmente ou não, sustenta a determinação de baixa qualidade de vida às populações menos favorecidas pelo Trabalho e pela Educação, bens simbólicos que na nossa sociedade, resultam em acesso ou exclusão de determinados patrimônios e oportunidades culturais. A cultura da “norma” e da “normalidade” além de perversa é manipulada pelos detentores de poder

Sobre essa questão, já em 1990 Portocarrero pontuava quando apresentava os estudos de sua Tese de Doutorado:

“A Saúde Mental é analisada como um dispositivo de produção de saber e poder, que reúne um novo corpo teórico – multiplicidade de saberes - um novo corpo de profissionais – trabalhadores de Saúde Mental – e novos programas de intervenção sobre a população. Esta metamorfose se estabelece sobretudo a partir do aparecimento dos conceitos de saúde e de poder no interior do discurso psiquiátrico brasileiro, que passa a ser constituído não só pelas vertentes próprias do modelo asilar, como também por uma diversidade de teorias e estratégias antimanicomiais que compõem as chamadas psiquiatrias “alternativas”. Tal metamorfose corresponde a uma mudança muito mais evidente no nível do saber do que no nível da prática. Com efeito, ao lado de profundas modificações quanto aos conceitos, objetos e métodos de análise, permanece quase inalterada a estrutura hospitalar, apesar das novas propostas de políticas de Saúde Mental e da

tentativa de experiências inovadoras nas instituições asilares, que constituem o dispositivo da Saúde Mental” (Portocarrero, 1990)

A autora refere-se com propriedade à questão da *Saúde Mental* como *dispositivo de saber e poder*, o que neste estudo também parece evidenciar-se, e apesar de transcorridos dez anos, a situação permanece com poucas alterações no que se refere à prática da desinstitucionalização, enquanto que na produção de conhecimento está substantivamente alterada, pela ampliação significativa das pesquisas e estudos no campo, os quais têm contribuído efetivamente para a sua estruturação. A questão do poder sobre o campo mais uma vez é denunciada nesta análise.

Sobre isso Bourdieu (1987) se manifesta dizendo que um campo se estrutura a partir de alianças e/ou conflitos (vide pág. 52) entre os seus agentes, e criam-se hierarquias que estabelecem níveis de apropriação do capital simbólico desse campo por esses agentes, os quais orientam suas ações pelas regras e valores oriundos de processos de socialização. Nesse sentido Bourdieu define a prática num campo como produto resultante da relação dialética entre uma estrutura e um contexto, permeada pela bagagem cultural de seus agentes, o que por sua vez é resultante de processos de socialização. O “habitus”, sistema de disposições duráveis e socialmente constituídas dá significado às ações dos agentes, e media as relações entre as práticas individuais e as estruturas sociais.

Para que um campo funcione, para Bourdieu, é preciso que haja objetos disputáveis, e pessoas prontas a disputar o jogo, as quais precisam ser dotadas de habitus que impliquem o conhecimento de regras, leis ou convenções imanentes do jogo e dos objetos de disputa. Isso quer dizer que cada agente ou grupo de agentes deve estar envolvido com as temáticas e os bens simbólicos daquele campo, que por sua vez não sensibilizam quem não está nele inserido ou quem não é formado para nele se inserir. As temáticas dos estudos analisados podem ser entendidas no pensamento “bourdineriano” como categorias de

interesses que implicam em adesão a um conjunto de idéias e seus representantes, além do que essas categorias delimitam o capital .

Se tomadas em conjunto as temáticas de CTD e CROA demonstram que as tendências de abordagens das mesmas guardam algumas especificidades conforme o tipo de documento no qual figuram. Nos trabalhos acadêmicos - Teses e Dissertações – predominam as temáticas sobre as práticas, as políticas públicas, suas respectivas abrangências e sobre o impacto que têm provocado no campo; sobre as conceituações e concepções do processo Saúde/Doença, em especial as de Saúde Mental, e sobre a Formação e Capacitação dos profissionais em torno das idéias reformistas. Quase nenhum estudo resgatado apresenta argumentação ou idéias contrárias à desospitalização, no entanto a realidade das práticas continua enfrentando a forte resistência do poder econômico, que “constrói” a argumentação de que o campo estaria pouco estruturado, negando as evidências pontuadas

Nos Relatórios de maneira geral a problemática da “luta concorrencial” se manifesta, pois na produção de documentos o que se constata é que as temáticas abordadas dão conta de um universo de saber bastante amplo, porém articulado com as dos estudos acadêmicos, posto que neles predominam as temáticas relativas à Gestão Pública e aos Modelos de Atenção a partir da Reforma , registrando momentos marcados pelo debate e participação política e social representativos que resultaram em definições de princípios e diretrizes que dão conta da estruturação político-social, mas que ainda não conseguem promover as mudanças almejadas no meio socio-institucional.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

V - ANALISANDO AS QUESTÕES CONCEITUAIS

1- REVISITANDO OS CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA E SUA DETERMINAÇÃO SOCIAL

Ponto fundamental neste trabalho é o que aborda o conceito de Saúde – Doença e Saúde Mental, o qual emerge nesta pesquisa revestido de diferentes roupagens, cuja essência está na busca de autonomização e clarificação do “proprium” constituído pelos conceitos, valores e bens simbólicos do campo.

Ao se referir à formação de conceitos, Foucault (1995) afirma que quando se busca reconstituir a arquitetura dedutivo-conceitual de eventos complexos como disciplinas ou campos, vemos aparecer um jogo de conceitos que nem sempre se organiza e articula de maneira coerente. Então o autor questiona: *“Será preciso abandonar essa dispersão à aparência de sua desordem? ... Não se poderia encontrar uma lei que desse conta da emergência sucessiva ou simultânea de conceitos discordantes? Não se pode encontrar entre eles um sistema de ocorrência que não seja uma sistematicidade lógica?”* (pág. 63).

Por isso Foucault (1995) postula que antes de se resgatar esses conceitos no discurso, seria necessário descrever a organização do campo de enunciados em que aparecem e circulam. O campo enunciativo compreende o domínio da memória, que reúne enunciados já superados, que não define mais um corpo de eventos nem sua validade, mas em relação aos quais se estabelecem laços de filiação, gênese, transformação, continuidade e descontinuidade histórica. Com essa análise o autor defende que se pode enfim definir os procedimentos de intervenção que podem ser legitimamente aplicados aos enunciados.

O conceito de Saúde Mental não foge à dispersão de formações discursivas abordadas pelo autor nessa análise, por isso, antes mesmo de limitar-

se a resgatá-lo historicamente, é necessário que se situe e descreva a organização do campo de enunciados no qual esse conceito figura.

No curso evolutivo do conceito de Saúde Mental tiveram papel marcante a Medicina, em especial a Psiquiatria, a Psicologia e a Sociologia. A Psiquiatria e a Psicologia durante anos orientaram sua atuação no campo da saúde, a partir de uma especialidade do saber psicológico – a clínica, especialmente estimulada pelo desenvolvimento da psicanálise. O desenvolvimento da Psicologia da Saúde, estimulou a atuação Comunitária e Institucional, tanto da Psiquiatria como da Psicologia, e promoveu questionamentos ao pensamento “hegemônico” que apoiava as pesquisas e as práticas psicológicas. Dessa forma, a atuação dos profissionais dessas áreas passaram a dar ênfase maior às características sociais da “doença mental”; entretanto, a elaboração de um referencial teórico que servisse de base a essa nova área, não se desenvolveu no mesmo ritmo da intervenção e da prática profissional.

O desenvolvimento da Psicologia no campo da saúde não pode alijar-se de seus problemas teóricos e epistemológicos, nem dos problemas a partir dos quais essa disciplina se desenvolve, em outros campos de aplicação como por exemplo a Psiquiatria, os quais incorporarão de maneira crescente a questão da saúde como eixo essencial de seu próprio desenvolvimento.

Apesar das contribuições da Psicologia aplicada à saúde não serem recentes, a Psicologia da Saúde, enquanto campo formalmente institucionalizado, data de apenas algumas décadas. São hoje identificadas duas tendências na área: uma que preocupa-se com o desenvolvimento de teorias, métodos e pesquisas, e a outra que se dedica à criação de uma sociedade mais saudável, a partir de uma abordagem comunitária, ou ativista-social, a qual adere a um modelo intervencionista. A supremacia do modelo científico positivista que predominava até então em seu percurso teórico-metodológico, vem sendo questionado, e a necessidade de superar a hegemonia do modelo biomédico,

apresenta-se como o desafio contemporâneo, aperfeiçoando a assistência em saúde pela adoção do pluralismo cultural e a reconstituição das ações dos profissionais de saúde (Araújo, 1999)

“A divisão do saber psicológico em campos específicos de pesquisa e prática, representa uma herança do paradigma positivista, que estabelece em seus princípios dominantes, que o objeto deveria fragmentar-se e simplificar-se para obter a objetividade considerada necessária, de um ponto de vista metodológico, o que parece ter conduzido a um único critério na definição dos campos do saber aplicado : os problemas escolhidos para a definição do espaço de ação profissional.” (González, 1997).

Com esse pensamento González pontua que a ênfase nos dados e resultados sobre o desenvolvimento da teoria, definiu o desenvolvimento da pesquisa e da prática profissional de forma atomizadora e empiricista. Nesse sentido realizaram-se muitas pesquisas descritivas, vinculadas à “saúde mental”, sem que se procurasse construir uma teoria sobre “saúde” que permitisse transcender sua definição semiológica, em termos de ausência de sintomas. Nessa perspectiva o desenvolvimento de uma construção teórica sobre a saúde, supõe a superação de sua definição em termos de normalidade, equilíbrio ou ausência de sintomas. As correntes socio-histórica e psicanalítica da Psicologia contribuíram com o substrato teórico da Psiquiatria e das áreas que tradicionalmente têm atuado com a Saúde Mental, que supõem a definição de saúde em termos do sistema que a caracteriza; o organismo humano, como um processo que expressa a qualidade do desenvolvimento desse sistema, a qual tomará como parâmetros os elementos biológicos, tanto quanto os subjetivos e os sociais.

A Psiquiatria incorporou o discurso preventivista em sua reelaboração no movimento de Reforma, dando origem a duas “correntes Psiquiátricas reformistas”;

a Psiquiatria Preventiva e a Psiquiatria Democrática. A primeira tem em Caplan seu principal teórico, o qual a descreve como *“corpo de conhecimentos profissionais, teóricos e práticos que podem ser utilizados para planejar e executar, planos destinados a reduzir a incidência de distúrbios mentais de todos os tipos numa comunidade (prevenção primária), a duração de um número significativo daqueles distúrbios que efetivamente ocorrem (prevenção secundária) e a deterioração que poderá resultar desses distúrbios (prevenção terciária) ... O pré-requisito fundamental é porém que os profissionais e serviços atentem não só para o que querem fazer e o que suas habilidades lhes permitem realizar, mas, além disso para o problema comunitário total e para a forma como sua contribuição se ajustará melhor ao esforço geral da comunidade”* (Caplan, 1980: 31) .

Esse pensamento amplia a visão predominantemente técnica presente na Psiquiatria, voltando sua intervenção preventiva e de promoção de saúde à comunidade e suas “crises” , propondo a equipe comunitária , com um corpo de profissionais de várias áreas como forma de atender a essa ampliação.

A Psiquiatria Democrática tem em Franco Rotelli , Basaglia , e col seus principais representantes. Rotelli (1991:84/85) assim a descreve: *“...baseia-se em alguns pontos de referência essenciais: o primeiro é a crítica a todas as instituições totais e, em particular, ao hospital psiquiátrico...outro ponto é a reflexão a respeito das relações entre técnica e política, entendendo que o trabalho é campo específico e não poderia jamais prescindir da matriz de exclusão social sobre a qual os manicômios foram construídos , sobre a qual a própria psiquiatria se funda... Um dos princípios teóricos deste movimento é aquele que firma que a prática é o que se privilegia , isto é, a transformação concreta das instituições existentes é o laboratório de provas de qualquer análise, reflexão e teorização que se queira fazer”* Sobre isso Amarante comenta *“os passos iniciais da desinstitucionalização consistem , pois no desconstruir o paradigma problema-solução , no envolver e mobilizar neste processo os atores sociais envolvidos,*

inclusive os internos- já não mais sob o critério de desalienação – o que permite descobrir que este não é um problema puramente “tecnocientífico” mas também normativo, social e ético” (Amarante, 1996:81)

A Psiquiatria Democrática tem por objetivo a inclusão social e a produção de sentido através da auto gestão dos serviços, do tempo e de contatos, com a participação da equipe de referência ou de cuidadores. (Campos, 2000)

Dessa forma a Psiquiatria partindo de uma atuação eminentemente técnica, reconhece sua responsabilidade político-social e propõe novas estratégias mais condizentes com a humanização do tratamento ao doente mental, proposta pela ONU, e identificadas com um papel social transformador , contribuindo para uma leitura mais contextualizada do processo saúde-doença.

Em relação à doença mental, Nunes (1992), lembra que a importância dos aspectos sociais na busca de sua compreensão, toma vulto no Século XX com os movimentos da Psiquiatria Social e com o desenvolvimento de estudos sociológicos do *“estado de saúde de comunidades ou mesmo estratos da população”*.

No que se refere às contribuições da Sociologia no sentido de desvelar o processo Saúde – Doença, no campo da Saúde Mental, os estudos de Nunes (1992), nos quais o autor faz uma revisão crítica da literatura sobre o tema, nos auxiliam nessa leitura por apontar a existência de três grandes grupos temáticos de estudos sociológicos sobre a doença – saúde mental:

O primeiro grupo propõe-se a investigar a natureza do processo saúde – doença , reúne pesquisas sobre os fatores sócio-culturais e agrupa os estudos ecológicos, os de comunidade, os de estratificação social e os de grupos específicos.

O segundo grupo reúne pesquisas sobre as representações da saúde e da loucura e refazem analiticamente o curso histórico do processo conceitual no qual o representante destacado é Michel Foucault.

O terceiro grupo desenvolve pesquisas sobre a instituição psiquiátrica, as quais têm contribuído significativamente para o grande desenvolvimento da análise institucional, e desencadeiam um intenso movimento de desinstitucionalização da doença mental.

Essa leitura parece ser ainda válida nos dias de hoje, conforme nos apresentam os dados deste estudo. No entanto ousamos acrescentar um *quarto grupo* que poderíamos entender, seria derivado do terceiro referido por aquele autor. Constitui-se dos estudos que discutem as estratégias político-sociais e infraestruturais de organização e articulação das idéias e dos diferentes modelos de atuação dentro do campo da Saúde Mental. Reúnem Pesquisas e Relatórios de experiências ou projetos nas Temáticas de *Gestão Pública*, da construção de *Modelos de Atenção e de Assistência à Saúde Mental*, da sistematização das discussões e idéias acerca das *Bases Ideológicas e Teóricas*, e das questões relativas à *Formação, Capacitação e Relacionamento Interdisciplinar* dos profissionais desse novo campo.

A Sociologia tem ainda emprestado ao campo da Saúde Mental sua metodologia de trabalho, e permitido que se formulem questões críticas à sistematização do conhecimento e à explicitação de lacunas conceituais que estudos calcados em modelos psiquiátricos ou psicológicos têm apresentado.

Frente à ampla literatura sobre o tema, em especial sobre doença e doença – mental, faremos algumas aproximações teóricas, que procurarão delinear esses conceitos a partir de uma perspectiva histórico-conceitual.

“A saúde como questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. pois saúde e doença exprimem agora e sempre uma relação que perpassa o corpo individual e social, confrontando com as turbulências do ser humano enquanto ser total. Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, porque as formas como a sociedade os experimenta, cristalizam e simbolizam as maneiras pelas quais ela enfrenta o medo da morte, e exorciza seus fantasmas.” (Minayo, 1996).

Com essa afirmação Minayo sintetiza um pensamento essencial à compreensão do homem em sua relação com a saúde e a doença, e destaca que para todas as pessoas, das diferentes classes sociais, saúde e doença envolvem uma complexa rede de interações entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados. Esse pensamento converge para o que Foucault chamou de *“dialética das relações”* do indivíduo com seu meio.

As patologias mentais não permitem a abstração de elementos isolados e o desenvolvimento de uma análise causal, fundamentada na noção de totalidade orgânica antes, evidenciam a importância da subjetividade da relação funcional da morbidade e seus danos à personalidade do indivíduo.

Dessa forma, para buscar compreender a doença mental é preciso analisar sua especificidade, buscar conhecer as formas concretas que lhe foram atribuídas pela Psicologia, para depois determinar as condições que viabilizaram o status de loucura, como doença mental irreduzível à qualquer doença. Assim é que quanto mais se dissipa a idéia de doença como unidade específica, mais se impõe a descrição do sujeito que reage a uma situação ou interação entre diferentes aspectos de sua vida, de maneira patológica.

O conceito de unidade, para alguns teóricos, possibilitaria elucidar o conceito de patologia, ao que Foucault rebate, com a observação de que a patologia mental exige métodos de análise diferentes dos utilizados nas patologias orgânicas e que uma patologia unitária enquadrar-se-ia na classe dos mitos, mesmo que a unidade do corpo e do espírito seja real. Destaca ainda aquele autor, que o substrato teórico no qual apoia-se a patologia orgânica, composto pelos conhecimentos advindos da fisiologia e da anatomia, autoriza a Medicina a fazer abstrações de elementos isolados e a desenvolver uma análise causal fundamentada na noção de totalidade orgânica, o que não se aplica ao plano do mental.

A noção de normal e patológico não depende de uma análise precisa dos processos, *“permite somente uma apreciação qualitativa que pode ocasionar outras confusões”* (Foucault, 1975). A noção de normal advém do conceito de norma, que é essencialmente quantitativo, na medida em que pressupõe uma média, isto é, algum evento presente na maioria, ou onde se concentra o maior número de elementos. Seria assim tomada a norma como “saúde”, e o que dela se desvia como doença. Alguns estudos importantes como os de Schneider (1947), apoiam-se no conceito de norma para buscar definir personalidades anormais.

A divergência é tomada como anormalidade e considera o desvio para mais ou para menos indiscriminadamente, o que do ponto de vista do seu significado ético e social faz grande diferença. Dentre as muitas objeções formuladas em relação a essa forma de pensar, encontra-se a crítica à maior difusão dos estados mórbidos, mais que dos estados correspondentes de saúde. Nesse sentido, resgatamos o pensamento de Jaspers (1959), no qual afirma que o termo médio não traz qualquer solução para o problema do conhecimento da doença. O normal no sentido da “norma de valor”, é o que corresponde ao ideal subjetivo e pessoal, sem dúvida submetido à influência das questões sócio-culturais, de educação, de ética, etc. ...O conceito de saúde seria então nessa ótica, o “ideal”,

o bom que está orientado para o perfeito; e doença o infravalorizado, o demérito, a desarmonia, o enfraquecimento físico e psíquico. Pode-se observar que essas concepções de saúde e doença são calcadas em juízo de valor, haja vista que em geral doentes e familiares envergonham-se da doença mental, ocultando-a como se fosse algo culposos ou desmerecedor.

Na literatura médica ainda persistem resquícios dessa concepção valorativa, referentes às manifestações mórbidas, como se a noção de valor estivesse implícita em certas funções anímico-espirituais, como o “ser” e o que “deve ser”. A OMS define saúde num sentido mais amplo, de maneira relativa como *“um estado ou qualidade do organismo humano expressando o funcionamento adequado do organismo em determinadas condições genéticas e ambientais”*. Essa definição apoia-se na consideração de que o organismo dentro de determinados padrões ou médias funcionais, interage com situações ambientais (como sexo, idade, comunidade, etc.), como também com a personalidade.

Mira y Lopes (1956) assinalou que a base de referência do critério de normalidade deve ser o grupo social *“uma sequência de atos pessoais deve ser considerada como normal, quando tomando-se em consideração as circunstâncias que a motivaram e o ambiente em que se desenrolam, será ; prevista e consentida sem esforço pelo grupo social em que se produziu.”*

Canguilhem (1978) ao buscar uma definição de saúde, de alguma forma relativiza o conceito normativo quando afirma que *“ser sadio significa não somente ser normal em uma situação determinada, mas também ser normativo nessa situação e em outras situações possíveis. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de exceder a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas em situações novas.”*

Dessa maneira esse autor destaca a importância dos eventos e condições sociais como “locus” de desenvolvimento tanto da doença quanto da saúde.

Parece oportuno retomar uma vez mais o pensamento de Foucault (1975) com referência ao processo saúde-doença, no qual define a doença como *“processo ao longo do qual desfaz-se a trama da evolução suprimindo inicialmente, e nas suas formas mais benignas, as estruturas mais recentes, atingindo em seguida, no seu término, e no seu ponto supremo de gravidade os níveis mais arcaicos.”*

Isso quer dizer que as funções patologicamente acentuadas são as mais involuntárias, e que a doença num só movimento ocasiona sinais positivos e negativos, suprime e exalta funções concomitantemente. Os fenômenos positivos e negativos da doença se opõem como o simples ao complexo e como o estável ao instável. As condutas acentuadas pela doença têm uma solidez psicológica que não apresentam as estruturas abolidas. Essa diferença de nível estrutural é ampliada por uma diferença no nível evolutivo. Parece haver prevalência das reações automáticas, da sucessão interrompida e desordenada das condutas, de uma forma impulsiva de reações emocionais que são características de um nível arcaico da evolução do indivíduo; as condutas infantis primárias.

Se a doença num só movimento ocasiona sinais positivos e negativos, se suprime e exalta funções, o faz na medida em que retorna às fases anteriores da evolução e faz desaparecerem as aquisições recentes e redescobre formas de conduta ultrapassadas. Seria pois inútil dizer numa perspectiva explicativa, que o homem, adoecendo, volta a ser criança. Porém, do ponto de vista descritivo é correto dizer que o doente, em sua personalidade mórbida, manifesta condutas segmentárias análogas a idades anteriores ou culturas primitivas. Numa perspectiva psicológica, uma descrição estrutural da doença deveria analisar sinais positivos e negativos em cada síndrome, e detalhar as estruturas abolidas e as realçadas.

O pensamento de Foucault e sua releitura de outros teóricos clássicos da Psiquiatria é fundamental para a compreensão da evolução do conceito de doença, em especial da doença mental. O próprio Foucault delimita o alcance de sua obra quando menciona que propositalmente não evocou problemas fisiológicos e anátomo-patológicos concernentes à doença mental, assim como os problemas relativos às técnicas de tratamento. Isso não significa, no entanto, que sua proposta de uma análise psicopatológica seja independente desses fatores. Várias contribuições da fisiologia mental e seu papel regulador na vida afetiva são lembrados como forma de reconhecer sua importância. Porém, nem a fisiologia nem a terapêutica podem tornar-se absolutos, a partir de cujos pontos de vista a Psicologia da doença mental pode transformar-se ou suprimir-se. Pode-se então dizer que as dimensões psicológicas da doença não podem ser encaradas como absolutas e autônomas.

Talvez se possa situar a doença mental concernente à gênese humana, em relação à história individual ou social do doente, ou até em relação às formas de existência, mas não se pode fazer desses aspectos da doença os elementos explicativos para a evolução das estruturas psicológicas. As dimensões psicológicas devem situar-se no interior da relação geral que o homem ocidental estabeleceu, há quase dois séculos consigo mesmo, e que o leva a encerrar-se como verdade.

2. CONSIDERAÇÕES SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE

A interdisciplinaridade tem sido estudada e apontada com frequência cada vez maior como a perspectiva estratégica de evolução da estruturação do campo da Saúde Mental e de tantos outros, em nosso momento histórico. O fenômeno da interdisciplinaridade tem sido, segundo Japiassu (1976) *"Incessantemente invocado e levado a efeito nos domínios mais variados de pesquisa, de ensino e de realizações técnicas...está muito longe de ser evidente. Por estar ganhando uma extensão considerável, merece ser elucidado, tanto no nível de seus*

conceitos, de seu domínio de investigação, quanto em sua metodologia própria e ainda incipiente.”

A elucidação do conceito saúde-doença, a relação biológico- psicológico-social, no discurso tradicional na área da saúde acerca da interação bio-psico-social, bem como no modelo crítico da Epidemiologia Social, que busca a compreensão desse processo, evoca a interdisciplinaridade como articuladora e orientadora das interações conceituais, metodológicas e de investigação. (Nunes, 1995). No entanto sua referência não é privilégio da pós-modernidade. Suas origens confundem-se com o ideal grego de cultura, a exemplo do programa *Paidéia* , que *“representa a formação de um homem integral, culto, sábio, filósofo, artista – educação e cultura juntavam-se, porém não formal ou abstratamente.”* (Nunes, 1995:98)

Conceitualmente a interdisciplinaridade é caracterizada por uma gama de Disciplinas que interagem desde a simples comunicação de idéias, à integração conceitual, terminológica e proceditudinal, embora cada uma delas preserve suas especificidades. Essa concepção explicita que a interdisciplinaridade supera a integração, embora não prescindida dela, pois pressupõe mudança de postura frente ao objeto de estudo de uma área, exigindo o enfrentamento das convergências e das diversidades, e a capacidade para reportar-se ao referencial da “outra”, o que deve instigar ambas as áreas a produzir a reelaboração de seus conhecimentos internos e específicos , bem como a busca de novos conhecimentos e novas alternativas , o que a coloca como condição para a construção coletiva de conhecimento. A interdisciplinaridade é um “sistema” que caracteriza-se por objetivos múltiplos, orientados porém por aspectos convergentes de uma disciplina hierárquicamente superior ou prioritária, em função dos conhecimentos que agrega e que servem de referência para outras disciplinas. (Stroili, e Gonçalves, 1995).

Trata-se pois de um sistema de dois níveis hierárquicos , que mantém no primeiro nível a disciplina de maior prestígio que congrega conhecimentos comuns às demais disciplinas que o compõem no segundo nível .

Vasconcelos (1997:25) ao discutir o conceito de interdisciplinaridade, fazendo-o incidir sobre o campo das práticas em Saúde Mental reporta-se aos manuais de Psiquiatria ou de outras especialidades em Saúde Mental , como a Psicologia, a Psicanálise, a Saúde Pública etc, e pontua que muitas das práticas usuais de colaboração entre profissionais da Saúde Mental acabam sendo “auxiliares”. *“A expressão paramédica utilizada para caracterizar essa colaboração é bastante ilustrativa... e inclui a apropriação de forma subordinada de contribuições de outras disciplinas”*

Esse autor prossegue pontuando que a interdisciplinaridade é entendida como estrutural, oportunizando reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização de poder entre os campos implicados. *“Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica, e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências destes conceitos, e desta forma gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos.” (p. 26).*

É evocada como atitude científica que pode promover uma salutar reorganização do meio científico, a sinalização dos limites e possibilidades impostos por uma dada especialidade científica sobre o conhecimento de problemas complexos daquela área, a ampliação da formação plural dos profissionais, o questionamento de eventual “acomodação” dos cientistas e profissionais fundamentada em uma leitura parcial de fenômenos complexos, a

educação continuada dos mesmos, favorecendo a atualização e a contextualização dos conhecimentos práticos e teóricos (Japiassu, 1976).

Japiassu (1976) sinaliza ainda que a interdisciplinaridade demanda algumas condições ao seu desenvolvimento; a competência e legitimidade científica das especialidades, o reconhecimento da parcialidade e relatividade de uma disciplina e a superação das onipotências, a polarização do trabalho interdisciplinar em pesquisas teóricas e práticas de forma articulada, a identificação e reconhecimento de especificidades disciplinares que não guardam relação de convergência, os métodos e conceitos que não se integram, e o planejamento e sistematização criteriosa buscando a construção de uma metodologia interdisciplinar.

No entanto muitos são os obstáculos que se interpõem ao projeto interdisciplinar lembrada por Vasconcelos (1997) referindo alguns autores que enfatizam a importância das rupturas realizadas pelo chamado pós-modernismo. *“Para estes a busca de integração, de instaurar formas de unidade e totalidade em um campo de saber múltiplo, pluralista, heterogêneo e fragmentado, pode significar querer voltar o trem da história e restaurar o espírito modernista, iluminista, de uma unidade já perdida e esgotada, e com riscos de totalitarismo”* (26) .

Lembra o autor que no campo da Saúde Mental temos exemplos históricos de tentativas dessa natureza que tiveram sérias implicações psicossociais e políticas, como foi o caso do movimento higienista, que teve início nos estados Unidos, com ampla difusão nos países do ocidente, através do qual *“a psiquiatria visava ampliar seu foco, intervindo no espaço social mais amplo, através de medidas diretamente normatizantes, eugênicas e racistas”* (Costa,1981)

Ao reconhecer a complexidade dos fenômenos, a interdisciplinaridade reconhece dialéticamente a necessidade de que olhares diferenciados sejam

lançados para um mesmo objeto, e assim, não pode prescindir da especialização. Dessa forma cada área deve continuar a pesquisar e produzir seus novos conhecimentos teóricos e práticos, adotando no entanto uma “*razão comunicativa dialogal*”. No entanto alguns teóricos apontam também a necessidade de cautela na interposição de diferentes teorias ao mesmo objeto, no que se refere à preservação do nível de análise dos modelos de interpretação do problema ou do objeto, a que cada ciência ou área deu suporte, e que lhe imprime identidade; da linguagem específica de cada área ou campo e do seu significado histórico – evolutivo que não pode ser interpretado descontextualizadamente, sob pena de comprometer a preservação de sua identidade, e da exigência de postulados que deem conta de todo o campo, para o qual se define em conjunto, possibilitando recortes teóricos menos ambíguos, criticamente inseridos.

Além dos obstáculos epistemológicos, filosóficos e metodológicos, enfrentados pela interdisciplinaridade, a constituição dos saberes enquanto estratégia de poder, descrita por Bourdieu, (1983) nos reporta à necessidade de enfrentar a questão da divisão social do trabalho, posto que cada profissão, foi se inserindo no mercado de trabalho, conquistando espaços gradativamente, sistematizando saberes, e rituais de poder, demonstrando sua eficácia e se legitimando diante da sociedade. A formalização que acompanha esse processo, pelas esferas legislativas e representativo-reivindicatórias sofre forte influência da forma de organização das políticas sociais, econômicas e institucionais, o que pode impedir a interação demandada pela interdisciplinaridade. Some-se a isso a questão da cultura social que tende a assumir um conjunto de valores culturais, simbólicos, e de identidade social específica.

Dessa forma a interdisciplinaridade convive com as luzes dos ganhos que poderiam trazer a integração articulada sob sua égide, e as sombras do conjunto de estratégias de saber e poder, de competição intra e intercorporativa e de processos socio-culturais que lhe impõem barreiras.

3. O QUE ESTE ESTUDO REVELA SOBRE O CAMPO DA SAÚDE MENTAL

A teoria de campo de Bourdieu foi adotada neste estudo como auxiliar na busca do desvelamento sociológico do campo da Saúde Mental, que produz bens simbólicos de natureza cultural. Sendo um campo social como outro qualquer, o campo científico da Saúde Mental aqui estudado, possui e puderam ser identificadas suas relações de força, disputas, interesses, bens e estratégias de conservação, exclusão ou de subversão, os quais buscam a obtenção do capital social, que nesse campo podemos dizer, é o reconhecimento da autoridade ou da competência científica, compreendida como a capacidade técnica e o poder de falar e agir, legitimamente outorgada a um agente ou a um grupo de agentes, para definir as normas de sua produção, os critérios de avaliação de seus produtos e a legitimidade para reinterpretar as determinações externas, a partir de seus próprios princípios de funcionamento.

Nesse sentido lembramos Bourdieu quando postula que a estrutura e o funcionamento de um campo científico, para ser compreendida deve considerar tanto a posição dos agentes quanto a de cada disciplina na hierarquia das disciplinas científicas constituintes. A distribuição desigual de legitimidade e prestígio no campo científico, pode explicar, segundo esse autor a tendência dos pesquisadores concentrarem seus estudos nos problemas considerados mais relevantes, ou em questões que gozem de maior prestígio. Essa interpretação pode explicar a “migração” de pesquisadores para áreas consideradas de maior prestígio, ou mesmo de menor prestígio, na qual porém as lutas concorrenciais sejam menos acirradas, obtendo-se assim maior destaque e reconhecimento. (Bourdieu, 1983)

A autonomização de um campo científico como condição para a estruturação do mesmo, discutida por Bourdieu, (1983) e referida nas páginas 61 e 62, propõe a idéia de que um campo que possui autonomia restrita, tende a

receber e administrar as rupturas ocorridas em seu desenvolvimento com maior impacto político, do que os que possuem maior nível de autonomia.

O que define a autonomização do campo da Saúde Mental, retornando às questões levantadas à página 64 , é o relativamente significativo grau de poder para definir as normas de sua produção, exceto quando essas normas ficam sob a “custódia” de órgãos que ao avaliarem enquadraram-na em parâmetros que não se aplicam às características culturais de seu objeto, como o que ocorreu nas avaliações realizadas recentemente nos cursos de Pós-Graduação que eram autônomos, e foram deslocados para áreas “ditas” de maior legitimidade e prestígio, como áreas de Concentração ou de Pesquisa. Não se dispõe de Comitê específico nos órgãos de Fomento à Pesquisa e Capacitação Docente , como ocorre com áreas ditas de maior prestígio, por uma questão claramente política, não de pouca estruturação do campo como expõe este estudo. Os critérios adotados para a avaliação da pesquisa e da produção científica na área não foram suficientemente contextualizados para aplicação , o que pode ter provocado uma certa refratariedade na sistematização dos conhecimentos já acumulados no campo. Nesse sentido o outro critério de legitimidade na reinterpretação das determinações externas a partir de seus próprios princípios de funcionamento, parece ter sido conseqüentemente comprometido, por forças de poder “desiguais” retratando indícios de resistência, que arriscamos interpretar como uma evolução “dissimulada “ do poder político-econômico dos empresários de hospitais psiquiátricos e dos laboratórios , reproduzindo com outra roupagem a situação política de momentos históricos anteriores, como já referimos.

Quanto à autonomia de definição das condutas de seus agentes, há que se reconhecer que a instalação das Conferências Nacionais como Forum de intensa participação político-democrática, para as definições de diretrizes e orientações para a área, no Sistema público de Saúde, concretiza a legitimação das evoluções estruturantes no campo.

Outro aspecto significativo na autonomização do campo , ao qual fizemos referência porém não nos aprofundamos na discussão, que vale porém ser lembrado , é a crescente e cada vez mais representativa articulação e organização social dos usuários do Sistema e seus familiares. Em evento recente, realizado em São Paulo pela Comissão Estadual de Reforma em Saúde Mental e pelo Conselho Estadual de Saúde participaram representantes de 16 Associações, só do estado de São Paulo. O controle social das ações e das estratégias de atenção e assistência à Saúde Mental , a articulação política junto aos órgãos gestores, a participação social nos Conselhos de Saúde nos diversos níveis, são as tarefas dessas instâncias, que as buscam exercer numa perspectiva cidadã, de participação nesse processo de transformação e estruturação do campo da Saúde Mental.

A dificuldade em se produzir conhecimento interdisciplinar não é uma perspectiva promissora, nem prerrogativa exclusiva do campo da Saúde Mental. Esse parece ser o grande desafio interposto à ciência do novo século, como postula Japiassu (1976). Sobre isso esse autor pontua que para implementar avanços nessa direção é necessária a sistematização das pesquisas e das práticas do campo de maneira articulada. Como já comentamos anteriormente a articulação das temáticas desenvolvidas na pesquisa no campo tem sido substantivamente maior nos últimos 10 anos. No entanto sua legitimidade parece encontrar resistências ao reconhecimento. Pode-se no entanto de forma planejada promover o aprimoramento dessa estratégia, ampliando-se as parcerias entre agentes e pesquisadores com diferentes vínculos com instituições sociais, planejando-se a “divisão” de problemas comuns em “pesquisas orbitais” a serem desenvolvidas na ótica de diferentes disciplinas, como recomenda Japiassu. Nesse caso é necessário planejarem-se momentos de análise, nos quais se busquem localizar convergências e divergências entre os dados e conhecimentos emergentes das diversas disciplinas. Nesse sentido a Conferência Nacional de Saúde Mental acena como locus privilegiado pois tem a possibilidade de reunir

representações significativas dos agentes do movimento, do pensamento e da teoria no campo.

Quer nos parecer que o desafio desta década, no início do novo século, reside na consolidação das estratégias desenvolvidas nos momentos anteriores e na construção de Modelos teórico-críticos que deem sustentação às propostas reformistas, superando-se o privilégio da técnica e/ou da prática, as quais fizeram e continuarão fazendo sentido na estruturação do campo, desde que articuladas à dimensão teórico-conceitual, que deverá imprimir significado e autonomia às anteriores.

Abib (1997) discute que a definição de “doença mental” metafóricamente, apontando que as analogias com o conceito de “doença física” transferido de um sistema físico, para um objeto de outra natureza como é o mental, *“se for adotada acriticamente, reduz a razão prática de sua ação, a qual é fundamentalmente de natureza moral, à razão técnica, que é basicamente de natureza estratégica e instrumental”* (p.42). *... a razão prática visa à autonomia moral do ser humano ... A razão técnica é cega quanto a fins; ela não busca conhecer a filosofia social, moral e política de seus procedimentos, estratégias e instrumentos, ela é instrumental e convive sem constrangimentos com uma teologia do bem e do mal. Reduzida e subordinada à razão técnica, a razão prática submerge, e leva consigo a razão teórica.... que é o esforço de apresentar alternativas de compreensão de um problema”* (p.43).

Com essa incursão queremos destacar a importância de se buscar a elucidação crítica, porém mais positiva de Saúde Mental, de forma a viabilizar, conforme pontua Abib, seu desenvolvimento *“evitando-se assim a forma tradicional de ação que se dá no nível da doença.”*

Esse pensamento soma-se ao de Amarante (1996:93) quando discute que *“a desinstitucionalização está na crítica à idéia de uma resposta exclusivamente*

técnica para o tratamento dos problemas mentais, ou melhor, a crítica à idéia, por si só ideológica, de que o problema mental seja um problema exclusivamente psiquiátrico... A nova Psiquiatria enquanto instituição da tolerância, torna-se apenas um novo momento de uma mesma psiquiatria, que vislumbra uma nova solução técnica específica para o problema da enfermidade mental. Se a violência é rechaçada, e em seu lugar é adotada a tolerância, tal substituição não é suficiente para resolver o problema da enfermidade mental; talvez seja o mesmo, e simplesmente, apenas uma solução social e ideológica” (p.95)

Finalizando, resgatamos o pensamento de Vasconcelos que sintetiza com propriedade as questões emergentes neste estudo.

“Como se pode depreender da descrição desse novo paradigma ou estratégia, o campo da Saúde Mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e buscando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área, buscando uma nova recomposição de conhecimentos sustentado sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e que portanto não seja apenas uma nova somatória ou rearranjo simples dos antigos saberes parcializados. Na minha opinião, não tenho dúvidas de que neste novo paradigma teremos de necessariamente recolocar a questão da interdisciplinaridade, ou mais radicalmente, da transdisciplinaridade.” (Vasconcelos, 1997: 23)

VI- DISCUSSÕES FINAIS E CONCLUSÕES

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é descrita por Vasconcelos, (1997) a partir de três momentos referenciais:

- o primeiro de “intensa vitalidade e visibilidade” que potencializou a organização do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, e explicitou denúncias severas da situação dos asilos e manicômios, e *“a privatização e mercantilização da assistência na rede de hospitais conveniados e as reivindicações de humanização dos hospitais”* (p. 19)
- o segundo com início nos anos 80, que estava centrado no modelo de um Sistema Único de Saúde *“controlado pelo setor público e descentralizado, integrado, regionalizado, hierarquizado, com forte ênfase no cuidado extra-hospitalar de nível primário e secundário, através da difusão de uma rede de Centros e Ambulatórios de Saúde, com sistema de referência e contra-referência, no qual equipes de Saúde Mental deviam integrar-se”* paralelamente a um intenso controle e disciplinamento das internações hospitalares . Esse foi o Modelo referendado na I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) na qual o conceito de Saúde Mental foi oficializado., e adotado como orientador da Reforma Psiquiátrica em desenvolvimento no país.
- o terceiro vem sendo implementado por diversas estratégias. No plano legal pela discussão e recente aprovação da Lei de Desospitalização que regulamenta a substituição gradativa dos leitos manicomiais, com correspondentes normatizações nos estados e municípios.No plano da assistência pelo esforço de implementação de dispositivos e projetos sociais , substitutivos ao hospital especializado. No plano da articulação política pelo fortalecimento da participação comunitária e pelo fortalecimento das associações representativas, inclusive de usuários e seus familiares,visando a democratização dos modelos e dos espaços sociais e de assistência.

A partir desse movimento pode-se perceber que as origens do campo da Saúde Mental no Brasil entrecruza-se com a Reforma Psiquiátrica e a Desospitalização, e tem nela a principal estratégia de estruturação, cuja base ideológica é a humanização e revisão ética da assistência à loucura na sociedade brasileira. Esse processo foi iluminado pelas experiências européias e americana, e pelos conhecimentos acumulados nas áreas de interface da Saúde Mental como a Psicologia, a Sociologia e a Filosofia, que lhe emprestaram substrato teórico e prático. O referido movimento passou por momentos de intensos conflitos que tinham por base a disputa de bens e capital simbólicos construídos culturalmente, a partir de rupturas com modelos de pensamento e práticas hegemônicas, monopolizadas pela Psiquiatria tradicional, que política e financeiramente era sustentada pelas forças econômicas do empresariado hospitalar, que estrategicamente colocaram essas instituições a serviço do "controle social" submetido ao poder militar centralizador, presente em nossa sociedade nacional por várias décadas.

Com o crescimento das crises sociais como as ocorridas na saúde, com as grandes epidemias; no trabalho com o desemprego em massa; na educação com a queda da oferta e qualidade da escola pública; na habitação com o crescimento urbano desordenado; as quais na verdade não pouparam nenhuma esfera da vida social, a qualidade de vida decaiu com tal contundência que movimentos populares e políticos passaram a posicionar-se contrários a uma série de estratégias de (des)organização social e política, que se refletiram em diversos setores, dentre os quais a saúde pública e sua assistência.

Paulatinamente o discurso da prevenção dos problemas mentais vem sendo substituído pelos que exaltam a promoção da Saúde Mental. O que significa promover a Saúde Mental? Significa promover condições mais dignas e humanas de vida na sociedade, o enfrentamento das questões de trabalho, saúde, educação e moradia com genuína vontade política de promover a qualidade de vida em sociedade. Lembramos a fala de Rey, (1993)

“...la sociedad, com los recursos e organización de que dispone, define un conjunto de condiciones que de forma directa ou indirecta influyen sobre la salud humana” (p.19)

Foi nesse contexto que movimentos anti-hegemônicos questionaram e começaram a transformar a assistência hospitalocêntrica à loucura, a qual passou a ser pesquisada e reorientada teórica e metodologicamente em nosso país. Podemos então retornar aos três momentos referidos por Vasconcelos no início deste item. Pode-se dizer que a *década de 70* foi a das denúncias e reação contrária ao modelo vigente de assistência à Saúde Mental e do nascimento de uma “rede de idéias” que inauguraram as bases teóricas e práticas do campo da Saúde Mental e consolidaram outros campos interrelacionados como o da Saúde Pública; a *década de 80* marcada pela democratização do acesso à Saúde Pública, bem como por sua hierarquização, integração e gestão regionalizada, e pelas práticas desospitalizantes, calcadas no pensamento preventivista que apregoou a difusão e ampliação da rede de dispositivos sociais articulados em níveis de assistência conforme o grau de comprometimento do convívio do paciente mental e por tentativas de sínteses políticas, teóricas e conceituais, que auxiliassem a organização do campo em cujo bojo as produções científicas ainda ocorriam de forma dispersa, ao lado de intenso movimento de organização das práticas e das lutas políticas através das Associações e Sindicatos ; e a *década de 90* marcada por intensa produção teórico-científica e prática mais articulada com o movimento político – ideológico, no entanto não sem intensos conflitos e rupturas conceituais e metodológicas, ao lado do discurso da interdisciplinaridade, que sustenta a implantação das equipes profissionais plurais , que atendem à Saúde Mental.

Esse processo foi descrito e analisado neste estudo sob a ótica das idéias que o acompanharam, das teorias e práticas geradas em sua dinâmica e das estratégias que compuseram suas lutas concorrenciais para definição e apreensão do capital simbólico no movimento maior de estruturação do campo.

Com base na teoria de campo de Pierre Bourdieu procedemos a essas análises apoiadas nos discursos presentes nos documentos de diferentes naturezas resgatados para este estudo, que pretendia elucidar as origens, movimento e estruturação do campo da Saúde Mental no Brasil.

Michel Foucault, com seus estudos arqueológicos nos forneceu a metodologia de análise do discurso do material empírico e com sua História da Loucura junto a outros teóricos nos forneceu substrato para a busca de compreensão dos principais conceitos que permeiam esse campo.

Os dados analisados revelam intenso movimento de articulação das idéias, do pensamento e das práticas no campo, e expõem as rupturas políticas, conceituais e metodológicas, bem como as alternativas de reorganização e reelaboração dos conhecimentos acumulados nesse percurso. Destacamos uma vez mais a necessidade de organização sistemática dessas informações como estratégia de fortalecimento das lutas concorrenciais. As pesquisas desenvolvidas junto aos cursos de Pós-Graduação exercem importante papel nesse sentido, porém vislumbra-se a necessidade de capacitação do profissional da assistência, não apenas para exercer suas funções de atenção aos usuários como também enquanto pesquisador de uma realidade à qual tem acesso privilegiado, além do que o desenvolvimento da pesquisa “em serviço” poderia trazer novos conhecimentos e apropriação da cultura e da história dessa realidade por esses agentes, o que faria substantiva diferença em sua ação e interação com essa população. Nessa perspectiva mais uma vez, a Universidade tem importante papel social, não somente contribuindo com a capacitação básica, a capacitação continuada e para a pesquisa “em serviço” desses agentes. Ao inserir alunos e professores na formação “em serviço” pode colaborar para a construção de uma nova história desde que tenha conhecimento e clareza de suas possibilidades e limites, nesse contexto.

As Temáticas emergentes dos documentos analisados expõem avanços e lacunas teóricas e metodológicas do campo, as quais contribuem substantivamente para a estruturação do campo. É interessante observar que quando estávamos finalizando(???) este trabalho tivemos a oportunidade de fazer contato com a programação da III Conferência Nacional de Saúde Mental programada para ocorrer em dezembro de 2001. As temáticas propostas para debates são: a reorientação do Modelo Assistencial, Os Recursos Humanos, o Financiamento, o Controle Social e os Direitos, Acessibilidade e Cidadania, grande parte dos quais foram os mais presentes nas pesquisas e documentos analisados, em especial na década de 90. Isso evidencia quanto as pesquisas e trabalhos acadêmicos podem subsidiar a consolidação deste e outros campos, numa ação cidadã; por outro lado expõe a possibilidade de através dessa ação caracterizar-se como fundamental dispositivo de poder e transformação social, o que a coloca na mira dos poderes hegemônicos, e explicitamente exposta às lutas concorrenciais pela apropriação dos bens simbólicos, referidos no pensamento de Bourdieu.

Vale lembrar a questão do papel dos órgãos legisladores e das associações referidos anteriormente, os quais parecem exercer função mediadora e de elaboração de sínteses de idéias e princípios que orientam a evolução do campo, em diferentes momentos históricos.

Uma questão “de fundo” levantada na introdução deste estudo, vale ser retomada : *Qual o estatuto epistemológico do campo da Saúde Mental?* Isso equivale a questionar quais são os critérios orgânicos que as autoridades elaboraram para a organização da teoria do conhecimento na área, abrangendo lógica e crítica. Esses critérios, salvo melhor juízo, emergem dos documentos analisados, como um conjunto de características qualitativas sinalizadoras da pertença ao campo, que abrangem valores éticos, humanos e sociais, valores acadêmicos e intelectuais, e valores políticos e econômicos presentes na realidade social. Os defendidos nesse campo podem ser descritos em três grupos:

- os da prática: democratização do acesso e qualidade dos serviços públicos de atenção, respeitada a dignidade e integridade humana e de cidadania, tanto para com os usuários como para os agentes e população em geral
- os da teoria e da articulação da idéias: interdisciplinaridade e integração de diferentes áreas de conhecimento, e a sistematização e divulgação de saberes, gerando novos e preferencialmente interdisciplinares conhecimentos
- os das políticas : elaboração e implementação de Políticas Públicas mais justas e menos diferenciadoras, que possam sustentar ações concernentes com os valores acima referidos.

E finalizamos reescrevendo o conceito de Saúde Mental referendado na I Conferência Nacional, conclamando à sociedade brasileira o desafio de reeditá-lo incorporando novos fatos históricos:

“Saúde Mental é o bem estar psíquico e social que não pode prescindir do físico, que harmoniza o homem com seu meio ambiente físico e social. Não significa apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas assegura condições favoráveis à reatividade e elaboração de diferentes eventos, positivos ou negativos da vida do ser humano” (I Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasil, 1987).

The aim of this study is the construction of Mental Health field in Brazil. We tried to know, by means of description and analysis, the process of development of that field in Brazil and the way knowledge production, thinking and movement within it are articulated. Data for analysis came from 43 Doctoral Thesis, 112 Master Thesis, 137 Journal Papers, 34 Official Reports, 41 Reports from Associations and Annals of Meetings, that dealt with Mental Health issues, from 1977 to 2000. Theoretical basis for this study were found in Pierre Bourdieu's Field Theory and the methodology of Michel Foucault's Knowledge Archaeology. Health-Mental Illness concept is discussed. The main focus of documental analysis was the theme and its conceptualization according to the sort of document and the movement within the field. The research points to "concurrence fights" and periods of development in research and practice, revealing that the field is in open construction, fusing multiple theories and the search for new models of Mental Health action, attention and assistance.

Keywords: 1. Mental Health; 2. Scientific production in Mental Health; 3. Health-Mental Illness concept; 4. Field construction

VIII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABGNANO, N – *Dicionário de Filosofia* – 2º Ed, Mestre Jou, São Paulo, 1982.
- ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas, *Apresentação de Dissertações e Teses* – Procedimentos São Paulo – Outubro – 1984.
- ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro, 1982: 100 – 117.
- ABRASCO – *Reforma Psiquiátrica: a questão das novas tecnologias de cuidados* – Relatório Final – in II Conferência Nacional de Saúde Mental – Brasília - 1992
- ADIB, J. A. D - *Saúde Mental: Esvaziamento de uma Trama Conceitual*. Revista Psicologia em Estudo – v. 2 nº 1, pág. 41 a 70, 1997.
- ACKERKNECHT, E. H. – *A Short History of Psychiatry* – New York and London – Hafner Publishing Co – 1959.
- ALARCON, G. R. - *Hacia una identidad de la Psiquiatria Latinoamericana*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 82 (2) : 109 – 121, 1976.
- ALEXANDER, F e SELESNIK, S. – *História da Psiquiatria: Uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente* – IBRASA; São Paulo, 1980.
- ALMEIDA FILHO, N. - *Da Crítica à Proposta da Psiquiatria Preventiva*. Informação Psiquiátrica, 4 (4) : 71 – 76, 1983.
- ALMEIDA FILHO, N. - *Cultura e Psicopatologia: Revisão da Literatura Epidemiológica Latino-Americana*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria 34 (6): 357 – 364, 1985.

- ALMEIDA FILHO, N. – *Epidemiologia sem números* – Ed Campus, Rio de Janeiro, 1989.
- ALVES, S. R. P. - *Do Outro Lado do Mundo: Estudo Sobre a Representação da Doença Mental em uma População Favelada do Rio de Janeiro*. R.J. 1982 (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psiquiatria, UFRJ).
- AMARAL, V. L. R. e YOSHIDA, G. - *A Psicologia como Profissão da Área da Saúde: A Prática, a Supervisão e a Pesquisa*. Campinas, Estudos de Psicologia, PUC Campinas – v. 10 (3) p. 1 – 187, Maio/Agosto, 1993.
- AMARANTE, P. – *Psiquiatria Social e Colônias de Alienados no Brasil*, (1820 – 1920). Dissertação de Mestrado – IMS – UERJ, Rio de Janeiro, 1982.
- AMARANTE, P. – *A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*, Rio de Janeiro – 1996.
- AMARANTE, P. - *Bibliografia Comentada em Saúde Mental* (2001) – Relatório Anual de Pesquisa CNPq – ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública – Rio de Janeiro – 2001.
- AMARANTE, P., – *Asilos, Alienados e Alienistas: Pesquisa histórica da psiquiatria no Brasil*, in AMARANTE, P. (ORG) *Psiquiatria Social e Reforma Sanitária* – Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 1994.
- ANDRADE, , M. T. D. de *Pesquisa científica em Saúde Pública: produtividade da comunidade acadêmica brasileira 1983-1989*. São Paulo, 1992 [Tese de Doutorado] .
- ARAÚJO, T.C.C.F de *Notícia sobre a Conferência Internacional- Reconstituindo a Psicologia da Saúde ;Psicologia: Teoria e Pesquisa* , vol 15, n.1, jan-abril/1999,,p.75; Brasília

- ARCARO, N. J. e NEJIAS N. P., - *A Evolução da Assistência em Saúde Mental*.
Revista Psicologia, Teoria e Pesquisa – UNB – vol. 3 p.p. 217 a 329,
Set/Dez., 1990.
- AROUCA, A.S.S., - *O Dilema Preventivista: Contribuição para a Compreensão e
Crítica da Medicina Preventiva*, Campinas, 1975. (Tese de Doutorado,
Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP).
- ARRUDA, S.L.S – *Vivências Clínicas de um grupo de mães cujos filhos estão em
ludoterapia* – Tese de Doutorado em Saúde Mental – F.C.M. – UNICAMP,
1991.
- BACHELARD, G. - *O novo espírito científico*. Ed. Tempo Brasileiro - Rio de
Janeiro - 1968.
- BACHELARD, G. - *A Atualidade das Ciências Sociais*. Revista Tempo
BRASILEIRO – nº 28, Jan/Mar, 1972, Rio de Janeiro.
- BADGLEY, R.F. ; BRAVO G. ; GAMBOA, C; GARCIA J.C., - *Bibliografia
Latinoamericana sobre Ciências Sociales Aplicadas a Salud*. 1950 – 1079.
Washington, OPS, 1980.
- BANCHS, M. A . - *Las Representaciones Sociales : Sugerencias sobre uma
Alternativa Teórica y un rol Possible para los Psicologos Sociales en
Latinoamerica*. In : Dominguez, B. J. (coord.) : *Aportes críticos a la psicologia
en Latinoamerica*. Guadalajara: Editorial Universid Guadalajara, 1990.
- BARDIN, L. - *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977, p. 27 – 43.
- BARROS, A.J.P. e LEHFELD, N.A.S. - *Projeto de Pesquisa: propostas
metodológicas*. 2ª Edição - Vozes - Petrópolis - 1990.
- BASTIDE, R. - *Sociologia das Doenças Mentais*. Trad. Ramiro Fonseca Lisboa,
Europa América, 1965.

- BASÁGLIA, F. - A psiquiatria alternativa contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática, Ed. Brasil Debates, São Paulo, 1979.
- BASÁGLIA e Outros. - *Razon e Loucura Y Sociedad*, 3 ° Ed. Siglo Veintiuno, México, 1980.
- BASÁGLIA, f. (Org) - *A Instituição Negada: Relato de um hospital psiquiátrico* – Ed. Graal – Rio de Janeiro – 1994.
- BIRMAN, J. - *Enfermidade e Loucura; Sobre a Medicina as Inter-Relações*, Rio de Janeiro, Ed. Campus Ltda., 1980.
- BOTEGA, N. e DALGALARRONDO, P. – *Psiquiatria no Hospital Geral*, São Paulo, Hucitec, 1989.
- BOUDON, R.; BORRICAUD F. - *Dicionário Crítico de Sociologia*, São Paulo, Ática, 1993.
- BOURDIEU, P. - *A Economia das Trocas Simbólicas*. 2ª Edição, São Paulo: Perspectiva, 1987, p. 99 – 181, O mercado de bens simbólicos, p. VII – LXI, Introdução.
- BOURDIEU, P. - *Coisas Ditas*. São Paulo: Brasiliense, 1990, p. 77 – 95: Da regra às estratégias.
- BOURDIEU, P. - *O Campo Científico in Ortiz R (org.) Pierre Bourdieu: Sociologia*. São Paulo. Ática. 1983b pág. 122 - 155.
- BOURDIEU, P. - *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro, Marcozero, 1983, p. 89 – 94: Algumas propriedades dos campos.
- BRAGA F. C. (org.) - *Psicologia e Saúde; Repensando Práticas*. Ed. Hucitec, São Paulo, 1992.
- BRAGA, J.C.S. e PAULA S.G. - *Saúde e Previdência: Estudos de Política Social*. São Paulo: CEBES / Hucitec, 1981.

- BRAVO, L. - *Aspectos Sociales de La Violencia*. Revista Colombiana de Psiquiatria. 10 (1): 25 – 36, 1981.
- BRIQUET DE LEMOS, A A, - *Infraestrutura da Literatura Biomédica: Considerações acerca de um Núcleo de Revistas Brasileiras do Setor de Saúde*. Educacion Médica y Salud, 15 (4): 406 – 423, 1981.
- BRUYNE, P. - *Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais: os polos da prática metodológica*. 2ª Ed. Rio de Janeiro - Ed. Francisco Alves - 1982.
- CABRAL, A. e OLIVEIRA F.P. - *Uma Breve História da Psicologia*, Rio de Janeiro, Zahar, 1972.
- CABRAL, A. e NICK, E. – *Dicionário Técnico de Psicologia* – Ed. Cultrix, São Paulo, 1989.
- CAMPOS, F.C.B. – *O Modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as Modelagens de São Paulo*, Campinas e Santos, Tese de doutorado – Pós – Graduação em Saúde Coletiva. UNICAMP, 2000.
- CAMPOS, F.C.B. e SPINK, M.J. (Org.) – *Psicologia e Saúde: Representando práticas – Série Saúde Loucura – Vol. 6.*, São Paulo – Hucitec, 1992.
- CAMPOS, G.W.S., MERHY E.E. e NUNES E.D. - *Planejamento Sem Normas*. São Paulo, Hucitec, 1989.
- CAPLAN, G. – *Princípios de la psiquiatria preventiva*, Buenos Aires – Ed Paidos, 1967.
- CANGUILHEM, G. O - *Normal e o Patológico*. São Paulo, Forense Universitária, 1978.
- CARVALHO, A.M.A. – *Onde estão e o que fazem nossos mestres e doutores? Uma reflexão sobre os critérios de avaliação da Pós-Graduação – Psicologia Ciência e Profissão*; ano 19 n.2, p. 54-63 - Brasília, 1999

- CARVALHO, S. R. O - *Trabalho do Psicólogo em Centros de Saúde: Algumas Reflexões sobre as Funções da Psicologia na Atenção Primária à Saúde*. (tese – doutorado), Depto. de Psicologia da Aprendizagem, Desenvolvimento e Personalidade – Instituto de Psicologia – USP.
- CASSORLA, R. M. S. O - *que é Suicídio*. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1984, 102 p.
- CASTRO, C.M. - *A Prática da Pesquisa*. São Paulo, Mac Graw, Hill do Brasil, 1977.
- CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) - *A Assistência Psiquiátrica no Brasil; Setores Público e Privado – Saúde em Debate*. 10: 45 – 55, 1980.
- CENTRO DE DOCUMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. - *Orientações para o funcionamento e supervisão dos serviços de Saúde Mental*. Brasília, M.S. 1990.
- CERQUEIRAL, L. – *Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental*, Livraria Ateneu, Rio de Janeiro, 1983.
- I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – Documentos Oficiais – Mimeo, Rio de Janeiro, 1987.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 6ª Região. - *Estudo sobre a Inserção dos Psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde*. Cadernos do CRP – 06, Outubro 1991, São Paulo.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 6º Região – *Trancar não é Tratar: Liberdade o Melhor Remédio* – São Paulo, 1997.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 6º Região – Cadernos CRP – *Especial de Entrevistas com Rotelli, F; Capristano, D; Freire, J; Dejours, C; Rosenberg, F.*, São Paulo, Out. 1991.

- CONTINI, M. de L.J. – *Discutindo o Conceito de Promoção de Saúde no Trabalho do Psicólogo que atua na Educação – Psicologia Ciência e Profissão*, p 20(2), 46 – 59, Brasília, 2000.
- COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Proposta de Trabalho para equipes multiprofissionais em Unidades Básicas e Ambulatórios de Saúde Mental*. Arquivos, vol. XLIII (número especial), São Paulo, 1983.
- COSTA, J. F. - *História da Psiquiatria no Brasil – Um corte ideológico*. 3ª Ed. Revisado, Rio de Janeiro, Campus 1980.
- COSTA, J.F. et al. - *Clínica do Social: Ensaio*. São Paulo Escuta, 1991.
- COSTA, J.F. et al. - *Saúde Mental e Cidadania*. São Paulo, Ed. Manhacaru, 1987.
- DALGALARRONDO, P. – *Civilização e Loucura*, São Paulo, Lemos, 1996.
- DIAS, T. M. - *Sob o Signo da Exclusão: História da Psiquiatria no Estado de São Paulo* (dissertação – mestrado), F.C.M. USP – São Paulo, 1985.
- DELGADO, P. G. – Lei 10.216 de 16.04.2001, Congresso Nacional, Brasília.
- DELGADO, P.G. – *Os Trabalhadores em Saúde e a Política Nacional de Saúde Mental*, in: *Psiquiatria e Saúde Mentais*, Anais, XV Congresso de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, Campinas, 1981.
- DUFRANCATEL, C. - *La Sociologie de Maladies Mentale : Tendences Actuelles de la Recherche e Bibliographie*. 1950 – 1967. *Sociologie Contemporaine*, 16 (2) : 1 – 198, 1968.
- ELKAIM,M; GUATTARI, F; CASTEL, R. e JERVIS, G. - *Por uma alternativa de setor*. Texto introdutório à rede de alternativas a Psiquiatria, Bruxelas, Mimeo, 1975.

- FERRARA, L. D'ALESSIO – *Apresentação à Edição Brasileira* – in: Ecco, V, Como se faz tese, Ed. Perspectiva, São Paulo, 1977.
- FORATTINI, O.P. – *A Triade da Publicação Científica* – Revista de Saúde Pública, São Paulo, 30 (1): 3 – 12, Fev. 1996.
- FOUCAULT, M. - *Las palabras y las cosas*. 2ª Ed. México, Siglo XXI - 1969.
- FOUCAULT, M. - *A ordem do discurso*. Trad. Laura Froga de A. Sampaio. Loyola - 1996 - São Paulo.
- FOUCAULT, M. - *Doença Mental e Psicologia*. Trad. Lilian R. Shalders, Rio de Janeiro, Ed. Tempo Brasileiro 1975. (Coleção Biblioteca Tempo Universitário).
- FOUCAULT, M. - *A Arqueologia do Saber*. Trad. Luiz Felipe B. Neves, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987, p. 239, 4º Ed. (Coleção Campo Teórico).
- FOUCAULT, M. - *O Nascimento da Clínica*. Forense Universitária, 1977, Rio de Janeiro.
- FOUCAULT, M. - *História da Loucura na idade clássica*. São Paulo, Ed. Perspectiva, 1978.
- FOULQUIÉ, P. e DELEDALLE, G. – *A Psicologia Contemporânea*, Companhia Editora Nacional, São Paulo, 1977.
- FREUD, S. – *O Futuro de uma Ilusão, o Mal estar da Civilização*, in: Obras Completas vol. XXI – Rio de Janeiro – Ed. Ima, 1974.
- GALLENDÉ, E. - *Lacrisis del Modelo en Psiquiatria*. Criadernos Médico-Sociales, Rosario, 23: 53 – 62, 1983.

- GARCIA, M.M. A. - *O Campo das Produções Simbólicas e o Campo Científico em Bourdieu*. Cadernos de Pesquisa: USP São Paulo, v. 97, p. 64 – 72, Maio/1996.
- GIORDANO JR. L. - *A Persistência da Higiene e a Doença Mental; Contribuição à História das Políticas de Saúde Mental no Estado de São Paulo*. São Paulo, 1989, (dissertação – mestrado), F.C.M., USP.
- GOFFMAN, E. – *Manicômios, Prisões e Conventos*, Ed. Perspectiva S.A., São Paulo, 1978.
- GONZÁLEZ, F. - *Problemas epistemológicos de la Psicología*. Ed. Colégio de Humanidades – Universidade Autônoma de México. DF: México.
- GONZÁLEZ, F. - *Psicologia Saúde: Desafios atuais in Psicología e Crítica*. Porto Alegre, 1997, v. 10 n.2 p. 275-288.
- GUARESCHI, P. e JOVECHELOVITH, S. (orgs.). - *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis, Vozes, 1994.
- GUIMARÃES, L.A.M. e GRUBIIS, S. (ORG) – *Saúde Mental e Trabalho*, vol. 1, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1999.
- GUIMARÃES, L. A. – *A Questão da Psicoterapia como Coadjuvante no Tratamento da Esquizofrenia* – in; *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* vol. 38, nº 4, jun/ago/1989, UFRJ – Rio de Janeiro, 1989.
- HARROD'S, - *Librarian's Glossary of Terms Used in Librarianship Documentation and Book Crafts* – 5º Ed. Aldershot, Gover, 1984.
- HOLANDA, A. B. de Ferreira – *Dicionário da Língua Portuguesa*, 5º edição, revisada, Ed. Nova Fronteira, 1982.
- HOUAISS, A. e VILLAR, M de S *Dicionário da Língua portuguesa* – Rio de Janeiro: Objetiva Ed. - 2001

http://www.bireme.br/abd/lista_geral.htm *Produção científica e Títulos de periódicos indexados na LILACS Brasília*, 2001

http://www.ct.ibict.br:81/site/owa/si_resultado *Teses Brasileiras*; Brasília , 2001

<http://www.unicamp.br/prg> *Teses e dissertações – Pós-Graduação*

Campinas, 2001

IBICT – *Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia*, *Teses Brasileiras* – <http://www.ibict.br/teses/index>, 2001.

JAPIASSU, H. - *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. Rio de Janeiro, Imago, 1976.

JANTSCH, A.P. e BIANCHETTI ,L. org. *Intedisciplinaridade: para além da Filosofia do sujeito* : Ed Vozes, Petrópolis, 1995

JASPERS, K. - *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin-Gottingen, Heidelberg Springer, 1959.

JERVIS, G. – *El Bueno Reeducador*, Barcelona, Ed. Grijalbo, 1979.

JERVIS, G. – *L'esperienza di Reggio Emilia*, Tratto da Réseau – Alternative à la Psuchiatrye Colletif Intern, Uge d'editions, Paris, 1977.

JONES, M. – *La Psiquiatria Social em la Prática: la Idea de la comunidad, terapêutica*, Ed. Americale, Buenos Aires, Argentina, 1970.

KIEW, A. – *Folk Psichiatry in Haiti*. *J. Nerv. Menthal Disease*, 132 : 260 – 5, 1965.

LACAZ, F. A.C. - *Saúde do Trabalhador: Um Estudo sobre as Formações Discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical*. Campinas, 1996. (Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP).

LAKATDS, E.M. e MARCONI, M.A. – *Fundamentos da Metodologia Científica* – Ed. Atlas, São Paulo, 1985.

- LAURELL, A . C. - *El estudio social del processo salud enfermedad en América Latina*. Cadernos Médico-Sociales, 17: 3 – 18, 1986.
- LEITE, T.M. – *Mapeamento de Pesquisa em Psicologia e Áreas em Descoberto – Psicologia Clínica* Caderno da ANPEPP – Ass. Nac. de Pós Graduação em Psicologia, nº 2, São Paulo, 1993.
- LEMOS M. M., - *Dez Princípios de Saúde Mental*, in *Publicações nº1*, São Paulo: Coordenadoria de Saúde Mental de São Paulo, 1973.
- LEVAN, I. e UZCATEGUI, G.R. – *Progressos realizados en la implementacion de la reestructuracion de la atencion Psiquiátrica en América Latina*, in *Anais do 1º Grupo de Trabajo de los Directores de Salud Mental de los Ministérios de Salud de América Latina – OPAS, OMS, Panamá*, 1996.
- LÉON, C. – *Perspectives on Mental Health Care For Latin America – Journal Mental Health*, vol. II nº 4: 84 – 97 – 1983.
- LILACS – *Literatura Latina Americana em Ciência da Saúde – BIREME – (Sistema Latino Americano e do Caribe)*, [http://www. birene.lilacs.Br](http://www.birene.lilacs.Br), Brasília, 2001.
- LIMA, M.V. de O. – *Terapia cognitiva da depressão*, in *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 39, supl. 1, jun/1990, UFRJ – Rio de Janeiro, 1990
- LUZ, M. – *As Instituições Médicas no Brasil*, Graal, Rio de Janeiro, 1986.
- MACEDO, M. R. C., – *Políticas de Saúde Mental*. Depto. de Saúde Mental Coletiva e Nutrição / UFRGN, 1985, 45 p.
- MANN, P.H. – *Métodos de Investigação Sociológica*, (2º ed.) Ed. Zahar, Rio de janeiro, 1973.
- MARÇAL RIBEIRO, P. R. – *Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação – E.P. U. – Ed. Pedagógica Universitária – São Paulo*, 1996.

- MARÇAL RIBEIRO, P. R. – *Educação Sexual além da informação* – E.P.U. – São Paulo, 1990.
- MARSIGLIA, R. G. et al. - *Saúde Mental e Cidadania*. Coleção Saúde em Debate. Ed. Hucitec, São Paulo, 1995.
- MARTINI, C. – *Uma ideologia mexicana: La socializacion institucional in manicômios y prisiones* – Coord. Sylvia Marcos, Red. Ediciones, Mexico, 1983.
- MATOS, M.A. – *A Pesquisa em Psicologia no Brasil na década de 80: características, instrumentos e distribuição institucional*, Cadernos da ANPEPP – Associação Nacional de Pós – Graduação em Psicologia nº1 – São Bernardo do Campo, 1992.
- MATTOS, C. Lopes – *Vocabulário Filosófico*, Ed. Leia, São Paulo, 1957.
- MELO, A. L. Nobre. - *Psiquiatria, vol. 1, Ed. Civilização Brasileira*. FENAME, 1979. Rio de Janeiro.
- MELLO, C.G. – *Saúde e Assistência Médica no Brasil*, CEBES, Hucitec, São Paulo, 1977.
- MELLO, C.G. – *O Sistema de Saúde em Crise*, CEBES, Hucitec, São Paulo, 1981.
- MELLO e SOUZA, L. – *A Feitiçaria na Europa Moderna*, Ed. Atica, São Paulo, 1987.
- MINAYO, M. CECÍLIA, - *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 4º ed. Hucitec ABRASCO, São Paulo, Rio de Janeiro, 1996.
- MOURA, E.C. e GARCIA M. A. A. - *Organização dos Serviços de Saúde no Brasil: Seu Desenvolvimento sob o Ângulo das Políticas Públicas Setoriais*. Revista de Ciências Médicas – PUC Campinas, 3 (2) : 37-42, Maio/Agosto de 1994.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE, - *A Saúde Mental no Brasil*, Revista do Ministério da Saúde, vol. 1, nº 3, 1993.
- NUNES, E.D. - *Pequeno Guia Vocabulário para a utilização da história arqueológica como instrumento de Pesquisa Qualitativa*. Artigo no prelo - 1999.
- NUNES, E. D. - *A Questão da Interdisciplinaridade no Estudo da Saúde Coletiva e o Papel das Ciências Sociais*. In: Canesqui, A. M. (org.) *Desafios e Dilemas das ciências Sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo, Hucitec, 1995, pg. 95 – 113.
- NUNES, E.D. - *Tendências e Perspectivas da Investigação em Ciências Sociais e Saúde na América Latina: uma visão geral*. In. NUNES, E.D. (org), *Ciências Sociais e Saúde na América Latina: Tendências e Perspectivas* – Brasília, OPAS, 1985. p. 31 – 79.
- NUNES, E.D. - *As Ciências Sociais em Saúde e Reflexões sobre as Origens e a Construção de um Campo de Conhecimento*. *Saúde e Sociedade* 1 (1): p. 59 a 84, 1992.
- NUNES, E.D. – *A Doença como processo social*, in: Canesqui, A. M. (org), *Ciências Sociais e Saúde para Ensino Médico*, São Paulo: FAPESP – HUCITEC, p. 217 a 229, 2000.
- NUNES, E.D. - *As Contribuições da Sociologia para o Estudo das Doenças Mentais*. *Jornal Bras. Psiqu.* 41 (8): p.399 – 406, 1992.
- NUNES, E.D. – *A Questão da interdisciplinaridade no estudo da Saúde Coletiva e o papel das Ciências Sociais* in CANESQUI A.M. *Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva* , Ed Hucitec-Abrasco , São Paulo- Rio de Janeiro , 1995

- NUNES, E.D. - *Saúde Coletiva: História de uma Idéia e de um Conceito*. Saúde e Sociedade 3 (2): p.5 – 21, 1996.
- NUNES, E.D. - *Bibliografia Latino-Americana de Ciências Sociais Aplicadas à Saúde*. 1980 a 1985, Brasília, OPS, 1987.
- NUNES, E.D. - *Medicina Social : Aspectos Históricos e Teóricos*. São Paulo, Global Ed., 1983
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS) e ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, *Declaração de Carracas*, 1990.
- OPAS – *Organização Panamericana da Saúde*, Dimensiones Sociales de la Salud Mental, Publicacion Científicanº 446 – Oficina de Publicaciones Biomédicas y de Salud, OPSA – OMS, Mexico, 1983.
- OPAS – *Organização Panamericana da Saúde*, Recomendaciones del 1º Grupo de Trabajo de los Directores de Salud Mental de los Ministérios de Salud e Reunión de Evolucion de la Reestructuracion Psiquiátrica en America Latina, Panamá, jun 1996.
- ORLANDI, E.P. - *A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso*. Campinas - Ed. Pontes - 1987.
- ORTIZ, R. - *A Consciência fragmentada*. Rio de Janeiro - Paz e Terra, 1980.
- PÊCHEUX, M. - *Analyse Automatique du Discours*. Paris, Ed. Dunot, 1969.
- PEREIRA, L. M. F. - *Reformas da Ilusão*. A Terapêutica Psiquiátrica em São Paulo na primeira metade do Século XX – Campinas, 1995 (tese – doutorado), F.C.M. UNICAMP.
- PITTA, Ana. M. – *Sobre uma Política de Saúde Mental*, Dissertação de Mestrado, USP, São Paulo, 1984.

- PITTA, Ana. M. – Limites e Possibilidades de Saúde mental em Saúde Pública, Mineo, 1984.
- PORTOCARRERO, V.M. *O dispositivo da saúde mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira*; Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990 [Tese de Doutorado]
- PONDÉ, M.P. e CAROSO, C. – *Existirá uma Intencionalidade nos diferentes discursos sobre prevenção e planificação em saúde mental?*, Artigo da Internet – <http://www.unifesp.br/dpsiq/polb/arquivo/artigo0900.htm>.
- PREVIDÊNCIA SOCIAL, - *Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social*, Brasília, 1983.
- PUC-CAMPINAS, *Teses e Dissertações defendidas no Pós-Graduação em Psicologia* – Listagem de circulação interna , mimeo- Campinas, 2001
- RADIS, - *Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde*, FIOCRUZ, Nº 22, set. 2001.
- RAMOS, V.S. – *Sobre a teoria do aparelho psíquico*: Subsídios para análise e crítica da questão da prevenção, Dissertação de Mestrado, São Paulo, Faculdade de medicina, USP, 1979.
- RABINOW, P. e DREYFUSS, H. - *Michel Foucault: uma trajetória filosófica*. Tradução Vera Portocarrero, Forense Universitária - Rio de Janeiro, 1995.
- REY, F. G. *Personalidad, Salud y Modo de Vida*, México: UNAM, 1993
- RESENDE, H. – *Política de Saúde mental no Brasil: uma visão histórica* in turdis S.A.; COSTA, N.R. et al *Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil*, Vozes, Petrópolis, 1987.
- SANTOS, Boaventura. - *Introdução à Ciência Pós-Moderna*. Graal, 1989, Rio de Janeiro.

- SARACENO B., ASIOLI B. e TOGNONI G. - *Manual de Saúde Mental*. Ed. Hucitec (2ª Ed.), trad. Williais Valentini, São Paulo, 1997.
- SEVERINO, A. J. *Metodologia do Trabalho científico*, 18 ed. São Paulo, Cortez Ed. 1992.
- SHNEIDER, K. - *Problemas de Psicopatologia y de Psiquiatria*. Madrid, Ed. Morata, 1947.
- SILVA, R.C. da. - *O Trabalho do Psicólogo em Centros de Saúde: Algumas Reflexões sobre as Funções da Psicologia*. (doutorado). Depto. de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade. Inst. de Psicologia – USP – São Paulo, 1988.
- SINGER, P; CAMPOS O. e OLIVEIRA, E.M. - *Prevenir e Curar: O Controle Social Através dos Serviços da Saúde*. 2ª Ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.
- SONENREICH, C., - *Terapia Biológica e Psicológica das Depressões*, in *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 39, supl. 1, jul, 1990, UFRJ – Rio de Janeiro, 1990.
- SONTAG, S., - *A doença como Metáfora*. Rio de Janeiro - Ed. Graal - 1984.
- SOPHIA, D., - *Cuidar sim, excluir não*. In *Revista Tema – Radis*. FIOCRUZ, n. 22, Rio de Janeiro, set. /2001.
- SPINK, M. J., (org.) - *O Conhecimento no Cotidiano: Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social*. Ed. Brasiliense, São Paulo, 1993.
- STROILI, M.H.M., - *Conceitos de Saúde e Doença: Ensaio de uma Leitura da Dimensão Social da Saúde Mental*. Texto elaborado em cumprimento aos critérios da disciplina "História e Paradigmas do Conhecimento em Saúde" – Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UNICAMP – Campinas, Agosto/1998.

- STROILI, M.H.M., - *Foucault: Uma Leitura do Conceito de Doença e suas Dimensões Psicológicas*. Texto elaborado em cumprimento aos critérios da disciplina "Saúde Mental" – Pós-Graduação em Saúde Mental – UNICAMP – Campinas, Dezembro/1997.
- STROILI, M.H.M. e FRANCO E.M. - *Bourdieu: Premissas Epistemológicas e Metodologia de seus Estudos*. Texto elaborado em cumprimento aos critérios da disciplina "Metodologia da Investigação", Pós-Graduação em Saúde Mental – UNICAMP – Campinas, Maio/1997.
- STROILI, M. H. M. e GONÇALVES, C.L.C. *Interdisciplinaridade e formação continuada do educador: contribuições da Psicologia* in Cadernos CEDES: Papirus, n.36, Campinas, 1995
- SCHWARTZMAN, S. e CASTRO, de M. , (org), - *Pesquisa Universitária em Questão*, Campinas, Ed. UNICAMP, 1986.
- TESTA, M. e COLI, - *Formulacion de Políticas de Salud em al Processo de Planificacion em Salud*, in: LUZ, M, *As Instituições médicas no Brasil*, BRAAL, Rio de Janeiro, 1979.
- TEIXEIRA, S.M.F. - *As ciências sociais em Saúde no Brasil*. OPAS, 1985 (85-110).
- THIOLLENT, M. - *Crítica Metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo - Ed. Polis, 1982 (3ª Ed.)
- TUDIS, S. A e COSTA, N. (org), - *Cidadania e Loucura: Políticas da Saúde mental no Brasil*, Coleção Saúde e Realidade Brasileira, Petrópolis, Vozes, 1990.
- ULLOA, F. - *Grupo de Reflexion y ambito institucional en programas de promocion y prevencion de la salud*, in Roche, p.op., 1984.
- VASCONCELOS, E.M. – *O que é Psicologia Comunitária*, Coleção Primeiros Passos, Nº 161, ed. Brasiliense, 3ª edição – São Paulo, 1987.

- VASCONCELOS, E.M.- *Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em Saúde Mental*, Cadernos do IPUB, n. 7: Rio de Janeiro,UFRJ 1997
- VIEIRA, M.C.T; VICENTIN, M.C.G. e FERNANDE S.M.I.A. (org), - *Tecendo da Rede: Trajetórias da Saúde Mental em São Paulo*, Ed. Cabral Universitária, São Paulo, 1999.
- WEBER, M. - *A objetividade do conhecimento nas ciências e na política social*. Lisboa - Ed. Lisboa Ltda. - 1974.
- WITTER, G. P, Oliveira, S.M.; Población, D. A.; Vergueiro, W.; *Dissertações/Teses produzidas nos cursos de pós-graduação em biblioteconomia e ciência da informação no Brasil (1970-1992)* - Campinas, Pós-Graduação em Biblioteconomia – PUCCampinas- [Projeto de Pesquisa]
- WOLPE, J. – *Prática da Terapia Comportamental*, Ed. Brasiliense, São Paulo, 1981.
- ZALVAR, A. (org.) - *Desvendando Máscaras Sociais* Rio de Janeiro, Ed. Francisco Alves - 1975.

ANEXOS

ÍNDICE

- **CTD** – Categorias de Classificação e Análise das Teses e Dissertações em Saúde Mental
- **CROA** – Categorias de Classificação e Análise dos Relatórios, Anais de Eventos e Artigos de Revistas Nacionais em Saúde Mental
- **CTD e CROA** – Definição das Categorias utilizadas na Análise dos Documentos

CTD - CATEGORIAS PARA CLASSIFICAÇÃO E ANÁLISE DAS TESES, DISSERTAÇÕES EM SAÚDE MENTAL

a) CATEGORIAS DE CLASSIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS

1. TD - TIPO DE DOCUMENTO

T– Teses
D- Dissertações
OP – Outras Publicações

2. MP - MEIO DE PUBLICAÇÃO

REV – Revista não indexada
REI – Revista indexada
AC – Academia (Monografias, Teses, e Dissertações)
AE – Anais de Eventos
BA – *Boletins Oficiais de Associações*
DOF- Publicação Oficial

3. IS - INSTITUIÇÃO / UNIVERSIDADE

4. AD - ÁREA/ DEPARTAMENTO

5. LCD - LOCAL/ CIDADE/ ESTADO

b) CATEGORIAS DE ANÁLISE DAS TESES E DISSERTAÇÕES (CTD)

6. ND - NATUREZA DO DOCUMENTO

T – teórico /epistemológico
C - conceitual
Cr - crítico
An – analítico
Hs - histórico
Ec – estudo de caso
Ep -epidemiológico
Bi - bibliográfico
Et – etnográfico

7. TAA - TIPO DE ATIVIDADE ABORDADA

Se – serviços em saúde mental
Ads-administração dos serviços
Adp – administração de Recursos Humanos
Adf – administração de recursos financeiros

le- infraestrutura
Cs- construção do conhecimento /campo
Cd –cuidados em saúde mental
Da- diagnóstico
En- ensino
Da- diagnóstico
Os- outras

8. TA - *TEMÁTICA ABORDADA*:

RS – Representações Sociais
PM – Patologias Mentais
EM – Estados Mentais
DA – Drogadição e Acoolismo
CDH - Cidadania e Direitos Humanos
ED – Discriminação Social
CT – Condições de Trabalho
AL- Alienação /isolamento social
CE - Ensino /Agentes em Saúde Mental
RSo- Reabilitação Social

RSM –Reforma/Desospitalização na Saúde Mental

P - Planejamento
G- Gestão
H-Retrospectiva Histórica
A-Avaliação
BTI-Bases Teóricas e Ideológicas
ALJ – Aspectos Legais e Jurídicos

MGP – Metodologia da Gestão Pública em Saúde Mental

MA-Modelo de atenção
AQ- Avaliação da Qualidade
PP- Políticas Públicas
NA - Níveis de Atenção em S.M.

CC – Conceituação ou Concepções

LO –Loucura
DM- Doença Mental
SM- Saúde Mental
IP – Instituição Psiquiátrica

FP – Formação dos Profissionais

C – Capacitação
GC- Gestão da Capacitação
MC- Modelos de Capacitação

SO – Saúde Ocupacional

RIP – Relações Interpessoais

- RT- Relações de Trabalho
- RP- Relações Profissional-Paciente
- RPF – Relações Paciente –Família
- RPRO- Relações Profissional-Família
- IMP- Imagem Profissional
- EI - Estudos Interdisciplinares

9. MET – *METODOLOGIA*

Q- qualitativa

- Ac- análise de conteúdo
- Ad-análise de documentos
- Adi-análise de discurso

QT – quantitativa

- Ee-estudos epidemiológicos
- Ep-estudos populacionais
- Ee-estudos ecológicos

10. TI - *TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO*

- Tcd – técnica de coleta de dados
- Tad – técnica de análise dos dados

11. BT - *BASES TEÓRICAS*

12. SJ - *SUJEITO*

- Pc- paciente/usuário
- Eq- equipe /agentes/prof.da saúde mental
- Fa- família
- Cl-cliente/população
- In – instituição
- Si-sistema

**CROA - CATEGORIAS PARA CLASSIFICAÇÃO E ANÁLISE DOS
RELATÓRIOS, ANAIS DE EVENTOS, ARTIGOS DE REVISTAS
NACIONAIS EM SAÚDE MENTAL**

a) CATEGORIAS DE CLASSIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS

1 - TD – TIPO DE DOCUMENTO

- RO- relatórios de Órgãos Públicos
- RA – relatórios de Associações
- RGT- relatórios de Grupos de Trabalho
- DRU- relatórios de usuários
- CEC – comunicações em eventos científicos
- AR- artigos de revistas nacionais
- A – autoria (ID- individual/ G-grupal)

2 - MP - MEIO DE PUBLICAÇÃO

- DOF- Publicação Oficial
- REV- Revista não Indexada
- REI- Revista Indexada
- AE- Anais de Eventos
- MI-Mimiógrafo
- BA- Boletins Oficiais de Associações
- Os – Outros

3- IS - INSTITUIÇÃO/VÍNCULO INSTITUCIONAL

- MSA - Ministério da Saúde
- SES- Secretaria Estadual
- ANA - Associação Nacional
- AES - Associação Estadual
- ARE - Associação Regional
- CB- CEBES
- GT–Grupos de Trabalho
- N-nacional/Es- Estadual/Rg-regional

4- LCD - LOCAL/ CIDADE/ESTADO

**b) CATEGORIAS DE ANÁLISE DOS RELATÓRIOS, ANAIS DE EVENTOS E
ARTIGOS DE REVISTAS NACIONAIS EM SAÚDE MENTAL(CROA)**

5- TD-TIPO DE DOCUMENTO:

- HS- histórico

No- normativo/legislador
Or- orientador
Re- reivindicatório
Dt- diretrizes técnicas
Dp- diretrizes políticas
An- analítico
Av- avaliação
CRT- crítico
Os- outros

6 - T.A-TEMÁTICA ABORDADA

Cdu- cuidados ao usuário
Cdf- cuidados à família
Se- serviços
Na-níveis de atenção (R- remediação/P –prevenção)
MA- modelos de atuação
Mat- modelos de atenção
Ms- movimentos sociais
CL- cultura
Cc – conceituação
FP- formação profissional
GP – gestão pública
BTI- bases teóricas/ideológicas
CDH – cidadania
Rso- reabilitação social
CT- condições de trabalho
SO- saúde ocupacional
Adf – administração de recursos financeiros
Adp- administração de recursos humanos
Ie – Infraestrutura (I- implantação/M- manutenção)
RP – relações profissionais
CR- crise
S- social
E- econômica
I - institucional
Id-ideológica
P- política

CTD E CRO - DEFINIÇÕES DAS CATEGORIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS EM SAÚDE MENTAL

(As categorias de classificação são comuns aos dois conjuntos de categorias)

1.TIPO DE DOCUMENTO - São os tipos de documentos classificados para análise nesta pesquisa

T- Tese – *“É o documento que representa o resultado de um trabalho experimental de tema específico e bem delimitado. Deve ser elaborado com base em investigação original, constituindo-se em real contribuição para a especialidade em questão. Visa a obtenção do título de doutor ou livre-docente”* (ABNT, 1984)

D- Dissertação – *“É o documento que representa o resultado de um trabalho experimental ou exposição de um estudo científico recapitulativo, de tema único e bem delimitado em sua extensão, com o objetivo de reunir, analisar e interpretar informações. Deve evidenciar o conhecimento de literatura existente sobre o assunto e a capacidade de sistematização do candidato. É feito sob orientação de um pesquisador, visando a obtenção do título de mestre”* (ABNT, 1984)

CEC - Comunicações em Eventos Científicos – *“Artigos ou trabalhos apresentados em eventos técnico- científicos (conferências, seminários, congressos, jornadas,etc...) divulgados ou não nos Anais* (HARROD,1984)

AR - Artigos publicados em revistas nacionais *“Contribuição escrita de uma ou várias pessoas, publicada em um periódico que se caracteriza como publicação editada em fascículos, com o mesmo título, em intervalos regulares ou não, durante período não definido* (HARROD,1984)

RO –Relatórios Oficiais – *Documentos elaborados por Órgãos Oficiais para divulgação de normas, orientações, legislação e/ou diretrizes políticas direcionadas a um campo ou área de atuação.*

RA –Relatórios de Associações – *Documentos que discutem o exercício de uma especialidade profissional, enfocando as relações intra e interprofissionais, os modelos de atuação, e a socialização de informações e pontos de vista mais coletivos , sob o ponto de vista: normativo , orientador e das diretrizes políticas*

RGT – Relatórios de Grupos de Trabalho – *Documentos elaborados por grupos de trabalho, instituídos em Congressos, ou grupos temáticos formados em torno de Associações ou Órgãos Públicos*

RU – Relatórios de Usuários – *documentos produzidos por Associações de paciente/famílias dos usuários do Sistema Público de Saúde*

OP – Outras Publicações – *Todas as publicações que não se enquadram nas categorias anteriores*

2. MP- MEIO DE PUBLICAÇÃO – Órgão ou veículo de publicação utilizado nos trabalhos aqui classificados e analisados

REV – Revista não indexada – Revista não catalogada nas Bases de Dados Oficiais da Produção Científica no Brasil

REI – Revista indexada – Revista catalogada nas Bases de Dados Oficiais da Produção Científica no Brasil

AC–Academia – Trabalhos desenvolvidos e publicados nas Universidades e Institutos de Pesquisa, conforme as convenções estabelecidas (Monografias, Teses, e Dissertações)

AE – Anais de Congresso Nacional- Coletânea de artigos e trabalhos científicos apresentados em um Congresso ou evento científico realizado no Brasil. “Registro publicado de encontros de sociedades e instituições, frequentemente acompanhado dos trabalhos na íntegra ou em forma de resumo” (HARROD,1984)

BA – Boletins Oficiais de Associações – Documentos oficiais utilizados para o registro e a divulgação de informações de interesse de uma especialidade profissional

DOF- Publicação Oficial – Órgão oficial de divulgação das informações, legislações, diretrizes políticas e administrativas e deliberações, publicado pelos Municípios, pelo Estado e pela Federação , com seus respectivos conteúdos de competência e abrangência específicas.

MI – Mimiógrafo – Documentos mimiografados em geral de uso interno de Órgãos Públicos e Associações ou utilizados com fins didáticos.

3. INSTITUIÇÃO/ UNIVERSIDADE/VÍNCULO INSTITUCIONAL - Instituição na qual foi desenvolvido o trabalho em questão, ou com a qual o autor tenha vínculo profissional

4. ÁREA/DEPARTAMENTO - Instância institucional à qual pertence o trabalho em questão , seja por afinidade temática ou vinculação a partir de critérios firmados pela comunidade científica

5.. LCD -LOCAL/CIDADE/ ESTADO - na qual encontra-se a instituição referida no item 4.

CTD E CROA- DEFINIÇÃO DAS CATEGORIAS UTILIZADAS NA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS

6. NATUREZA DO DOCUMENTO – Tipo de conteúdo abordado naquela publicação

T – teórico – “Descreve e analisa o arcabouço lógico que nos permite dar sentido sobre as nossas observações sobre o mundo real...são os modelos, os

constructos de uma área “ (Castro, 1977)

C - conceitual – *“Descreve e analisa a formação e evolução histórica de um conceito ou conjunto de conceitos” (Mann,1973)*

CRT- crítico - *“Apresenta análise e argumentos favoráveis ou contrários a uma opinião, a uma visão ou concepção teórica” (Lakatos, e Marconi, 1985)*

An – analítico- *“ Descreve, classifica e define o assunto em questão, tendo em vista a estrutura, a forma, o objeto e a natureza do tema” (Lakatos e Marconi, 1985)*

HS –histórico –*“Investiga acontecimentos, processos, e instituiçõesdo passado para verificar sua influência na sociedade de hoje. Deve remontar aos períodos de sua formação e de suas modificações” Lakatos e Marconi, 1985)*

EC – estudo de caso – *Estudo de uma situação, um caso ou de uma instituição específica.*

Ep – epidemiológico – *“Estuda a distribuição das doenças e de seus determinantes em populações “ (Almeida Filho, 1989)*

Bi – Bibliográfico – *“Revisão da bibliografia ou da literatura de uma área ou campo” (Castro, 1977)*

7. TIPO DE ATIVIDADE ABORDADA – *Conjunto ou classe de atividades em questão naquele trabalho*

Cd –cuidados em saúde mental

Se – serviços em saúde mental

Ads-administração dos serviços

Adp – administração de Recursos Humanos

Adf – administração de recursos financeiros

Ie- infraestrutura

Oas- outras atividades

8. TEMÁTICA ABORDADA: *“Conjunto dos temas que caracterizam uma obra literária ou artística” (HOUAIS, 2000) “Argumento ou objeto de pesquisa, de discurso ou estudo...” (ABAGNANO, 1982)*

OBS: Só foram elaboradas definições das principais categorias, pois as subcategorias referem-se a termos e temas correntes na comunidade científica da área. Uma definição pode constar em CTD ou em CROA, a fim de evitarem-se repetições.

RS – Representações Sociais – *“Sistemas estruturados de valores, idéias e práticas utilizados para organizar e analisar as informações e dar sentido e significado aos conceitos e experiências “ (SPINK, 1993)*

PM – Patologias Mentais

EM – Estados Mentais

DA – Drogadição e Acoolismo
CDH - Cidadania e Direitos Humanos
ED - Etnia e discriminação

RSM – Reforma Psiquiátrica e desospitalização – *Movimento de mudança ideológica, política e conceitual acerca da atenção à doença mental e sua integração ao sistema de Saúde Pública*

P- Planejamento
L- Legislação
G- Gestão
H-Retrospectiva Histórica
A-Avaliação
BTI-Bases Teóricas e Ideológicas
ALJ – Aspectos Legais e Jurídicos

MGP – Metodologia da Gestão Pública em Saúde Mental – *Modo ou maneira de administrar os Recursos Humanos e Financeiros, as Políticas Públicas na atenção à Saúde Mental*

MA-Modelo de atenção
AQ- Avaliação da Qualidade
PP- Políticas Públicas
NA - Níveis de Atenção em S.M.

CC – Conceituação e Concepções
LO –Loucura
DM- Doença Mental
SM- Saúde Mental
IP – Instituição Psiquiátrica

CP – Formação dos Profissionais – *Modelos e estratégias utilizadas na formação dos profissionais da área da Saúde Mental*

C – Capacitação
GC- Gestão da Capacitação
MC- Modelos de Capacitação
SO – Saúde Ocupacional

RPP – Relações Interpessoais – *Relações ou socio-interações significativas entre profissionais cuidadores, destes com os pacientes e seus familiares*

RT- Relações de Trabalho
RP- Relações Profissional-Paciente
RPF – Relações Paciente –Família
RPRO- Relações Profissional-Família
IMP- Imagem Profissional

6- (CROA) - TA – TEMÁTICA ABORDADA – Só serão definidas as temáticas diferentes daquelas que já o foram no item 7(CTD) cujos sentidos significados convergem.

Cdu- Cuidados ao usuário – *Atenção terapêutica/ logística ao paciente mental do sistema público de Saúde*

Cdf- Cuidados á família – *Atenção e orientações à família do paciente mental usuário.*

Se – Serviços – *Conjunto de procedimentos logísticos, técnicos e políticos usados nos dispositivos sociais de atenção pública.*

Na – Níveis de atenção – *Diferentes estratégias de intervenção técnica e político-pública sobre as instituições sociais e/ou populações conforme características e demandas localizadas.*

MA – Modelos de Atuação – *Tipos e naturezas específicas de atuação em diferentes áreas profissionais (medicina, psicologia, terapia ocupacional etc...) articuladas às estratégias e instrumentos de intervenção próprios.*

Mat – Modelos de Atenção – *Conjunto de estratégias e procedimentos técnicos, políticos e sociais adotados junto à uma instituição, população ou sujeito.*

Ms – Movimentos Sociais – *Movimentos de organização e articulação político-social de uma categoria profissional, ou de profissionais de uma área.*

CL – Cultura- *“O mesmo que civilização, às vezes indicando mais os elementos intelectuais, artísticos e morais desenvolvidos por uma população” (Mattos, 1957).*

BTI – Bases Teóricas e Ideológicas: *Conjunto de pensamentos e valores que servem de substrato a uma análise ou investigação, ou em busca da qual o estudo é elaborado.*

CDH – Cidadania – *Exercício de direitos e deveres de sujeitos, grupos, populações ou instituições fundadmentado na ética e no compromisso com a integridade do sujeito ou da população.*

CT – Condições de Trabalho - *Recursos materiais, humanos e sociais disponíveis ao exercício da atividade técnica, política ou social.*

SO – Saúde Ocupacional – *Saúde ou bem estar biopsicossocial dos agentes, em sua práxis profissional , articulando as práticas, reflexões e os significados que estas adquirem para os mesmos.*

Adf – Administração de Recursos Humanos – *Metodologia e critérios adotados no fluxo, distribuição,definição de prioridades e controle dos recursos financeiros no sistema público.*

Adp – Administração de Recursos Humanos – *Metodologia e critérios para*

contratação, capacitação, avaliação de desempenho e políticas salariais e de promoção de agentes do sistema público.

RSo – Reabilitação Social – Habilitação e reinserção do paciente mental em seu núcleo familiar, comunitário e de trabalho, após crise aguda que demandou internação de curta, média ou longa duração.

NT – Interdisciplinaridade – Disciplinas, áreas e agentes de diferentes origens que interagem em torno de objetivos e propostas comuns, com o propósito de produzir articulações entre idéias, concepções e modelos de atuação, guardadas suas esocificidades. (Japiassú, 1977).

Ie – Infraestrutura- Conjunto de dispositivos e recursos materiais, humanos, financeiros e institucionais necessários e/ou adequados à atenção e desenvolvimento dos serviços na área.

RP – Relações Profissionais – Interação duradoura ou pontual entre agentes de mesma ou várias profissões, instituições e/ou órgãos representativos em função de tarefas e ações e definições de competências e atribuições específicas e/ou coletivas.

CR – Crise – “Manifestação súbita de conflito na evolução das coisas”...“Ponto de transição entre uma época de prosperidade e outra de depressão ou vice-versa” (Holanda- 5º edição revisada- 1982).

9. METODOLOGIA – *“Maneira ou estratégias de sistematização utilizadas para a efetivação e execução de um projeto de pesquisa” (Barros e Lehfeld, 1990)*
- “Caminho e instrumental próprios de abordagem da realidade” (Minayo, 1996)

Q- qualitativa

Ac – análise de conteúdo – “Conjunto de instrumentos metodológicos, que asseguram a objetividade, sistematização e influência aplicadas aos discursos diversos” (Barros e Lehfeld, 1990)

Ad – análise de documentos – “Conjunto de procedimentos de classificação e análise de documentos – quaisquer registros escritos de idéias e pensamentos” (Mann, 1973)

Adi – análise de discurso – “Conjunto de procedimentos de classificação e análise das várias maneiras pelas quais se expressam os agentes e representantes de uma corrente de pensamento ou de uma área” (Barros e Lehfeld, 1990)

QT – quantitativa

Ee – estudos epidemiológicos – “Estudos da distribuição das doenças e de seus determinantes em populações” (Almeida Filho, 1989)

Ep – estudos populacionais – “Estudos de populações e análise de suas características socio-econômicas e culturais”

10. TI – TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO

Tc – técnica de coleta de dados – *“Técnica ou recurso utilizado para coletar dados em um estudo científico . Podem ser entrevistas, questionários, inventários etc..”*(Barros, e Lehfeld, 1990)

Ta- técnica de análise dos dados – *“Técnica ou recurso utilizado para analisar a linguagem de uma pesquisa.É uma técnica de pesquisa para a descrição objetiva e sistemática: análise de conteúdo, de discursos e de documentos”* (Barros e Lehfeld, 1990)

11. BASES TEÓRICAS – *Conjunto de Conceitos, Concepções e Teorias que dão sustentação aos estudos desenvolvidos .*

12- SUJEITO – *Indivíduo, ou grupos de indivíduos que foram objeto do referido estudo*

**RESUMOS DAS TESES DE DOUTORADO EM SAÚDE MENTAL
ANALISADAS**

Índice das Teses por Banco de Dados:

AMARANTE, P e Col: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43.

TB- Teses Brasileiras: 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 18, 19, 22, 23, 24, 32, 39, 41, 43.

LILACS: 3, 4, 6, 10, 11, 13, 17, 24, 25, 28, 29, 33, 34, 35, 38, 40.

TESES DOUTORADO EM SAÚDE MENTAL

1. ALENCASTRE, Márcia Bucchi, 1990. *Como o pessoal auxiliar de enfermagem psiquiátrica vê o profissional enfermeiro - Uma abordagem compreensiva*. Tese de doutorado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Este estudo é resultado de minha preocupação, enquanto enfermeira e professora de Enfermagem Psiquiátrica, com o conviver de enfermeiros e auxiliares no contexto de trabalho. Tem a proposta de compreender como o pessoal auxiliar de enfermagem psiquiátrica vê o profissional enfermeiro. Para isso optei por realizar uma pesquisa qualitativa segundo a modalidade Análise da Estrutura do Fenômeno Situado ou Análise Fenomenológica. Em encontros individuais com atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem de diferentes instituições de atendimento psiquiátrico, coloquei a questão orientadora do trabalho: - Gostaria que você me descrevesse como vê o profissional enfermeiro. A análise dessas descrições possibilitou chegar a uma configuração do enfermeiro aos olhos do pessoal auxiliar de enfermagem e a compreensão dos aspectos que são essenciais para àquele profissional. (AU)
2. AMARAL, Arlete Maria Moreira do, 1999. *Reforma psiquiátrica e construção de práticas emancipadoras em saúde mental: desafios para a enfermagem*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Esse estudo trata das implicações das mudanças que têm ocorrido no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil para a atuação da enfermeira no campo da assistência aos doentes mentais. A abordagem da realidade se faz na perspectiva histórica dos acontecimentos sociais. Assim, considera o contexto da reforma psiquiátrica, onde estão inseridas as experiências que realizam a proposta de mudança de modelo assistencial compreendendo, em nível macro, as políticas. Considera também os recursos para sua implementação, além de outras condições concernentes ao interior das práticas. Identifica as tendências surgidas na realidade concreta da atenção em saúde mental, dando ênfase às propostas que pretendem atingir o modelo manicomial em suas bases. Analisa experiências que instalaram um processo de construção de outro modo de lidar com o doente mental. Experiências essas, baseadas em uma proposta de reabilitação psicossocial, em que a transformação é proposta no sentido do resgate, para o doente mental, da condição de sujeito e cidadão. Com isso, pretende-se tira-lo da condição de exclusão em que se encontra, através de um processo de desenvolvimento do seu potencial, para a emancipação. Nesse sentido, defende-se o princípio de que as mudanças que pretendem resgatar a condição de sujeito do doente mental, a qual foi abolida na prática sustentada pelo modelo manicomial, não se fará sem que agentes dessas práticas e saberes também se coloquem como sujeitos, assumindo a direção dos acontecimentos e vencendo a condição de dominação em que se encontram. A tendência que está surgindo na prática concreta das experiências que foram abordadas nesse estudo caracteriza-se pela valorização da dimensão " vida cotidiana" como principal estratégia para atingir a meta de uma prática emancipadora. Como discussão principal, aborda a participação da enfermeira na constituição do modelo assistencial de características manicomiais, no Brasil, com ênfase nos princípios que têm sustentado sua prática e contribuído para sua manutenção, visando destacar o que é para ser transformado. A partir da situação apresentada em relação à transformação do modelo de assistência manicomial e tendo como pressuposto a proposta das experiências inovadoras colocadas em foco, discute-se as possibilidades de transformação da participação da enfermeira. Faz um confronto entre as características que têm marcado sua atuação, no modelo manicomial, e as expectativas que surgem para sua atuação no novo modo de lidar com os doentes mentais. (AU)
3. AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho, 1994. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Tese de doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Realiza uma reflexão sobre o campo disciplinar da psiquiatria, demarca seus fundamentos teóricos, seus procedimentos epistemológicos, suas estratégias e suas funções na ordem social. Procede a uma revisão daqueles que são considerados os mais importantes projetos de

reforma psiquiátrica tais como: a comunidade terapêutica, a psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor, a psiquiatria preventiva e a antipsiquiatria. Procura identificar em que bases se constroem os projetos de reforma psiquiátrica. Detém-se na produção teórica e nas experiências de Franco Basaglia, como um importante referencial que estabelece uma ruptura e um novo dispositivo no campo da Saúde Mental que é denominado de desinstitucionalização. Com Basaglia esse conceito, surgido originariamente nos Estados Unidos como sinônimo de desospitalização, adquire um novo sentido enquanto processo teórico-prático de desconstrução/ invenção, que se inscreve no “desafio da complexidade” que atualmente atravessa o campo das Ciências e da Filosofia. Tece algumas considerações sobre o conceito de reforma psiquiátrica à luz da desinstitucionalização e da epistemologia da complexidade

4. BARROS, Denise Dias, 1998. *Itinerários de uma dor emissária: loucura em territórios Dogon (África do Oeste)*. Tese de doutorado, São Paulo: Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. Neste estudo, discutem-se as formas pelas quais os conhecimentos e os sentidos atribuídos à *wede-wede* e *yapilu* (formas de manifestações da loucura) são organizados, quais as possibilidades de tratamento ou de abandono que se abrem na sociedade Dogon – África Oeste – à pessoa considerada louca, bem como as interações existentes entre essa problemática diferencial e práticas sociais originárias dessa sociedade negro-africana. A análise é realizada a partir de contos coletados pela pesquisadora cujos temas são conexos à loucura (são analisadas 15 das 90 narrativas recolhidas em campo), da observação, do convívio e de entrevistas com especialistas da medicina originária de Dogon no tratamento da problemática psíquica, com adivinhos, com familiares e com doentes (alguns em tratamento outros não). A pesquisa de campo, que fornece os dados para análise, cumpriu-se no período compreendido entre julho de 1994 e agosto de 1996, tendo sido realizada na região de Bandiagara: planalto e falésia. Pudemos constatar que a sociedade Dogon possui um léxico significativo vinculado à designação e a compreensão da loucura. Possui, por outro lado, um conjunto de saberes organizados, exercido sobretudo por homens, que se transmite de uma geração a outra dentro da linhagem paterna ou que se adquire, principalmente, por revelação. Estes saberes referem-se ao uso de plantas, de minerais, de processos rituais e de encantações que se articulam segundo as proposições e práticas históricas Dogon num processo constante de formação da pessoa-dogon e da sociedade. Consta-se que a pessoa considerada louca poderá conhecer destinos diferenciados: será acolhida, tratada e reinserida nas esferas das relações sociais, ou será tratada sem conseguir uma reinserção total, permanecendo aos cuidados de um parente ou amigo. Ela poderá, ainda, ser aprisionada em sua casa ou ser deixada errante, sendo nestes casos encontrada nos mercados, nos povoados e nas estradas.
5. BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro, 1995. *Ruína e reconstrução: AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Discute a disseminação da epidemia pelo HIV/AIDS e as perspectivas de sua prevenção no âmbito de determinantes sócio-culturais amplos, procedendo a comparações entre as circunstâncias brasileiras e o quadro mundial, assim como de diferentes regiões, classes, grupos no próprio Brasil. Destaca a questão da pauperização e da interiorização da epidemia, a segunda analisada utilizando “ferramentas” oriundas do geoprocessamento. Demonstra nesse movimento de interiorização da epidemia, principalmente no estado de São Paulo, o papel das rotas de tráfico e sua coincidência com locais de maior disseminação da epidemia entre usuários de drogas injetáveis (UDIs). Analisa amplamente o conjunto de medidas preventivas desenvolvidas entre UDIs enfileiradas sob a denominação “harm reduction” (redução de danos), mais se incluem medidas como os programas de troca e/ou desinfecção de seringas, projetos de atuação comunitária. (AU)
6. BOARINI, Maria Lúcia, 1993. *Unidades Básicas de Saúde : uma extensão da Escola Pública?*. Tese de Doutorado, São Paulo. Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia. Busca aprender os aspectos internos do processo gerador e mantenedor da prática de endoamamentamento de crianças em idade escolar com queixas de problemas de aprendizagem às equipes básicas de saúde mental existentes nas UBS da Rede Pública de Saúde do Estado de São Paulo. Foram entrevistados profissionais de saúde mental, professores, alunos e mães.

Os discursos analisados revelam a incapacidade resolutive da saúde e a incompetência da educação, revela um mútuo descrédito, uma crise de referência e o desconhecimento das conquistas do setor. Conclui que prevalece a crença na incapacidade da criança e que mesmo quando o profissional de saúde mental tenta romper com essa visão nem sempre obtém êxito, ou pela falta de clareza de sua proposta ou pelo não entendimento da mesma pelos pais e professores.

7. BRASIL, Marco Antonio Alves, 1995. *Pacientes com queixas difusas: um estudo nosológico de pacientes apresentando queixas somáticas múltiplas e vagas*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Após uma introdução onde é abordada a questão do normal e do patológico, bem como a das classificações diagnósticas em psiquiatria, é apresentada uma pesquisa de campo realizada no Ambulatório de Saúde Mental do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, no Rio de Janeiro, sobre pacientes 'com queixas difusas'. Foi delineado, em primeiro lugar, o que vem a ser este grupo de pacientes, sua frequência relativa naquele ambulatório, seu perfil sócio-demográfico, seu percurso assistencial e, utilizando uma entrevista estruturada (SCID) para o DSM III-R, foi feita uma discriminação diagnóstica segundo o DSM III-R e, comparativamente, com a CID-10 para pesquisa. (...) Após a discussão destes resultados, concluiu-se que a discriminação diagnóstica é útil para uma parcela da clientela estudada. No entanto, para um número significativo dos pacientes estudados, essa discriminação pouco contribui em termos de utilidade clínica, revelando as limitações das classificações diagnósticas atuais. Esses pacientes merecem, sobretudo, uma avaliação multidimensional, onde a atenção deve ser desviada do esforço em caracterizar transtornos para uma melhor compreensão dos processos patológicos envolvidos. (AU)
8. CABRERA, Catalina Camas, 2000. *O tratamento manicomial e a desinstitucionalização, segundo opiniões de psiquiatras de Ribeirão Preto*. Tese de Doutorado, Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. A questão do tratamento manicomial começou a ser enfrentada no Brasil com o projeto de lei nº 3657, de Paulo Delgado, em 1989. Desde então várias pesquisas enfocaram o assunto, com base em opiniões de pacientes e familiares destes e enfermeiros de saúde mental. Não se encontraram pesquisas que consultam, especificamente, os psiquiatras em serviço nas instituições de assistência psiquiátrica. Para realizar essa consulta, um questionário de opiniões sobre desinstitucionalização e formas alternativas de tratamento psiquiátrico, foi distribuído a 150 psiquiatras do município de Ribeirão Preto (São Paulo). O questionário continha 46 proposições, sendo que cada proposição (item) permitia cinco alternativas de resposta, referentes a graus de concordância com o teor da proposição. Esse instrumento foi previamente submetido a diferentes juízes que avaliaram as proposições segundo pertinência ao tema, clareza e facilidade de resposta. As proposições foram agrupadas segundo cinco assuntos (tema): 1 - Manutenção do hospital psiquiátrico nos moldes tradicionais; 2 - Manutenção do hospital psiquiátrico com reformas no funcionamento; 3 - Desativação parcial do hospital psiquiátrico; 4 - Desativação total do hospital psiquiátrico, com substituição por recursos alternativos e 5 - Opiniões sobre formas de participação dos psiquiatras na elaboração das leis e grau de informação a respeito dos dispositivos legais de assistência psiquiátrica no Brasil. Esse agrupamento baseou-se em altos índices de concordância entre diferentes juízes ($0,61 < \text{Kappa} < 0,78$). Setenta e cinco psiquiatras desenvolveram o questionário respondido. Os resultados da avaliação das respostas ao questionário indicam que a grande maioria dos informantes considera necessário manter os hospitais psiquiátricos e desativá-los de forma gradativa. Os informantes concordam que o hospital psiquiátrico não é o melhor modo de assistência psiquiátrica, embora o grupo fique dividido quanto a manter ou não o hospital psiquiátrico para doentes mentais crônicos, sem autonomia e família. As propostas de diversificação de atendimentos clínicos no hospital psiquiátrico (hospital-dia, hospital-noite e tratamento ambulatorial) tiveram alto índice de aceitação dos informantes. Numa segunda fase, nove informantes foram entrevistados segundo um roteiro de 10 questões. A análise das entrevistas indica que dois terços dos entrevistados avaliam as mudanças resultantes da desativação do hospital psiquiátrico de modo positivo, enquanto que um terço deles considera

negativamente tais mudanças pois preocupa-se com a efetiva disponibilidade dos serviços alternativos ao hospital psiquiátrico, no que se refere ao preparo pessoal e dos colegas para atuar profissionalmente nesse novo sistema, sete dos nove entrevistados (78%) se sentem preparados, mas somente quatro (44%) julgam que os colegas também o estão. Dos nove entrevistados, apenas um considera plenamente satisfatórios os recursos existentes no município para garantir o atendimento psiquiátrico, mesmo desativando os macro-hospitais da região. As falhas apontadas referem-se a insuficiência de modalidades alternativas de atendimento e deficiência nos serviços existentes. Todos os entrevistados demonstraram preocupação e descontentamento com a situação dos pacientes crônicos moradores no hospital psiquiátrico e acreditam que eles deveriam ser encaminhados para uma desospitalização em fases terapêuticas e para serviços ressocializantes, embora expressem grande descrença na efetivação dos projetos visando a reabilitação desses doentes. (AU)

9. CAMPOS, Florianita Coelho Braga Campos, 2000. *O modelo da reforma Psiquiátrica Brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. Tese de doutorado Campinas, Faculdade de Ciências Médicas – Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas. Releitura das experiências internacionais de reforma psiquiátrica, trazendo ao debate os pontos relevantes que influenciaram a reforma brasileira e o caminho percorrido pelo Brasil através do modelo de atenção primária à Saúde. Descreve três modelagens da reforma psiquiátrica no estado de São Paulo, escolhidas por suas diretrizes antimanicomiais : Campinas, São Paulo e Santos.
10. CIAMPONE, Maria Helena Trench, 1993. *Assistência institucionalizada a indivíduos portadores de deficiência mental : dimensões esquecidas*. Tese de Doutorado, São Paulo, Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia. Analisa o trabalho de pajens que prestam assistência de enfermagem ao indivíduo portador de deficiência mental, a partir das representações desses agentes institucionais sobre a deficiência mental e as implicações destas no trabalho que desenvolvem. Identifica e analisa os mecanismos de defesa que possibilitam o convívio com o sofrimento e a ansiedade advindos da tarefa de cuidar do portador de deficiência mental. Consta que a organização do trabalho sofre diretamente as influências dessas defesas e explica a resistência à mudança no serviço de enfermagem. Conclui que a adoção de quaisquer mudanças requer o conhecimento desses aspectos.
11. CORREIA, Maria Rita Almeida, 1998. *Grupos psicóticos crônicos em um centro de saúde : um estudo descritivo, sob enfoque psicossocial*. Tese de Doutorado, Campinas : Faculdade de Ciências Médicas de Campinas – Pós Graduação em Saúde Mental, Universidade Estadual de Campinas. Estudo das vivências prevalentes em 03 grupos de psicóticos em processo de psicoterapia grupal num Centro de Saúde do município de Campinas e discussão dos resultados sob enfoque psicossocial. O estudo evidenciou a complexidade dos fatores psicossociais envolvidos na percepção e tratamento desses psicóticos e sugere que a atenção não se limite ao aspecto medicamentoso, mas deve-se proporcionar possibilidades de modificação na rede de relações do paciente, como recurso terapêutico eficaz.
12. COSTA, Marisa Pacini, 1996. *Saúde mental e reabilitação psicossocial*. Tese de Doutorado, Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Foi realizado um estudo sobre reabilitação psicossocial do usuário do serviço de saúde mental. Para tanto, utilizou-se uma metodologia qualitativa, segundo o referencial teórico do materialismo dialético. Para a análise dos dados seguiu-se o “caminho do pensamento” proposto pela hermenêutica-dialética. Foram entrevistados, por meio de entrevista semi-estruturada e grupo focal, indivíduos de três segmentos envolvidos no processo de reabilitação – usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Buscou-se por meio da historicidade da loucura e do seu tratamento, contextualizar o objeto de estudo dentro dos diversos modos de produção. Três categorias foram destacadas como mais relevantes do material empírico, em cada um dos segmentos entrevistados, quais sejam: transformação das relações interpessoais na transição de um modelo de atenção tradicional para um modelo condizente com as formulações da reforma psiquiátrica atual; o fardo representado pelos familiares no cuidar de seu parente adoecido; e, por fim, as precárias perspectivas dos usuários diante do futuro. Tanto para o técnico quanto para o usuário, a modificação das relações interpessoais na transição de um modelo a outro foi representada como mais terapêutica, com menos distanciamento e

hierarquia, possibilitando uma convivência mais afetiva e prazerosa para ambos. Já os familiares se mostraram ambivalentes ante os modelos de atenção, por se encontrarem extremamente desgastados e inseguros pela assunção das novas tarefas com o indivíduo adoecido. Os familiares enfatizaram a real dificuldade vivenciada cotidianamente na convivência com o paciente. São famílias com precária rede social, o que reforça a sobrecarga que recai sobre elas. Os técnicos destacam que as famílias, ao mesmo tempo que podem produzir e manter a doença, constituem-se nos principais agentes na recuperação do doente. Os usuários, de um modo geral, não se identificam como um fardo para suas famílias. Os usuários sonham em ter um "vida normal" – ser produtivo e constituir família –, no entanto expressam profundas descrenças que estes sonhos se realizem. Mostram-se ainda, a despeito das mudanças nas relações terapêuticas, passivos e alienados perante as propostas de transformação da assistência psiquiátrica. (AU)

13. DELGADO, Pedro Gabriel Godinho, 1992. *Psiquiatras, juizes e loucos: modelos de interação entre a psiquiatria e a justiça, na luta pela cidadania plena e reforma psiquiátrica no Brasil*. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. O autor analisa as formas como se relacionam as instituições psiquiátrica e judiciária no Brasil, e suas implicações para a cidadania dos loucos e o processo de reforma psiquiátrica. Faz estudo qualitativo sobre as práticas judiciais relativas ao louco infrator e a interdição civil. Identifica os vetores simultâneos da criminalização da loucura e psiquiatrização do delito, e o uso instrumental da interdição para fins de controle de bens familiares e outros, e seu incremento nas classes trabalhadoras. Conclui apontando limites que o estatuto jurídico do louco e legislação e prática atuais impõe ao processo de reforma, e indica cenários possíveis de mudança da interação justiça-psiquiatria.
14. DUARTE, Luiz Fernando Dias, 1985. *Da vida nervosa: pessoa e modernidade entre as classes trabalhadoras urbanas*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Este é um estudo sobre a noção de Pessoa entre as classes trabalhadoras urbanas a partir de suas representações, discurso e prática sobre as perturbações, físico-morais. Propõe-se aqui que o nervoso seja o núcleo de uma complexa configuração de saberes que desempenha um papel fundamental para a articulação daquela noção, ao permitir a mediação entre os diversos planos da cultura e da visão de mundo daquelas classes. Procede-se a uma análise da história da configuração do nervoso, situando-a por oposição aos saberes da melancolia anteriores ao século XVIII e aos saberes do psicológico emergentes no início do século XX. Demonstra-se que o íntimo compromisso daquela configuração, em seu formato erudito original, com a ideologia do individualismo se desfaz ao passar para a cultura das classes trabalhadoras, vindo a servir a um modelo hierárquico, holista, de pessoa e de mundo. A análise do modo como o nervoso se imbrica com todos os níveis da vida das classes trabalhadoras urbanas e ajuda a lhes revelar o significado se baseia em material de pesquisas etnográfica próprias e na informação disponível numa ampla bibliografia sobre segmentos das classes trabalhadoras em todo Brasil (também alguma informação sobre outros países é aportada). (AU)
15. ENGEL, Magali Gouveia, 1995. *A loucura na cidade do Rio de Janeiro: idéias e vivências (1830-1930)*. Tese de Doutorado, Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. A autora propõe-se a avaliar o processo de construção da loucura como saúde mental, suas implicações e a implementação de novos mecanismos de controle social na sociedade brasileira do século XIX e inícios do XX; através da criação de instituições asilares como o hospício, e da ampliação das possibilidades de reclusão de um número progressivo de pessoas diagnosticadas como doentes mentais na cidade do Rio de Janeiro.
16. FERREIRA, Ademir Pacelli, 1996. *A migração e suas vicissitudes: análise de uma certa diversidade*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. As vicissitudes da migração foram estudadas em suas relações com o outro, com o tempo e com o espaço. A experiência de migrar foi definida como movimento de abertura ao outro. Na revisão de estudos epidemiológicos e históricos sobre a migração foram enfocadas as controvérsias de seus resultados quanta à relação entre

migração e adoecimento. Na vertente de estudos clínicos sócio-psicológicos e etnológicos, demonstrou-se que o sentido das expressões psicopatológicas no migrante e suas relações com as perdas sócio-culturais atribuíveis a mobilidade está assentado dentro de uma certa visão paradigmática sobre a migração, onde podem ser destacados valores, tais como o etnocentrismo. Este trabalho propõe a migração como o campo dos espelhamentos da diversidade onde o migrante é visto como representante do outro, ao se analisar a relação com o autóctone e o papel da migração no campo da constituição da subjetividade e da alteridade. Esta concepção encontrou no nordestino uma consonância. Já que este é visto como emblemático do migrante no imaginário brasileiro. O caminho metodológico percorrido espelha a própria diversidade semiológica que caracteriza o migrante em sua relação com a alteridade e com a cultura. Construiu-se uma tríade nordestina a partir da análise do romance de Clarice Lispector, 'A Hora da Estrela', do filme 'O Homem que Virou Suco' de João Batista de Andrade e de um caso clínico. Através desta análise demonstrou-se a importância da cultura em suas relações com o funcionamento do psiquismo; da identidade e da modelação da subjetividade. Analisaram-se os efeitos das perdas e de seu recalque na memória e na temporalidade migrante, enquanto o espaço foi estudado em seu des-alterativo rural-urbano constituindo-se como um campo de espelhamento das diferenças. (AU)

17. FIGUEIREDO, Gabriel, 1996. *A evolução do hospício no Brasil*. Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. O autor demonstra que a expressão *hospício*, como sinônimo de *casa de loucos*, é uma tradição brasileira. Admite que, em outros países, o hospício abrigou doentes mentais, mas que a expressão não se tornou tão tradicional para este fim como no Brasil. Aponta para o fato da expressão hospício estar ligada à noção de caridade. Esta noção impregnou este modelo assistencial, mesmo depois de ter sido contemplado com outras denominações tais como: casa de saúde, sanatório, manicômio, hospital psiquiátrico, entre outras. Enfatiza também que o controle social considerado como de *área interna*, tais como pecado, culpa e redenção, e de *área externa* como isolamento, contenção e punição, está na base do advento do hospício como *casa de loucos* no Brasil, o que ocorreu mesmo antes da chegada da psiquiatria. A partir de então, o autor examina as políticas de saúde mental desenvolvidas no Brasil desde a segunda metade do século XIX e considera que, a visão centrada no hospital que as caracterizaram até hoje, entre outros fatores, está envolvida pelo binômio caridade - controle social, que ao interferir no espaço psiquiátrico pode conduzir a procedimentos não científicos. (AU)
18. FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira, 1992. *Prática de enfermagem psiquiátrica: subordinação e resistência*. Tese de doutorado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. O objetivo central do estudo é contribuir para o entendimento da prática de enfermagem psiquiátrica enquanto social e historicamente determinado que reproduz em seu interior o dinamismo próprio da formação social em que está inserida. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com o pessoal de enfermagem e com dirigentes das instituições psiquiátricas. Foram analisados regimentos e outros documentos institucionais e dados sobre a região onde o estudo foi realizado. A prática estudada ocorre essencialmente dentro de hospitais e seus agentes atribuem à doença mental uma causalidade fundamentalmente sócio-econômica, não acreditam em sua cura e criticam o tratamento que tem por base o uso de psicofármacos. Embora contando com especificidades, tanto o trabalho das enfermeiras quanto dos atendentes centra-se muito no controle e disciplinamento dos pacientes e tem por referência mais a prescrição médica e determinações dos dirigentes institucionais do que as necessidades da clientela. A pesquisa revelou nas atitudes dos agentes da prática estudada simultaneamente, traços de alienação e de reação à exploração de sua força de trabalho, evidenciando que ali, como na sociedade inclusiva, ocorre tanto subordinação quanto resistência à ideologia e mecanismos de dominação existentes. (AU)
19. GOLDBERG, Jairo Idel, 1998. *Cotidiano e Instituição: revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituições públicas*. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. O trabalho propõe-se a estudar o cotidiano de vida de pacientes com problemas mentais graves. Parte da hipótese de que na doença mental grave há perda da rotina de vida e que a organização da nova rotina se dá segundo novos parâmetros,

determinados pela nova modalidade de existência. Sugere que a instituição de saúde mental que provê cuidados de longo prazo para pacientes graves pode, por meio de uma terapêutica baseada na revalorização do cotidiano dos usuários, elaborar modelo assistencial capaz de interferir produtivamente na vida deles. Como metodologia, utiliza pesquisa qualitativa, com entrevistas semi-abertas, centradas no cotidiano de vida de oito usuários de uma instituição pública de cuidados em saúde mental, cujo atendimento toma a questão do cotidiano como foco terapêutico crucial. A pesquisa revela modos de vida de doentes graves e as formas com que elaboram o tratamento. Permite, igualmente, aferir o modelo assistencial da instituição por meio da fala dos usuários.

20. KANTORSKI, Luciane Prado, 1998. *O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental e a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul*. Tese de Doutorado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. O presente estudo trata das contradições, movimentos e mudanças que perpassam a relação entre o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental nas universidades públicas do Rio Grande do Sul (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal de Santa Maria e Fundação Universidade do Rio Grande) e a Reforma Psiquiátrica. Neste sentido procurei investigar as características dos cursos de enfermagem das referidas universidades, analisar a relação dos seus atores com a *práxis* da reforma, apontando mecanismos de manutenção e/ou resistência aos saberes e práticas psiquiátricos dominantes. Este consiste em um estudo qualitativo que se utiliza do referencial marxista, especialmente gramsciano, para encaminhar o processo. (AU)
21. KEUSEN, Alexandre Lins, 1995. *Colônia Juliano Moreira: do asilo ao Complexo Multi-Assistencial. Reflexões sobre a trajetória de uma instituição psiquiátrica*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. O autor discute a trajetória da Colônia Juliano Moreira, com a finalidade de refletir sobre as alternativas assistenciais para população de pacientes crônicos na cidade do Rio de Janeiro. Propõe uma discussão de alternativas que se adequem às necessidades e demandas da clientela, dentro do modelo da desinstitucionalização. Analisa as versões históricas do 'mito de origem' do asilo, comparando-as e discutindo suas implicações na atual política de saúde mental. Examina o processo da desinstitucionalização, através de seu significado e dos fatores que determinaram o seu surgimento e dos modelos de implementação nos diferentes contextos socioculturais. Investiga o perfil da clientela da C.J.M. e o nível de inserção destes nos diferentes projetos em curso, a partir da análise dos dados do Censo de Pacientes Crônicos de 88/9, do estudo da clientela da Etapa I (um dos programas da instituição) e da entrevista com os 'novos crônicos' do Hospital Jurandir Manfredini. A análise desta população permite sua diferenciação em subgrupos com características distintas, tanto no nível demográfico, como clínico e demonstra que os programas atendem a grupos particulares do conjunto da clientela. O autor propõe um modelo de intervenção terapêutica, compatível com a percepção da diversidade e multiplicidade de características e fatores vinculados a processo de transformação assistencial. Discute os componentes assistenciais necessários para o suporte do ambiente familiar como o espaço terapêutico do modelo da desinstitucionalização e a moradia, o trabalho, o apoio sócio-jurídico e o assistencial como componentes fundamentais deste movimento. Conclui analisando a trajetória da C.J.M., a partir dos diferentes modelos empregados na instituição, e aponta para as mudanças de paradigma que acompanham este processo de transformação.
22. KINOSHITA, Roberto Tykanori, 2000. *O outro da reforma : contribuições da teoria da autopsiase para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas*. Tese de Doutorado, Campinas : Faculdade de Ciências Médicas – Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas. A presença do problema da cronicidade é verificada nos diversos contextos das reformas da assistência psiquiátrica e em particular na história americana. Uma revisão das publicações mostrou que apesar de ser amplamente utilizado, o conceito de paciente crônico traz muitas divergências e é um conceito equivoco. O autor defende que uma aproximação com a Teoria da Autopsiase, proposta por Maturana e Varela, possibilita-nos investigar a cronicidade como fenômeno que observamos no domínio da ontogenia dos seres vivos, e suas correlações com a dinâmica fisiológica, e que as novas

concepções de linguagem e cognição dos seres vivos, possibilitariam explicações para a cronicidade, de modo a orientar as ações na esfera das inter-relações individuais (profissional-paciente), bem como seria referência para o planejamento de ações e serviços em Saúde Mental.

23. KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner, 1994. *Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50*. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. O presente trabalho tem por objetivo reconstituir historicamente as práticas de enfermagem desenvolvidas nas instituições psiquiátricas públicas do Rio de Janeiro, Porto Alegre, São Paulo, Salvador e Barbacena no período compreendido entre as décadas de 20 e 50, utilizando-se como método de pesquisa a história oral.
24. LANCMAN, Selma, 1995. *Loucura e espaço urbano : um estudo sobre as relações Franco da Rocha – Juqueri*. Tese de Doutorado, Campinas : Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. O presente trabalho tem por objetivo abordar o hospital psiquiátrico Juqueri e suas relações com a cidade onde está instalado. Analisa a demanda psiquiátrica.
25. MACHADO, Maria Christina Lousada, 1995. *Universo e desencanto: conceitos, imagens e fantasias de pacientes psiquiátricos sobre loucura e/ou doença mental*. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. Ouvimos, neste trabalho, a narrativa de pacientes psiquiátricos a respeito de sua história pessoal, incluídas suas experiências com atendimento psiquiátrico, com o objetivo de verificar até que o ponto o discurso competente sobre a loucura, instituído e legitimado pela ideologia dominante, é absorvido por estes sujeitos e em que medida sua fala tem possibilidades de se constituir como um antidiscurso. Foram entrevistados individualmente quatro *pacientes especiais*, cujas narrativas foram gravadas com anuência prévia dos sujeitos e posteriormente transcritas. A análise clínica do material procurou explicitar aspectos latentes contidos na fala dos sujeitos, buscando inicialmente o sentido do drama vivido por cada um. A partir daí, destacamos seus conceitos, imagens e fantasias a respeito da loucura e/ou doença mental, considerando que tais representações são fruto, indiscutivelmente, da relação dialética que se estabelece entre a singularidade do drama pessoal e a generalidade do contexto social do qual emergem. Como esta metodologia pudemos captar sistemas de pensamento organizados em verdadeiras teorias psicopatológicas, as quais se articulam ao redor de concepções da loucura provenientes tanto de posicionamentos alinhados com o discurso competente, isto é, que se consideram a loucura como um processo natural de adoecimento interno, como dele divergentes, ou seja, que atribuem a loucura a agentes psicossociais ou místicos. Embora ao formular suas teorias, os pacientes especiais sejam até certo ponto capturados pela ideologia dominante, suas vivências concretas desmascaram na prática muitas das contradições que o discurso competente procura camuflar. Neste sentido, a expressão 'Universo em desencanto', usada por uma paciente psiquiátrica, traduz e condensa com surpreendente precisão o drama daqueles que passaram pela experiência da loucura e foram submetidos ao tratamento psiquiátrico. (AU)
26. MACIEL, Rubens Romano, 1999. *Contestação e construção do saber psiquiátrico: uma interpretação da obra de Thomas Szasz*. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. O presente trabalho tem por eixo a discussão elaborada em "O Mito da Doença Mental", de Thomas Szasz. Nesta obra, a psiquiatria é criticada com os argumentos de que não tem como sustentar racionalmente seu conteúdo teórico e que existe em razão de criar efeitos ilusórios, em analogia ao saber que, em outras épocas, legitimou a Inquisição. A perspectiva crítica em que se firma fornece meios que permitem deslocá-la para a análise dos recursos internos de discursos que, a despeito de não se sustentarem na racionalidade, logram êxito em convencer durante períodos relativamente bem delimitados. A concepção em que a psiquiatria é enquadrada também serve para a reflexão das idéias do próprio Szasz que, consideradas em conjunto com as circunstâncias que deram a elas condições de sucesso, são aqui tomadas como objeto de investigação. O tema é explorado através dos diferentes elementos discursivos e de práticas que a ele se agregam, quais sejam os referentes a formas e conseqüências dos processos geradores de

convencimento. Assim, também são revistos aspectos dos anos sessenta e setenta importantes para a definição das tendências presentes no senso comum afeito aos grupos que, propensos a tomarem para si a bandeira da contestação às instituições, tiveram relevância política. O intuito é resgatar a discussão sobre a forma de construção e a validade racional de determinadas formulações científicas empregadas com finalidade ideológica, bem como a importância desta discussão para uma área de saber como a psiquiatria. (AU)

27. MÂNGIA, Elisabete Ferreira, 2000. *Asilamento Psiquiátrico no Estado de São Paulo: Constituição do panorama contemporâneo e tendências do dispositivo da psiquiatria*. Tese de doutorado, São Paulo: Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. Nas últimas décadas, o problema representado pelas instituições psiquiátricas tem preocupado vários setores sociais e muitos países têm desenvolvido projetos para modificar a assistência psiquiátrica. No Brasil, essa preocupação emergiu com maior intensidade nos anos 80 e levou governantes e setores sociais organizados a se comprometerem com a produção de mudanças no cenário das instituições psiquiátricas e na construção de um projeto de Política de Saúde Mental para o Brasil. Nos anos 90, esse processo, chamado por muitos autores de Reforma Psiquiátrica, teve como um de seus efeitos a redução de leitos psiquiátricos credenciados no Sistema Único de Saúde, como resultado do estabelecimento de novas normas de funcionamento para o setor, cujo cumprimento passou a ser acompanhado através de vistorias realizadas nas instituições que pretendiam continuar credenciadas ao Sistema Único de Saúde. Neste estudo procuramos investigar o processo de Reforma Psiquiátrica em curso no Estado de São Paulo. O trabalho empírico consistiu na consulta aos relatórios de vistorias realizadas nos hospitais das regiões do interior de São Paulo, especialmente no período de 1992 à 1995, procurando identificar os resultados e efeitos desse processo. A pesquisa, além de revelar a singularidade do processo local e propiciar a construção de um rico arquivo de dados, até então não divulgados, mostrou a necessidade de realização de novos estudos sobre essa questão, ainda tão pouco investigada no Brasil. A abordagem teórica do problema está ancorada nas contribuições de Michel Foucault e Robert Castel. Por meio da noção de dispositivo da psiquiatria, procuramos situar o problema das instituições psiquiátricas em um complexo jogo de forças sociais que ainda mantêm ativa as formas de exclusão social características do asilamento psiquiátrico.
28. MEDEIROS, Maria Heloisa da Rocha, 1994. *A Reforma da Atenção ao Doente Mental em Campinas : um espaço para a Terapia Ocupacional*. Tese de Doutorado, Campinas : Faculdade de Ciências Médicas – Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria – Pós Graduação em Saúde Mental, Universidade Estadual de Campinas. Estuda o processo de transformação da assistência ao doente mental, no município de Campinas-SP, no período de 1989 a 1991, quando foi proposta uma nova política para essa área. Este estudo analisa os princípios que orientam esse processo, destaca os temas e questões levantados pelos movimentos sociais precedentes : o da reforma sanitária e da luta antimanicomial. Nesse contexto a Terapia Ocupacional como profissão e área de conhecimento, é analisada como elemento essencial para a efetivação de transformações dos paradigmas relacionados à atenção à pessoa em cuidado, como sujeito de sua própria cura e um recurso importante no processo de reorientação de relações intra-institucionais.
29. MEDEIROS, Tácito Augusto, 1989. *As múltiplas identidades do hospital psiquiátrico: um estudo dos internamentos*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. O autor acompanhou os registros nos prontuários hospitalares de 578 internamentos psiquiátricos ocorridos a 120 pacientes adultos em serviços especializados localizados na Região Metropolitana do Recife no período de 1952 a 1981. Esses pacientes, igualmente distribuídos entre homens e mulheres, estavam também distribuídos nas categorias de previdenciários, de particulares e de indigentes conforme sua condição de internamento ocorrido em 1966-1967, época da unificação da Previdência Social brasileira e de ampliação do direito de hospitalização psiquiátrica por essa mesma Previdência. As categorias de internamento foram consideradas como indicadores da estratificação social de clientela. Aspectos quantitativos e qualitativos dos internamentos psiquiátricos foram estudados como expressivos das características do hospital psiquiátrico. O autor procurou verificar

características dos internamentos que pudessem permitir o reconhecimento, na multiplicidade de papéis e de funções do hospital, da multiplicidade de suas identidades. As identidades de instituição médico-terapêutica, de instituição carcerária, de instituição asilar, de instituição pedagógica de simile da sociedade são apresentadas e comentadas. (AU)

30. NOGUEIRA, Alexandre Barbosa, 1993. *Avaliação do Programa de Saúde Mental Comunitária do Piauí*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. O autor sumariza a evolução histórica da psiquiatria do Piauí, desde a fundação do Asilo de Alienados de Teresina em 1907, até a instalação do Programa de Saúde Mental Comunitária do Piauí - PSMC - PI em 1983. Descreve as propostas do Programa, dentre as quais a regionalização da assistência psiquiátrica no Estado e na Capital (Teresina), a hierarquização dos serviços de saúde mental integrados ao sistema estadual de saúde e a reforma do Hospital Areolino de Abreu. Este hospital, situado na Capital, passa então a funcionar como hospital de referência do PSMC-PI. Assinala também resistências permeadas pela política partidária. A pesquisa utilizou em questionário e uma entrevista padronizados para avaliar as opiniões de 49 profissionais de saúde de nível superior direta ou indiretamente envolvidos com o PSMC-PI. Também utilizou dados oficiais fornecidos pela Secretaria de Saúde do Estado sobre o Tempo Médio de Permanência dos pacientes internados nos hospitais gerais do Interior e no hospital psiquiátrico estadual da Capital. (AU)
31. OLIVER, Fátima Corrêa, 1998. *Saúde mental e saúde da pessoa com deficiência: estudo do processo de incorporação de assistência pelos serviços municipais de saúde numa região do Município de São Paulo (1989-1995)*. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. A pesquisa aborda a definição de políticas e processo de implantação das ações de saúde mental e da pessoa com deficiência em serviços municipais em São Paulo, na região de São Miguel Paulista, entre 1989-1995, não havendo anteriormente proposta assistencial organizada para esses grupos. Foi realizada através da análise de textos oficiais, de entrevistas com profissionais da assistência direta, gerentes e planejadores e com representantes do movimento social e da organização de banco de dados de pacientes atendidos, segundo idade, moradia, escolaridade e hipóteses diagnósticas. Buscou-se descrever o processo de criação de serviços, conforme a proposta assistencial, identificar seus atores e os principais problemas, nos três distritos de saúde da região de São Miguel. (AU)
32. PAULIN, Luiz Fernando Ribeiro da Silva, 1998. *A criação de um serviço de urgência psiquiátrica: uma análise histórica documental e oral*. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Este trabalho teve como objetivo reconstituir historicamente a criação da Unidade Psiquiátrica de Urgência – UPU – do Hospital e Maternidade Celso Pierro – HMCP – da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUCCAMP, tendo como referencial metodológico às análises históricas documental e oral. Inicialmente, estudou-se o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil nas décadas de 70 e 80. Na primeira parte do trabalho, analisaram-se as contradições da política oficial de saúde mental no país, enfocando critérios técnicos influenciados pelo modelo preventivista norte-americano e a prática de financiamento e fortalecimento das instituições hospitalares psiquiátricas privadas. Ainda nessa parte, detive-me ao processo de organização da sociedade civil e a democratização do país na década de 80, refletindo significativamente na viabilização de propostas reformistas na saúde mental, questionando o papel das instituições psiquiátricas e dos profissionais da área. Foi estudado também o reflexo da mudança da política de saúde mental no Estado de São Paulo e no município de Campinas, resultando na criação de modelos assistenciais, tais como a UPU – HMCP – PUCCAMP. A partir de ampla análise documental e de entrevista com vinte e uma pessoas que participaram direta ou indiretamente da formação da UPU, identificaram-se às causas que desencadearam esse processo. Foi detectado que a criação da UPU, apesar da intensa participação de setores do sistema público de saúde de Campinas, não garantiu a influência destes no planejamento, organização e gerenciamento do serviço. Deve-se destacar que, embora vinculado a um hospital de ensino, a UPU, ao menos no início funcionava basicamente como um serviço assistencial, com tímida ação no treinamento e formação de profissionais na área de saúde. Esse papel só veio se estabelecer através do convênio entre a Secretaria de Estado de Saúde

- do Estado de São Paulo e a PUCCAMP, viabilizando a criação de um Programa de Residência Médica conjunto que, no entanto, sofreu intensas restrições internas de setores da Faculdade de Ciências Médicas. O isolamento da UPU com os vários serviços assistenciais em Campinas e região, a dificuldade de planejamento de uma prática assistencial compatível com o ensino e os conflitos internos existentes na estrutura do serviço contribuíram para obstaculizar a consolidação de um modelo assistencial cuja proposta, na sua origem, era reformular uma prática que deveria ser superada. (AU)
33. PITTA, Ana Maria Fernandes, 1989. *Trabalho hospitalar e sofrimento psíquico*. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. Trata-se de um estudo de caso analisando características do processo de trabalho e sofrimento psíquico dos trabalhadores de um hospital de médio porte (400 leitos) localizados na área central do município de São Paulo. Realizou-se um estudo epidemiológico, de corte transversal, sobre o universo dos trabalhadores (N = 1525), aplicando-se um instrumento especialmente construído para a pesquisa (THS), onde se buscou conhecer: a) características da força de trabalho através do levantamento de variáveis sócio-econômico-demográficas; b) características do processo de trabalho hospitalar, através do conhecimento de alguns indicadores de divisão e organização do trabalho; c) estudou-se a morbidade geral referida; d) mediu-se a prevalência de sintomas psicoemocionais através de um instrumento padronizado (SRQ), testado e validado anteriormente no município. A autora se dispõe a examinar os aspectos teórico-conceituais da natureza do trabalho hospitalar e do sofrimento psíquico dos seus trabalhadores, discutindo as necessárias reduções de ordem teórico-metodológicas para transformar em fatos empíricos observáveis e quantificáveis, fenômenos humanos tão imprecisos quanto 'condições de trabalho' e 'sofrimento psíquico'. (AU)
 34. POMPEL, Maria Silvia, 1996. *Avaliação da qualidade da assistência ambulatorial em saúde mental : um estudo das relações entre processo e resultado final*. Tese de Doutorado, São Paulo : Faculdade de Saúde Pública – Departamento de Prática de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Estudo feito com pacientes atendidos no ambulatório de Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Botucatu como “casos novos” procedentes de Botucatu e São Manoel e portadores do CID 9 –1975 – *Transtornos neuróticos, Reações de ajustamento e diagnósticos com o código V*. Avalia o grau de satisfação dos pacientes com o tratamento recebido no serviço referido, analisa a interrelação entre o processo de prestação de serviços e o resultado final do tratamento como indicador da qualidade da atenção prestada e outros fatores que podem ser determinantes como : o processo de atenção utilizado, características individuais dos pacientes, fatores relacionados à doença, etc.
 35. PORTOCARRERO, Vera Maria, 1990. *O dispositivo da saúde mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro. A tese visa mostrar uma metamorfose na Psiquiatria brasileira, a partir da década de sessenta de nosso século, com o surgimento do dispositivo da saúde mental. A saúde mental é analisada como um dispositivo de produção de saber e de poder, que reúne um novo corpo teórico (multiplicidade de saberes), um novo corpo de profissionais ('trabalhadores de saúde mental') e novos programas de intervenção sobre a população. Esta metamorfose se estabelece sobretudo a partir do aparecimento dos conceitos de saúde e de poder no interior do discurso psiquiátrico brasileiro, que passa a ser constituído não só pelas vertentes próprias do modelo clássico asilar, como também por uma diversidade de teorias e estratégias antimanicomiais que compõem as chamadas psiquiatrias 'alternativas'. Tal metamorfose corresponde a uma mudança muito mais evidente no nível do saber do que no nível da prática. Com efeito, ao lado de profundas modificações quanto aos conceitos, objetos e métodos de análise, permanece quase inalterada a estrutura hospitalar, apesar das novas propostas de política de saúde mental e da tentativa de experiências inovadoras nas instituições asilares, que constituem o dispositivo da saúde mental. (AU)
 36. RODRIGUES, Antonia Regina Furegato, 1993. *Relações interpessoais enfermeiro-paciente: análise teórica e prática com vistas à humanização da assistência em saúde mental*. Tese de Livre Docência, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Apresentamos os conhecimentos teóricos da humanização da assistência e as observações da

prática da enfermagem psiquiátrica em suas relações interpessoais. Iniciamos com uma visão através dos tempos, destacando tendências de humanização da assistência e transformações com relação ao saber, valores e instrumentalização da enfermagem apontando os modelos de assistência para a prática da enfermagem. Os fundamentos teóricos focalizam o homem como centro nas relações interpessoais, a comunicação intrapessoal, as interações terapêuticas que servem de base para o enfermeiro conhecer a pessoa, suas relações e o manejo terapêutico das relações humanas. As observações das relações de 18 enfermeiros com paciente nas quatro unidades de assistência psiquiátrica, nos permitem registrar, analisar e sistematizar os resultados em três grandes grupos: ações que ajudam o paciente, ações que poderiam interferir nas relações resultando em atitudes não-terapêuticas e, fatores que afetam a comunicação interpessoal nas relações de ajuda. (AU)

37. SAEKI, Toyoko, 1994. *Análise da prática do enfermeiro em um hospital psiquiátrico*. Tese de Doutorado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. O principal objetivo deste estudo foi apreender as características básicas da prática do enfermeiro em um hospital psiquiátrico estatal, com regime de internação integral, localizado no interior paulista. Os resultados evidenciam, mais uma vez, a exacerbação das atividades de cunho burocrático-administrativo, na prática estudada. (AU)
38. SAMPAIO, José Jackson Coelho, 1992. *Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia*. Tese de doutorado, Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. O presente trabalho apresenta uma tese geral e algumas específicas, por isto opta por uma forma de apresentação modular. A introdução e a síntese conclusiva constróem como projeto, depois como resultado, a integração entre dois módulos. No capítulo I realiza-se acompanhamento crítico do percurso histórico da epidemiologia e de seu uso psiquiátrico, que se atrasou, traduziu as concepções gerais e os instrumentos para seu objetivo específico sem sequer adaptá-los, e permanece marginal no conjunto das publicações atuais da área. O capítulo II discute o método científico e sua aplicação epidemiológica, de modo a enfrentar o objeto que escapa e se ressignifica a cada mudança de referência histórica. No capítulo III discute-se a complexidade do processo saúde/doença mental, o numerador desta epidemiologia, e o conceito de modo de reapropriação, mediador concreto para a compreensão do adoecimento psíquico. O capítulo IV trata de população, o denominador da epidemiologia, e de como qualificá-lo para a investigação de doença mental, através da revelação dialógica histórico-estrutural de sua heterogeneidade. O conceito de população significativa qualifica e operacionaliza população e classe social. O capítulo V descreve uma pesquisa interdisciplinar, onde a epidemiologia dá conta de um dos níveis analíticos. (AU)
39. SCATENA, Maria Cecília Moraes, 1991. *Mundo do hospital psiquiátrico sob a perspectiva do doente que o habita*. Tese de Doutorado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Este estudo se propôs a encontrar caminhos que possibilitassem o acesso ao mundo-do-hospital psiquiátrico da perspectiva do doente mental. Para alcançar tal propósito foi utilizado o método fenomenológico. A partir da questão orientadora: como é para você viver no hospital? Foram ouvidos pacientes internado que, em seus depoimentos, falaram de como o hospital se mostra a eles. A análise das unidades significativas que emergiram dos discursos revelaram aspectos constitutivos do fenômeno estar internado no hospital psiquiátrico. (AU)
40. SOUSA, Ivanildo Cortez de, 1988. *De médico e de louco... Concepções e práticas sociais de saúde*. Tese de Doutorado, Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. O autor, em razão do seu campo de atuação escolhido, que é o da saúde coletiva, e em busca de caminhos que viabilizem uma prática e um saber mais adequado ao mesmo, procurou estudar a forma como as pessoas pensam e agem em função daquele que é o substrato essencial da área de saúde, qual seja, o processo de saúde-doença. Partindo da premissa de que estas concepções e práticas de saúde estão intrinsecamente ligadas à maneira como os indivíduos estão inseridos no processo de produção e reprodução de suas existências - ou seja, enquanto pertencentes a determinadas classes sociais - tentou-se, numa primeira instância, compreender qual o papel da ideologia na sua determinação. A partir da construção de um marco teórico baseado neste conceito, e do estudo dos diversos modos de manifestações ideológicas do referido processo no conjunto das instituições e valores sociais,

procedeu-se a elaboração de uma metodologia de investigação, onde foram operacionalizadas, como variável dependente, as concepções e práticas sociais de saúde. A pesquisa de campo, realizada através da aplicação de questionários abertos e gravações, em 148 indivíduos de várias posições sociais, revelou resultados e conclusões que corroboram, plenamente, as determinações inicialmente formuladas. A ressaltar, apenas o fato de que não se considera estes achados, como um fechamento de questão, mas, simplesmente, como uma contribuição a um campo promissor de pesquisa nas ciências sociais aplicadas à saúde. (AU)

41. TEIXEIRA, Marina Borges, 1988. *Percepção e sentimentos das alunas durante o período em que estavam cursando a disciplina Enfermagem Psiquiátrica do Curso de Graduação em Enfermagem*. Tese de doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. Através de uma abordagem qualitativa baseada e, princípios fenomenológicos, averigua a versão das alunas a respeito do enfoque de ser humano, dos conceitos de saúde e enfermagem e das funções da enfermeira; verifica se, durante o atendimento ao paciente psiquiátrico, as alunas revelam estar preocupadas com o enfoque, os conceitos e as funções da enfermeira; identifica quais as dificuldades e facilidades encontradas pelas alunas na disciplina Enfermagem Psiquiátrica, tendo em vista sua prática durante o estágio. Os SS são 16 alunas de graduação em enfermagem de uma escola governamental do Estado de São Paulo que cursam a disciplina Enfermagem Psiquiátrica. Utiliza como instrumentos questionários e entrevistas semi-dirigidas. Os resultados descritivos do estudo revelam facilidades e dificuldades sobretudo no processo de relacionamento terapêutico, percebidas pelas alunas na disciplina Enfermagem Psiquiátrica, que são objeto de discussão. Apresenta sugestões visando melhorar o ensino dessa disciplina, considerando sua inserção no curso de que faz parte. (AU)
42. TSU, Tânia Maria José Aiello, 1986. *Busca de internação em hospital psiquiátrico: análise do discurso dos acompanhantes*. Tese de doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. Investiga a relação entre o discurso do familiar acompanhante e a decisão do psiquiatra em internar o paciente no contexto da assistência psiquiátrica pública. Realiza 125 entrevistas com acompanhantes de pacientes que buscam atendimento em um Pronto Socorro Psiquiátrico estatal. Utiliza um questionário aberto e examina as respostas de acordo com um procedimento de análise de conteúdo a partir de categorias empíricas. Os resultados demonstram que o acompanhante é um familiar proveniente da camada economicamente desfavorecida, que busca o serviço com intenção de obter, especificamente, a internação com finalidade custodial. Para conseguir seu intento, apresenta uma série de queixas do paciente, entre as quais predominam: agressividade, alterações de comunicação verbal e alterações da atividade geral. As queixas de agressividade são as mais freqüentemente formuladas por acompanhantes do sexo feminino, mas têm maior probabilidade de influir na decisão do médico quando apresentadas por acompanhantes masculinos. A conduta médica revela-se dependente das variáveis: desejo do acompanhante de internar, queixa de agressividade e diagnóstico psiquiátrico. Conclui que são evidentes as dificuldades médicas e familiares para suportar uma política de desospitalização, tendo em vista que a clientela vive em condições sócio-econômicas extremamente desfavoráveis. (AU)
43. VILLELA, Wilza Vieira, 1992. *Mulher e saúde mental: da importância do conceito de gênero na abordagem da loucura feminina*. Tese de doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, onde busca-se discutir a pertinência da incorporação do conceito de gênero às práticas de saúde mental, a partir de um estudo de caso realizado em uma unidade do SUDS-R-1. Parte do pressuposto que as práticas de saúde mental historicamente têm se caracterizado pelo seu caráter crítico e transformador em relação à psiquiatria. Além disso, considera que o conceito de gênero, ao sintetizar as particularidades da opressão feminina, apresenta-se consistente e coerente com os demais que fomentam o desenvolvimento dessas práticas. (AU)

RESUMOS DAS DISSERTAÇÕES DE MESTRADO ANALISADAS

Índice das Dissertações por Banco de Dados:

AMARANTE, P e Col: 1, 2, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112.

TB - Teses Brasileiras: 4, 6, 7, 14, 17, 18, 20, 21, 25, 28, 34, 38, 40, 43, 50, 53, 54, 59, 60, 62, 67, 75, 82, 84, 85, 86, 93, 95, 98, 101.

LILACS: 3, 4, 7, 8, 9, 10, 15, 22, 25, 29, 31, 33, 35, 45, 46, 48, 49, 57, 58, 69, 72, 76, 77, 78, 79, 82, 83, 87, 101, 105, 110.

DISSERTAÇÕES DE MESTRADO

1. ABOUD, Ana Cláudia S. Vazquez, 2000. *Pacientes em processo de coma: alterações da vida*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Partindo da premissa de que o paciente em coma é um sujeito e que seu processo comatoso é uma alteração do estado de vida, em contraposição ao imaginário social que lhe atribui estereótipos de sono próximo a morte, inércia, suspensão de sua vida mental e impotência, esta dissertação tem como objetivo demonstrar que o coma é demarcado no limite entre o caos e o desejo na medida que cada paciente vivencia o processo comatoso de forma singular e demarcado conforme sua experiência subjetiva, implementando movimentos em direção a processos de vida ou de morte. Para tanto, foram utilizados análise de casos clínicos, entrevistas com médicos, familiares e pacientes que saíram do coma, além de pesquisa bibliográfica, utilizando a psicanálise como arcabouço teórico que fundamenta as inferências e conclusões propostas nesta dissertação. (AU)
2. ABRANCHES, Cecy Dunshee de, 1998. *Cuidando de quem cuida: estudo das situações vivenciadas pelos profissionais de saúde, no lidar com doença crônica e iminência de morte, em um hospital pediátrico terciário*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. O presente trabalho tem por objeto de estudo, as situações vivenciadas pelos profissionais de saúde, no lidar com doença crônica e iminência de morte, em um hospital pediátrico terciário. Como objetivo procuramos compreender melhor estas situações, para que se tornasse possível buscar instrumentos que diminuíssem os efeitos negativos dessa natureza de trabalho, resultando assim, em melhoria da prática no campo assistencial. Na obtenção e leitura do material de análise foram utilizados princípios da metodologia qualitativa. As técnicas do trabalho de campo realizadas foram: a observação participante e a entrevista semi-estruturada com representantes da equipe que atende a doença Fibrose Cística, no Instituto Fernandes Figueira. Deste estudo, concluímos que cuidando de quem cuida, poderemos ter uma melhoria nos processos terapêuticos pois, uma clientela submetida a uma equipe que possa usar mais espontânea e criativamente seus conhecimentos específicos, tenderá a apresentar também uma atitude mais colaborativa e participante em seu próprio tratamento, com aumento de sua capacidade de autocuidados e crescimento em qualidade de vida. (AU)
3. ALMEIDA, Roberto Santoro Pires de Carvalho, 1996. *A organização de um serviço de Saúde Mental em um hospital pediátrico público brasileiro: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro : Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria. Apresenta um estudo de caso da organização de um serviço de Saúde Mental em um hospital pediátrico público brasileiro. Através de um método histórico descritivo, utilizando uma combinação de estratégias da pesquisa qualitativa. Apresenta diagnóstico da situação, utilizando informações da literatura internacional e dados do hospital, permitindo a construção de um projeto que vai conduzir a organização do novo serviço.
4. AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho, 1982. *Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil (1830-1920)*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Para discutir as colônias de alienados no Brasil enquanto projeto alternativo do asilo clássico, o autor resgata a história do início do movimento alienista, da criação do Hospício de Pedro II, das primeiras legislações, além de analisar a evolução do conceito de doença mental em relação com o modelo assistencial psiquiátrico.
5. AMORIM, Annibal Coelho de, 1997. *O 'espetáculo da loucura' - Alienismo Oitocentista... Psiquiatria do III Milênio: A construção social da linguagem do déficit e a progressiva enfermidade da cultura*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Esta dissertação, partindo da abordagem construcionista social na moderna psicologia, propõe-se a examinar questões referentes ao tema da linguagem do déficit, com ênfase nas recentes contribuições de Kenneth Gergen, particularmente suas preocupações acerca da 'progressiva enfermidade da cultura', determinada, em grande parte, pela difusão de uma linguagem sofisticadamente retificada

empregada por profissionais do chamado 'campo terapêutico'. No capítulo I são estabelecidos os marcos teóricos do construcionismo social - inicialmente as contribuições de Berger & Luckmann, secundados por Kenneth J. Gergen -, proposições fundamentais à compreensão e análise crítica da 'linguagem do déficit', conceito central do trabalho. No capítulo II, serão enfatizadas as contribuições de Michel Foucault ao abordar a 'loucura' como objeto histórico - mais especificamente o Nascimento da Clínica e a 'grande internação'-, para a seguir, no capítulo III (re)visar a 'história da loucura no Brasil' do início do século. No capítulo IV é apresentada a metodologia e procedido o estudo dos prontuários na emergência do alienismo no Brasil. Considerações finais ressalta [sic] os desdobramentos e o possível impacto da 'linguagem do déficit' na área da saúde mental, em oposição à alternativa da 'linguagem relacional', proposta pelos contrucionistas sociais. Fragmentos de crônicas e da literatura de Lima Barreto, fotografias do Rio de Janeiro no início do século, compõem o anexo da dissertação com o objetivo de 'reconstruir e contextualizar socioculturalmente' a emergência do alienismo no Brasil. Finalizando, no Apêndice são ressaltadas 'apropriações indêbitas' de termos originariamente médicos. (AU)

6. ARCARO, Nicolau Tadeu, 1989. *Caracterização de aspectos da clientela e sistema de atendimento de um ambulatório de saúde mental*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. Estudo descritivo a respeito de características da clientela e do atendimento prestado por um ambulatório de saúde mental do serviço público do Estado de São Paulo. Examina de forma sistemática, 164 prontuários de atendimento (10 por cento do total) e suas respectivas folhas de triagem, selecionados com base na sua numeração valendo-se, assim, do trabalho dos profissionais da instituição na coleta dos dados brutos e na avaliação das características das problemáticas dos pacientes. Submete os dados obtidos à análise de conteúdo e os classifica, em seus diversos aspectos, segundo um sistema de 12 conjuntos de categorias construído pelo autor. Complementa a aplicação desse sistema com descrições a respeito de alguns aspectos da clientela registrados nos prontuários que não permitiam uma utilização adequada do sistema de categorização. Os resultados apresentam informações de interesse sobre a clientela e permitem uma análise crítica do sistema de atendimento, sugerindo mudanças produtivas. Aponta referências a contradições da política de saúde mental do governo, com respeito ao sistema de atendimento. Destaca a necessidade de ações políticas e sociais para resolver muitos dos problemas apresentados pela clientela. (AU)
7. ANDRADE, Márcia Schmidt, 1992. *Democratização no hospital psiquiátrico - um estudo da Colônia Juliano Moreira nos anos 80*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Na década de oitenta são desenvolvidas experiências de transformação do modelo assistencial em hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde, na cidade do Rio de Janeiro. Na Colônia Juliano Moreira é observada com frequência a associação dos termos democrático/democratização ao processo de transformação, da parte dos agentes institucionais. A questão central em torno da qual é construída é a seguinte: por que existe esta associação tão estreita, e qual a influência do conteúdo propriamente democrático no processo? Para a análise desta questão, são levantadas as condições que permitem o desencadeamento do processo de mudança, com a característica democratizante, da parte dos órgãos públicos, da própria instituição e dos agentes à frente da experiência. Igualmente, são localizados três aspectos institucionais: técnico-assistencial, político-gerencial e da utilização do espaço urbano - onde o componente democrático evidencia-se com maior intensidade. Por fim, é observado que tal processo de mudança é, na prática, representado simbolicamente pelo Projeto Institucional da Colônia. Neste trabalho, tal projeto é considerado um mito institucional, que expressa aquela realidade particular. Analisa-se que as imagens e representações relativas ao componente democrático são centrais na constituição de tal mito. (AU)
8. BALDI, Vivian Melhado, 1992. *Atuação do enfermeiro psiquiátrico em um macro-hospital estatal: análise de uma experiência de grupo*. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Neste trabalho, descreve e analisa a atuação do enfermeiro psiquiátrico em um macro-hospital estatal, entendendo-a como resultante, em parte, de transformações histórica e sociais. Entretanto, são aqui focalizados, sobretudo, os

relacionamentos inter-pessoais e suas implicações no desenvolvimento das tarefas das equipes multiprofissionais da referida instituição. Os dados foram obtidos em reuniões com os pesquisadores, um grupo de 4 enfermeiros psiquiátricos que trabalharam juntos no hospital estatal. A metodologia empregada baseia-se nos postulados da pesquisa-ação expressos por Thiollent. Os resultados do trabalho sugerem que a atuação nesse campo profissional é multi-determinada: ela depende de fatores ligados à formação acadêmica do enfermeiro, de características conjunturais da própria sociedade, especialmente aquelas que afetam e que são afetadas pelas políticas de saúde, e nesse caso, pelas políticas de saúde mental. (AU)

9. BARBOSA, João Ilo Coelho, 1992. *Uma caracterização das clínicas-escola de Fortaleza – 97 p.* Dissertação de Mestrado, São Paulo : Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. Investigação de 03 clínicas-escola de Fortaleza, sobre a caracterização de sua clientela infantil e do atendimento que realizam. Investiga os prontuários de todos os clientes de até 15 anos de idade, no período de 1988 a 1990, coletando dados pessoais e informações sobre o atendimento realizado. Verifica que a população é predominantemente masculina, com maior incidência de crianças entre 6 e 10 anos, encaminhadas pela escola, com queixas de comportamento ou de dificuldades no desenvolvimento de habilidades escolares. Verifica que os procedimentos mais frequentemente utilizados são psicodiagnóstico e ludoterapia. Há alto índice de abandono desses tratamentos. Conclui que as clínicas investigadas são semelhantes às de outras regiões do país, quanto às características da população infantil, ao tipo de atuação, e às dificuldades vivenciadas nessa atuação. Discute algumas questões teóricas referentes aos dados encontrados e faz algumas sugestões para atuação mais adequadas às características e necessidades da população atendida nessas clínicas.
10. BARCELLOS, Daisy Macedo de, 1989. *Políticas de saúde mental e a organização do hospital público no Rio Grande do Sul.* Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Este estudo trata de uma reflexão crítica, fortemente ancorada na contribuição das Ciências Sociais, acerca do processo de implantação das metas de um plano de saúde mental a nível da organização interna de um hospital psiquiátrico localizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no período de 1980 a 1982. A partir da caracterização das políticas constantes no plano e das instituições públicas responsáveis pela gestão, o estudo se desenvolve no sentido de pormenorizar a realidade do cotidiano de uma enfermaria de internação do hospital, visando elucidar as pautas de interação aí predominantes. (AU)
11. BARRETO, Jubel, 1998. *O Besouro dentro da caixa: Reflexões sobre o projeto moderno de naturalização da mente.* Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado de Rio de Janeiro. A dissertação que se segue pretende apresentar uma contribuição para se refletir acerca dos rumos da psiquiatria contemporânea, adotando como ponto de partida a inflexão observada na produção teórica e na prática clínica caracterizada pelo prestígio crescente das concepções de orientação fiscalista, que parecem vir deslocando gradualmente a psicanálise da posição de influência de que desfrutou entre nós até, aproximadamente, os anos 80. Indaga sobre se este fenômeno é novo, como se apregoa, ou se representa uma retomada, em linguagem nova, do projeto de fiscalização da mente que teve o seu momento de maior esplendor no século XIX, a partir da teoria frenológica, que, pela primeira vez, anunciou que o cérebro é o órgão da alma. A meta a que se propõe é testar algumas hipóteses a respeito do sentido destas mudanças, adotando como perspectiva não a consistência dos dados empíricos ou dos fundamentos epistemológicos, mas as suposições básicas que parecem sustentar o projeto mais geral de naturalização da mente como um ponto de vista privilegiado, isto é, como teoria. (AU)
12. BARROS, Denise Dias, 1990. *A desinstitucionalização italiana: a experiência de Trieste.* Dissertação de Mestrado, São Paulo: Departamento de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Esta dissertação foi elaborada no sentido de conhecer os caminhos que o movimento de transformação da psiquiatria institucional italiana percorreu, revelando o conteúdo das inovações teóricas e práticas e as estratégias que possibilitaram seus desdobramentos e permanência no tempo. Desta maneira, localiza-se os aspectos fundamentais da história da constituição da psiquiatria italiana a partir da primeira metade do

século XX e a discussão sobre o nascimento do paradigma psiquiátrico, na França, quando da criação da Lei de 1834 que orienta a discussão na Europa. Na década de 60, a comunidade terapêutica de Gorizia marca o início da desinstitucionalização italiana cujas elaborações tornam-se as bases do processo desencadeado em Trieste a partir de 1971 e ainda, hoje, em curso. No período compreendido entre seu início e a aprovação, em 1978, da lei n.º 180, que sancionou as inovações produzidas, aboliu-se a ligação imediata entre doença mental e periculosidade social. Hoje, a pessoa em tratamento psiquiátrico não perde seus direitos e deveres civis. Em Trieste o manicômio foi desconstruído e criou-se uma rede de serviços assistenciais descentralizados no território. (AU)

13. BENTES, Ana Lúcia Seabra, 1999. *Tudo como dantes no quartel d'abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. A presente dissertação tem por objetivo estudar as internações psiquiátricas de crianças e adolescentes do sexo masculino realizadas através de Ofícios dos Juizados da Infância e da Juventude do Estado do Rio de Janeiro, no período 1994 – 97, comparando-as com os demais pacientes do mesmo sexo, encaminhados por dispositivos não judiciais (iniciativa de familiares e indicações de Serviços de Saúde). Tais internações por Mandado Judicial tornaram-se progressivamente mais numerosas, representando, no ano de 1997, um terço do total de primeiras internações de crianças e adolescentes do sexo masculino na Unidade Hospitalar Vicente Rezende (UHVR). Discute-se criticamente a prática de encaminhamento judicial direto, sem a participação de equipe técnica em Saúde Mental na avaliação prévia da crianças e adolescentes, à internação psiquiátrica, bem como as restrições impostas ao procedimento de alta médica, condicionado à posterior decisão judicial quanto ao retorno do adolescente ao Juizado. Os aportes teóricos e documentais incluem: revisão histórica das legislações voltadas para a infância e juventude no Brasil e um breve resumo da história da UHVR – unidade pertencente ao Centro Psiquiátrico Pedro II – que, desde 1995 (com a extinção do hospital da Fundação Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência – FCBIA), é a única instituição psiquiátrica pública de internação de crianças e adolescentes no Estado do RJ, representando portanto o destino exclusivo desses encaminhamentos judiciais. Foram comparados os critérios de seleção para internação de crianças e adolescentes utilizados pelos juizes com aqueles da equipe de atendimento da Unidade, subsidiando esse estudo comparativo por meio de : dados quantitativos dos prontuários, entrevista de um juiz da Infância e Juventude, grupo focal com a equipe técnica da UHVR e estudos de casos de internações por encaminhamento judicial. Objetiva-se com a presente dissertação, reunir subsídios para a adequação de critérios e procedimentos para a internação psiquiátrica de crianças e adolescentes, visando reduzir a exclusão social dos mesmos e redefinir, de forma mais favorável às crianças e adolescentes, as alternativas de tratamento médico-psicológico e de (re)educação que lhes têm sido propostas no contexto brasileiro. (AU)
14. BRAGA, Violante Augusta Batista, 1993. *Enfermagem e a disciplina enfermagem psiquiátrica - Visão da aluna*. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Este estudo tem como objetivos evidenciar e analisar a visão da aluna de enfermagem do sexto e oitavo semestres do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará no que diz respeito a: 1) concepção da enfermagem, evidenciando aspectos relativos ao paciente; 2) expectativas da aluna de enfermagem quanto à disciplina Enfermagem Psiquiátrica; 3) contribuição da disciplina Enfermagem Psiquiátrica na formação profissional e crescimento pessoal da aluna e um estudo qualitativo, no qual utilizou-se a técnica de análise temática. A apreensão do significado das mensagens emitidas pelas alunas deu-se através da análise de suas falas. Partindo do conteúdo manifesto em seus discursos buscou-se apreender o conteúdo latente da mensagem. (AU)
15. BRASIL, Marco Antonio Alves, 1982. *A unidade psiquiátrica em hospital geral*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. É feita uma revisão crítica da literatura sobre a unidade psiquiátrica de hospital geral, incluindo sua história, sua estrutura física e funcional, seu relacionamento intra-hospitalar (com ênfase ao serviço de interconsulta), sua clientela assistida e potencial terapêutico, e o seu papel dentre o

do continuum assistencial psiquiátrico. A partir de dados obtidos por questionário, é feita uma avaliação sobre as unidades psiquiátricas existentes nos hospitais gerais universitários no Brasil e suas implicações para o ensino e a assistência. Comenta-se a situação atual da assistência psiquiátrica brasileira e a ausência de unidades psiquiátricas de hospital geral entre os recursos assistenciais existentes. É defendida a inclusão dessas unidades no conjunto assistencial. Algumas medidas são propostas nesse sentido. (AU)

16. BRAZ, Marlene, 1994. *O indivíduo, o sujeito, a alma - A psicologia médica e a visão holística: uma interpretação histórica*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Através da Psicologia Médica, objeto desta pesquisa, procurou-se entender, além da construção deste campo, a emergência de conceitos disseminados na área da saúde. Tais categorias que se repetem no discurso dos profissionais da Psicologia Médica são: visão holística, neohipocratismos, medicina integral, humanização, interdisciplinaridade e biopsicossocial. Para tanto, a abordagem do problema se fez em etapas: a) reconstrução da história do conhecimento médico, da Grécia até os dias atuais, contextualizando-a com as condições sócio-políticas-econômicas implicadas no processo; b) caracterização das diferenças entre as sociedades tradicionais e modernas, isto é, entre as concepções de mundo holista e individualista; c) a questão da dualidade corpo-mente e as correntes de pensamento que influíram na construção do campo teórico da Psicologia Médica; d) as origens da Psicologia Médica e sua difusão, particularizando o Rio de Janeiro; e) a análise das ideologias de humanização e interdisciplinaridade como encobridoras do projeto de Estado de Bem Estar e do projeto psicanalítico de difusão, concluindo-se pelo fracasso da proposta da Psicologia Médica em mudar o médico através do ensino de saberes e técnicas psicológicas. (AU)
17. CAETANO, Gustavo A. P. B. Vieira, 1997. *Bloqueio de leito psiquiátrico em serviços destinados a pacientes agudos*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Primeiro é feito um breve histórico do movimento que se convencionou chamar de Desinstitucionalização, a fim de situar contextualmente o problema em torno dos pacientes bloqueadores de leito. Depois disto é traçado um perfil clínico e social destes pacientes, fazendo-se uma comparação com outro grupo de pacientes psiquiátricos, com sintomatologia em atividade, estando ambos os grupos internados em um hospital psiquiátrico para pacientes agudos. Foram utilizados dois instrumentos de avaliação: as escalas Positive and Negative Symtoms Scale (PANSS) para avaliação de sintomas psíquicos, agudos e crônicos; e a Social Beheaviour Scale (SBS), para análise do comportamento social destes pacientes. Também foi quantificado o uso de medicamentos pelos dois grupos de pacientes e convertidos para padrão de uso, com redução do total de medicamentos à apenas três. Isso permitiu constatar-se que no momento da chegada ao hospital ambos os grupos tinham uso semelhante de medicação e portanto eram pacientes agudos. Já na saída, os 'bed-blockers' têm uso várias vezes menor de medicação, comprovando que são pacientes sem sintomas ativos. Além disto, o nível de utilização do staff e outros recursos que o hospital oferece também foi analisado. Concluiu-se que os pacientes chamados de 'bed-blockers' têm sintomatologia com a Síndrome Negativa, de Crow, ingerem pouca quantidade de medicação, participam muito pouco das atividades hospitalares e sofrem raras intervenções pelo staff do hospital. Com esses dados, o autor traça o perfil de uma unidade que estaria adequada a receber estes pacientes, discute algumas conseqüências da permanência destes pacientes em uma unidade de agudos, critica o conceito atual embutido no termo 'bed-blockers' e propõe uma nova conceituação para esse termo, concluindo que os mecanismos que levam à que um paciente se torne um bloqueador de leito estão intrinsecamente ligados às características da doença e do sistema de saúde. (AU)
18. CALACHE, Ivanhoé, 1993. *Sentido da vida: uma questão de saúde mental do idoso*. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. O presente estudo trata-se de uma contribuição à reflexão de aspectos existenciais relevantes para a compreensão do ser idoso, particularmente, os fatores indicativos de sua higidez mental, especificamente, a sua capacidade de encontrar um sentido para a vida, bem como, os fatores que favorecem ou impedem essa busca. Para tal utilizou-se como referencial teórico a análise

existencial de Viktor Frankl sobre o sentido da vida e como referencial metodológico o enfoque humanista-existencial-personalista. A metodologia de orientação qualitativa utilizou-se da tomada de depoimentos dos idosos, obtidos através de entrevistas orientadas por questões norteadoras acerca da temática central. Os resultados foram trabalhados de forma criteriosa segundo o modelo proposto por Giorgi, adaptado para o presente estudo. O estudo possibilitou apreender que os idosos entrevistados, dentro de sua singularidade e individualidade, apresentaram postura positiva em relação à suas vidas. Que estas foram marcadas pelo esforço e pelo trabalho até o sacrifício, conseguindo assim alcançarem um patamar de vida melhor, para si e para suas famílias, produzindo-se assim as pré-condições de seu bem estar social atual. (AU)

19. CAMMAROTA, Fabio Cidreira, 2000. *Reabilitação psicossocial: discursos e práticas em saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. As mudanças nas práticas em saúde mental refletiram-se em intensos debates que têm marcado a reforma psiquiátrica brasileira. Entre estes debates, encontram-se iniciativas que buscam estabelecer nas políticas sociais existentes o processo de reabilitação psicossocial para os enfermos psíquicos, como uma das formas de superação das práticas tradicionais. Neste contexto, foi realizado este estudo de caso, do tipo exploratório, nas 3 (três) unidades de saúde mental administradas pela Prefeitura Municipal de Salvador, Bahia-Brasil – entre os meses de novembro de 1999 a abril de 2000. O propósito desta pesquisa foi o de investigar as práticas assistenciais, identificando as possibilidades para a reabilitação a partir das percepções dos atores selecionados na investigação, ou seja, os agentes terapêuticos, os usuários e as famílias. Para tanto, foram comparadas as práticas assistenciais desenvolvidas nos dois ambulatorios e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para a reabilitação dos usuários. Analisaram-se, também, as possíveis repercussões da dinâmica familiar sobre o processo de reabilitação psicossocial. Consideraram-se, ainda, as representações dos atores investigados sobre doença mental, loucura e exclusão social como fatores intervenientes no processo de reabilitação. A moldura teórica da pesquisa teve por base a construção histórico-cultural da loucura e os modelos de assistência em saúde mental. A partir desses referenciais, foram construídas categorias analíticas que sustentaram o tratamento do material empírico coletado por meio de entrevistas semi-estruturadas e estruturadas, bem como pela observação participante. A análise das percepções dos atores indicou que a doença mental e a loucura eram expressas por meio das representações de exclusão social, seja no âmbito da rede social, seja nas relações familiares, seja no campo da atividade produtiva. As práticas desenvolvidas nas unidades caracterizaram-se como tentativas de socialização, onde se percebeu dificuldades de ruptura do modelo assistencial tradicional.
20. CAMPOS, Célia Maria Sivali, 1998. *Consolidando a reforma psiquiátrica no Brasil através dos hospitais-dia : a emergência das contradições entre a intencionalidade e a operacionalidade*. Dissertação de Mestrado, São Paulo : Universidade de São Paulo, Enfermagem Psiquiátrica. Análise da distância e as contradições existentes entre o discurso e a prática da desospitalização da doença mental, através dos hospitais-dia.
21. CAMPOS, Florianita Coelho Braga, 1988. *O Psicólogo, o usuário e a Saúde Mental na Instituição Pública: o atendimento na Rede Básica de Saúde de Campinas/SP*. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Pós Graduação em Psicologia Social. Estudo dos aspectos de Saúde Mental existentes na área Materno-Infantil na Rede Básica de Saúde de Campinas e verificação da forma como estão sendo entendidos pelos usuários. Análise da relação do usuário com o serviço, suas concepções sobre o processo saúde-doença e gestação-maternidade. Estudo da representação social que as psicólogas têm sobre si mesmas, seu trabalho, seu papel profissional e a resolatividade do serviço na instituição pública, através da análise de discurso das mesmas. Foram verificados desencontros entre o que o usuário precisa e o que os programas institucionais de saúde oferecem, não conseguindo os profissionais atender com sucesso as necessidades reais do usuário.
22. CAMPOY, Marcos Antonio, 1998. *Repensando a assistência ao paciente psiquiátrico no hospital geral: contribuição à reforma psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado, São Paulo :

Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. Esse trabalho permitiu mostrar o caminho percorrido pelo paciente psiquiátrico que buscava assistência especializada no pronto-socorro do hospital geral. O objetivo foi averiguar como está se dando essa assistência no hospital geral e se isso poderia contribuir com a proposta da reforma psiquiátrica, que visa a diminuição da manutenção em hospitais especializados e cronificação da doença mental. A metodologia utilizada foi o estudo de caso, que acompanhou o percurso do paciente desde sua entrada no hospital, passando pela triagem, a abertura de ficha, a consulta médica e o momento da observação psiquiátrica na enfermaria. A análise permitiu mostrar que diferentemente do que preconiza a reforma psiquiátrica, que prevê o acolhimento dos pacientes, isso não acontecia. Os pacientes com problemas de dependência química ocupavam por tempo maior os leitos das enfermarias, enquanto os psicóticos, mesmo que absorvam maior número de consultas, ocupam esses leitos por menor tempo. Isso permite a inferência de que os pacientes eram encaminhados para internação especializada de forma direta, após a consulta médica, o que nega os princípios da reforma.

23. CARRARA, Sérgio Luiz, 1987. *Crime e loucura: o aparecimento do Manicômio Judiciário na passagem do século*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Nesta dissertação trato da questão da emergência histórica de uma modalidade singular de exclusão social, expressa de modo exemplar no tratamento legal e institucional dispensado hoje aos delinquentes considerados mentalmente doentes ou anormais. A estratégia da pesquisa privilegiou dois níveis distintos de abordagem. Por um lado, procurei analisar os campos discursivos especializados, a antropologia criminal e a psiquiatria, esclarecendo o sentido de algumas categorias relevantes: monomania, degeneração e criminalidade nata. Nessa direção, interessei-me em apontar relações significativas que se teciam entre o crime e a loucura em finais do século XIX e início do século XX, momento em que se assiste ao surgimento de manicômios judiciais, especialmente destinados à reclusão dos loucos criminosos. Por outro lado, busquei a maneira através da qual as categorias forjadas nesses campos discursivos incidiam na prática judicial concreta. A partir da descrição minuciosa de um caso médico-legal ocorrido no Rio de Janeiro, na década de 1890, foi possível perceber que a penetração de concepções cientificistas e bioterministas nos tribunais comprometeu o funcionamento do sistema jurídico penal liberal, condicionando, em certa medida, o aparecimento mesmo dos manicômios judiciais e da legislação penal que os sustenta. (AU)
24. CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de, 1997. *O elemento psíquico no trabalho humano: a Liga Brasileira de Higiene Mental e o processo de produção discursiva do campo. Trabalho e Higiene Mental no Brasil entre 1925 e 1934*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Esta dissertação analisa a produção discursiva da psiquiatria higienista brasileira, entre 1925 e 1934, que enfoca, basicamente, as relações entre psiquismo e trabalho humano, a partir da associação entre higiene mental e trabalho. Denominamos Trabalho e Higiene Mental (THM) o campo de saber e de práticas resultante da interseção daqueles dois registros. O procedimento de análise foi construído a partir da associação de elementos da arqueologia do saber e da genealogia do poder, de Michel Foucault. Os Arquivos Brasileiros de Higiene Mental (ABHM) constituem a fonte de textos para exame. A partir desses documentos, que incluem textos médicos ('artigos originaes', resenhas e análises), relatórios, atas e anais de reuniões, assembleias e congressos, realizou-se a análise dos discursos produzidos pela Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) que se referem às relações entre trabalho e higiene mental. Buscou-se apontar suas condições de possibilidade histórico-políticas, seus referentes conceituais básicos (incluindo as dimensões do objeto, do enunciado e da teorização) e seus objetivos quanto à formação e organização da força de trabalho industrial emergente - além do alvo principal das ações e dos principais agentes envolvidos no processo -, visando responder como essa formação discursiva se constitui e se reproduz. (AU)
25. CASTRO, Rosiani de Cássia Boamorte Ribeiro de, 1999. *A interação enfermeiro-usuário no contexto da reforma psiquiátrica: aspectos da comunicação não verbal*. Dissertação de Mestrado: Universidade de São Paulo, Enfermagem Psiquiátrica. Análise das comunicações

não verbais entre paciente e enfermeiro psiquiátrico e das respectivas representações sociais no contexto da reforma psiquiátrica.

26. CAVALCANTI, Maria Tavares, 1992. *O tear das cinzas: um estudo sobre as relações entre psicose e instituição psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. O presente trabalho tem por objeto as relações entre Psicose e Instituição Psiquiátrica. Inicialmente conceituamos Psicose na clínica psiquiátrica e na clínica psicanalítica, e percorremos a evolução das Instituições Psiquiátricas e das várias Políticas de Saúde Mental, passado pelo Alienismo, a Política de Setor Francesa, o Modelo Americano e a Desinstitucionalização Italiana. Em seguida, discutimos a validade dos tratamentos comunitários e hospitalares para os pacientes psicóticos e concluímos que o tipo de instituição não é o que há de mais fundamental para a qualidade do trabalho realizado. Enfatizamos que não há possibilidade de uma terapêutica para a Psicose sem a elaboração de uma Teoria, construída a partir da própria praxis, e, baseando-se nas idéias de Jean Oury, apontamos a Ética - relação entre Ação e Desejo - como condição 'sine qua non' desta prática. Na última parte da dissertação procuramos ilustrar as elaborações anteriores e discutir as relações entre Psicose e Instituição Psiquiátrica no Brasil atual, através de entrevistas realizadas com técnicos e pacientes de instituições psiquiátricas do Rio de Janeiro (Colônia Juliano Moreira e Hospital-dia do Instituto de Psiquiatria da UFRJ) e de São Paulo (CAPS, A Casa Hospital-dia e NAPS). (AU)
27. CHARAM, Isaac, 1986. *A legislação sobre doentes mentais no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Apresentação e discussão da legislação brasileira sobre assistência e proteção à pessoa e bens dos doentes mentais. Abrangendo o período Imperial, de 1841 a 1978, num total de 137 anos, pesquisadores em Diários Oficiais e Coleções de Leis. Em especial critica-se o Decreto 24.559, de 3 de julho de 1934, sobre o qual recaem que só em parte são respondidas. As contradições e anacronismo da legislação cinquentenária exigem sua total reformulação. A revisão da literatura brasileira mostrou que as mesmas denúncias de médicos sobre o tratamento dos doentes mentais, escritas em livros e revistas médicas desde 1868, continuam sendo formuladas em 1986. Há sugestões para nova legislação, conforme recomendações da Organização Mundial de Saúde, e apresentação dos Direitos dos Pacientes Psiquiátricos. (AU)
28. COLVERO, Luciana de Almeida, 1994. *Significado do ser enfermeiro em ambulatório de saúde mental*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Este estudo é resultado de minhas inquietações com o mundo e a vida dos enfermeiros que trabalham em ambulatórios de saúde mental. Tem a proposta de compreender a vivência desses enfermeiros, mediante o significado que eles atribuem ao ser enfermeiro de uma unidade ambulatorial de saúde mental. Para alcançar tal propósito, optei por realizar uma pesquisa qualitativa, segundo o referencial fenomenológico. Como forma de desvelar o fenômeno, busquei os discursos de seis enfermeiras, tendo como questão norteadora: para você, o que é ser enfermeiro em ambulatório de saúde mental? A análise compreensiva dos discursos possibilitou emergir os aspectos constitutivos do fenômeno: ser enfermeiro em ambulatório de saúde mental. Nesta perspectiva, novos horizontes se abriram no que tange à prática e à formação profissional do enfermeiro. (AU)
29. COSTA, Maria Henriquetta Camarotti, 1997. *Perfil da situação clínica, familiar e psicossocial de pacientes esquizofrênicos: Follow up de oito anos de funcionamento do Instituto de Saúde Mental do DF*. Dissertação de Mestrado, Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. A proposta deste estudo foi fazer uma avaliação de follow up dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia atendidos no programa do Hospital-Dia (HD) do Instituto de Saúde Mental do DF (ISM-DF), atendidos no período de oito anos de funcionamento da Instituição (junho de 1987 a dezembro de 1995), levantando e correlacionando a situação clínica, social e ocupacional dos usuários e a participação e sobrecarga de seus familiares. Para o follow up, foram entrevistados 65 usuários e familiares. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Avaliação de Funcionários Global - AGF, Escala de Avaliação das Síndromes Positiva e Negativa - PANSS, Entrevista Estruturada elaborado para o estudo. Os resultados demonstraram haver uma correlação positiva entre a presença de sintomas negativos e número

de internações; entre a sobrecarga familiar e o número de internações. Foi demonstrada também uma correlação negativa entre o número de internações nos dois últimos anos e a participação dos pacientes em outras atividades; entre a presença de sintomas negativos e a situação ocupacional, e entre a participação dos familiares e o número de internações, e finalmente, entre o tempo de doença e trabalho formal. Os dados mostraram ainda, que o grupo de pacientes com tempo de permanência no HD de até 12 meses apresentaram melhores resultados quanto à situação psicossocial. Os resultados do follow up serviram de substrato para a reflexão sobre o funcionamento da Instituição, apontando caminhos de pesquisas futuras. (AU) 

30. COSTA, Marisa Pacini, 1991. *Estudo epidemiológico: saúde mental do idoso - Brasília, DF*. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Foi realizado um estudo epidemiológico sobre distúrbios mentais em uma amostra populacional de idosos (maiores de 55 anos) em Brasília, Distrito Federal. Aplicou-se dois instrumentos: uma ficha familiar, contendo informações demográficas e socioeconômicas e um instrumento de rastreamento denominado Questionário de Morbidade Psiquiátrica em Adulto (QMPA), para identificar possíveis portadores de doença mental. A prevalência global nesta população foi de 19,8%. Foram pesquisadas as prevalências segundo as seguintes variáveis socioeconômicas e demográficas: sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, religião e prática religiosa, inserção no sistema produtivo, renda per capita, migração e tamanho da família. Foram demonstradas associações entre distúrbio mental em idosos com menores rendas (per capita) e, com menores níveis de escolaridade, com diferenças estatisticamente significantes. Já para as demais prevalências, as diferenças encontradas não foram significativas do ponto de vista estatístico. Comparada ao grupo de não-idosos, a prevalência de distúrbios mentais foi maior no grupo dos idosos, com diferenças estatisticamente significante. (AU)
31. COUTINHO, Evandro da Silva Freire, 1987. *Confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico em hospitais do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. O diagnóstico em psiquiatria, ao contrário dos demais ramos da medicina, sofre uma série de restrições. Porém, um ponto em comum nestas críticas, a ausência de validade e a baixa confiabilidade. A validade refere-se a concordância entre o diagnóstico atribuído por um clínico e o transtorno psíquico que o indivíduo realmente tem. Já a confiabilidade refere-se a concordância entre dois ou mais clínicos quanto ao diagnóstico dos mesmos pacientes, ou dos diagnósticos atribuídos por um clínico em dois momentos distintos. Nesta pesquisa, objetivou-se conhecer a confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico atribuído em duas internações subsequentes, em hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro. Para tal foram estudados dois grupos de pacientes. O grupo I, constituído por 343 pacientes, onde a última admissão psiquiátrica ocorreu num hospital público, num hospital de ensino ou num hospital particular-conveniado, chamados, respectivamente de PU, E e PR. A penúltima internação ocorreu em qualquer hospital psiquiátrico do município do Rio de Janeiro. No grupo II ambas as admissões foram dentro do mesmo hospital PU, e/ou PR. O número de pacientes estudados foi de 456. Para a comparação dos diagnósticos psiquiátricos foram constituídas seis características nosológicas: neuroses e transtornos de personalidade, álcool e drogas, esquizofrenia, psicose maniaco-depressiva, outras psicoses não orgânicas e transtornos orgânicos. O índice de concordância adotado foi a estatística Kappa, embora outras estatísticas tenham sido calculadas. Foi também estudado o papel dos fatores hospital, idade, sexo, diagnóstico, duração e intervalo das internações, médico e instituição sobre a discordância diagnóstica, através da razão de produtos cruzados ajustados por modelos logísticos. A categoria álcool e droga apresentou a melhor concordância no grupo I, isto é, quando as internações se deram em hospitais diferentes. As demais categorias nosológicas tiveram uma concordância fraca, sendo que outras psicoses não orgânicas apresentou uma concordância que não deferiu daquela esperada ao acaso. Neste grupo de pacientes, intervalos entre as internações maiores que seis meses, mostraram-se associados com a discordância diagnóstica. Ao passar para o grupo II (ambas as internações dentro do mesmo hospital), a categoria diagnóstica esquizofrenia apresentou uma importante elevação dos índices Kappa, nos hospitais de ensino E e particular-conveniado PR; no hospital público PU não houve

melhoria. A categoria álcool e drogas também melhorou sua confiabilidade. Porém, os demais grupos de diagnóstico não tiveram um incremento tão importante, apresentando uma concordância no máximo regular. Ainda com relação ao grupo II de pacientes, o hospital público PU mostrou-se mais associado com a discordância diagnóstica, enquanto o hospital de ensino E teve o melhor desempenho. O hospital particular-conveniado PR ficou numa posição intermediária. Ao contrário do grupo I, onde o intervalo entre as internações mostrou-se associado com a discordância diagnóstica, no grupo II o fato dos diagnósticos confrontados terem sido atribuídos pelo mesmo médico melhorou a concordância diagnóstica. As consequências de baixa confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico são discutidas levando-se em consideração o fato do diagnóstico esquizofrenia ter sido o mais comumente associado com outras categorias nosológicas quando houve discordância entre o último e penúltimo diagnóstico. (AU)

32. CRISPIM, Mário Antônio, 1992. *Atitude do familiar frente ao doente mental e intenção de permanecer com este em casa, após alta hospitalar: uma aplicação da teoria de Fishbein e Ajzen*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia: Universidade de Brasília. A teorias da ação racional (Ajzen & Fishbein, 1980) e a ação planejada (Ajzen, 1988) foram usadas para a avaliação da atitude, norma subjetiva, percepção de controle e a intenção de um grupo de familiares de doentes mentais. A investigação foi feita acerca de intenção de familiares de permanecerem com doentes mentais em casa, após alta hospitalar. Foram levantadas as crenças de 40 familiares, com relação a permanência dos doentes em casa. Um questionário baseado nas respostas desses sujeitos foi aplicado a um outro grupo de 40 familiares, durante as visitas ao hospital psiquiátrico. Os resultados mostraram que os familiares com maior nível educacional apresentavam mais atitudes favoráveis e maior intenção de permanecer com os alienados mentais em casa, após alta hospitalar. As variáveis da teoria da ação planejada apresentaram as correlações esperadas, demonstrando assim a sua aplicabilidade ao contexto brasileiro. (AU)
33. DELGADO, Pedro Gabriel Godinho, 1983. *Mal-estar na indústria: contribuição ao estudo das relações entre saúde mental e condições de trabalho*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Admitindo que a correlação positiva condições desfavoráveis de trabalho/aparecimento de doenças mentais, conquanto apreendida pelo senso comum, não alcançou ainda estatuto científico, o autor procura estudar as diferentes abordagens que o problema tem merecido. Com os subsídios de tal revisão, discute as várias interpretações que a questão comporta, analisando, para tal fim, uma população definida de operários de indústria de transformação, sob situação peculiar de desemprego. Das conclusões e indagações trazidas à compreensão de problema ainda insuficientemente estudado, destacam-se: a) disciplinas isoladas (epidemiologia, psicopatologia do trabalho, saúde ocupacional, psicologia industrial) não podem dar conta do problema; b) correlação positiva entre condições concretas do trabalho industrial (dobra ou prolongamento de turnos, p. ex.) e transtornos mentais; c) evidência de complexa interação entre desemprego e doença mental, de contornos ainda insuficientemente esboçados; d) legislação acidentária na qual é impossível serem contempladas as doenças mentais, e) as instituições de cuidado psiquiátrico e benefício social são determinantes privilegiados da natureza e prevalência dos transtornos mentais apresentados; f) necessidade de estudos epidemiológicos mais apurados, além de tratamento teórico mais sistemático a categorias como trabalho, alienação e outras. (AU)
34. FRAGA, Ana Paula Vieira, 1997. *Repercussões subjetivas do atendimento a psicóticos em profissionais de saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Brasília. Esta dissertação trata de um estudo sobre a vivência dos profissionais de saúde mental diante do paciente psicótico. A investigação caracteriza-se por um interesse clínico cujo objetivo é o de destacar os elementos intrapsíquicos que afetam tais profissionais em suas atividades terapêuticas. Teoricamente, partiu-se do conceito de contratransferência em Freud explorando sua utilização pelas teorias kleiniana e lacaniana. A partir de um recorte sobre a clínica das psicoses, destacou-se os elementos que, do ponto de vista do que é despertado no analista, conferem a esta clínica suas especificidades. Por

analogia à contratransferência justificou-se a adoção do conceito de *repercussões subjetivas* para referir-se aos afetos e sensações psíquico-corporais suscitadas nos profissionais de saúde mental em seus contatos com psicóticos. Adotou-se a metodologia da análise de discurso, apoiada pela interpretação psicanalítica, para analisar as 46 entrevistas gravadas diretamente com profissionais de 07 instituições de saúde mental do Distrito Federal. Este estudo permitiu destacar os afetos e sensações mais comumente vivenciados por profissionais que desenvolvem atividades terapêuticas junto a psicóticos, bem como a extensão dos efeitos deste trabalho nos demais aspectos de suas vidas. (AU)

35. FROTA, Leopoldo Hugo, 1979. *Modalidades de avaliação de programas e serviços em saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Sob a forma de levantamento preliminar, o autor reúne e examina brevemente, com base na revisão da literatura especializada dos últimos vinte anos, diferentes modalidades de avaliação aplicáveis a programas e serviços de Saúde Mental. Após breve delimitação temática e considerações introdutórias sobre a importância da pesquisa avaliativa na área, são estudadas avaliações da estrutura, do funcionamento e dos resultados finais de programas e serviços. Cada modalidade, após sofrer conceituação inicial, tem examinadas suas implicações metodológicas e apresentados os tipos de estudos que abrange, ocasionalmente, com a ilustração de pesquisas já realizadas e crítica de sua plausibilidade em nosso meio. Na avaliação da estrutura, cuja finalidade seria a de permitir a apreciação do potencial instrumental de que o programa ou serviço dispõe, são apresentados índices elementares e variáveis como proporção entre número de profissionais e de clientes, qualidades dos profissionais, grau de motivação da equipe técnica, qualidade da estrutura administrativa e qualidade da estrutura física. Na avaliação de funcionamento, examina-se os esforços avaliativos que visam a estabelecer o grau de sucesso na obtenção de objetivos intermediários ou da qualidade de funcionamento do programa ou serviço: enquetes de opinião com interessados, revisões das estatísticas de utilização dos serviços, análises de custos e mecanismos de controle da qualidade assistencial. Na avaliação dos resultados finais, examina-se a aplicação do procedimento experimental sob a forma de ensaios controlados na verificação da eficiência dos programas e serviços. São considerados problemas éticos, princípios metodológicos e dificuldades práticas e administrativas e feita uma apresentação esquemática dos tipos de estudos experimentais da pesquisa avaliativa. (AU)
36. GATTO, Clarice, 1998. *A experiência psicanalítica: algumas questões a partir do ambulatório público de saúde dos trabalhadores*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. A experiência psicanalítica tomada a partir de alguns pontos emergentes no dia-a-dia do ambulatório público especializado em saúde dos trabalhadores, como por exemplo, a polêmica em torno da interdisciplinaridade no campo da Saúde Pública e coletiva e a particularidade da subjetividade através do olhar que imprime a Psicanálise. Retomada também a reflexão sobre a esquecida noção de vocação para utilizá-la como estofo teórico na pesquisa de campo realizada com profissionais de saúde que se ocupam dos adolescentes. Através de algumas referências conceituais oriundas da Psicanálise, aponta para a importância de espaços públicos destinados a acolher essa demanda tão específica e variada, sejam as que chegam no ambulatório de saúde mental do adolescente, ou as que buscam saídas no espaço suplementar aberto à vocação científica. (AU)
37. GERALDES, Paulo César, 1992. *A saúde coletiva de todos 'os' nós*. Rio de Janeiro: Revinter. Livro decorrente da transformação da dissertação de Mestrado do autor, apresenta um histórico e uma análise do processo de transformação do Hospital Philippe Pinel (MS/RJ), do qual o autor foi Diretor, no momento da implantação da Co-gestão MS/MPAS e do Plano do Conasp no Município do Rio de Janeiro. Como anexos, contém transcrições de importantes leis e documentos relacionados às políticas públicas de saúde e de saúde mental.
38. GIORDANO JÚNIOR, Sylvio, 1989. *A persistência da higiene e a doença mental: contribuição à história das Políticas de Saúde Mental no Estado de São Paulo*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. O objetivo deste trabalho é estudar as políticas de assistência ao doente mental no âmbito do Serviço Público do Estado de São

Paulo por meio das construções discursivas sobre a loucura e suas modificações nos diversos contextos históricos. O período coberto vai da fundação do Hospício de Juqueri à década de 80, com ênfase no período 1950-1982. Para atingir este objetivo o autor partiu de estudos clássicos sobre a emergência da psiquiatria, sua relação com a medicina, sua incorporação às instituições estatais e seus desenvolvimentos teóricos. O aspecto coletivo, que atravessa os diversos momentos da prática psiquiátrica, é apreendido por comparação com os objetivos da Saúde Pública. A abordagem da situação do Estado de São Paulo é realizada por meio de fontes diretas e indiretas, com vistas à elaboração de um quadro de referência histórico dos modelos de compreensão da loucura levando-se em conta o contexto sócio-político nacional e estadual. O autor conclui que a História das Políticas de assistência psiquiátrica pode ser lida como história das proposições higiênicas em processo de reformulação e rearticulação. Propõe-se uma periodização, com vistas a estudos posteriores com maior nível de aprofundamento: período 1898-1923 - proposições que remetem à idéia geral de Higiene; período 1923-1947 - proposições de Higiene Mental americana adaptada às necessidades locais. Proposições semelhantes às da Higiene Social do século XIX e dirigidas ao proletariado urbano; período 1947 até o presente - retomada dos aspectos psicodinâmicos da Higiene Mental americana e aproximação com a Saúde Pública. A partir da década de 70 substituição da Higiene Mental pelo conceito de Saúde Mental. (AU)

39. GODOI, Alcinda Maria Machado, 1994. *Espaço urbano e Doença Mental: estado de morbidade psiquiátrica em Brasília*. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. O objetivo central desse estudo foi verificar se áreas urbanas distintas do ponto de vista social estão relacionadas a diferenças no perfil de morbidade psiquiátrica da população. Para tanto adotamos como modelo de estudo o inquérito de morbidade em dois estágios, com a utilização de uma ficha sobre características sócio-demográficas e o Questionário de Morbidade Psiquiátrica em Adultos (QMPA), que foram aplicados em amostra estratificada representativa da população adulta do Distrito Federal. Consideramos como adultos, indivíduos com 15 ou mais anos. Esta foi a fase de screening. Uma sub-amostra foi selecionada para ser entrevistada por psiquiatras, para a confirmação diagnóstica, através de entrevista estruturada, empregando-se um Inventário de Sintomas baseado no DSM-III. Em ambas as fases procurou-se garantir a confiabilidade e validade dos dados, através de treinamento e padronização dos entrevistadores. Para nos acercarmos do espaço urbano enquanto categoria social, valemo-nos de uma classificação das localidades em função de indicadores sociais, como renda e escolaridade, o que resultou em três estratos, A, B e C. A partir desta categorização do espaço urbano, verificamos como se manifestava a doença mental dentro das áreas constituídas, realizando análises segundo variáveis sociais para apreender possíveis diferenciações internas. Encontramos que a morbidade, tanto geral como específica (expressa por sintomas de distúrbios psíquicos), guarda relação inversamente proporcional ao nível social, isto é, há um aumento do risco de doença mental nos estratos sociais menos favorecidos, o que corresponde a áreas, em geral, mais periféricas da cidade. Além das diferenciações entre as áreas, que se mostraram estatisticamente significantes, encontramos diferenças na ocorrência dos distúrbios mentais dentro das próprias áreas, mostrando que elas não são áreas completamente homogêneas, mas diferenciam-se, internamente, quanto a características sócio-demográficas. Assim, mostramos que a distribuição dos distúrbios mentais relaciona-se com a forma de organização do espaço urbano, que é resultante de relações sociais estabelecidas dentro de uma determinada ordem social vigente. O processo de constituição de Brasília é resgatado como forma de se apreender as forças sociais que engendraram a conformação atual do espaço urbano, determinando diferenciações deste espaço em função de características sociais, que, também se mostraram presentes na forma como a morbidade psiquiátrica se distribuiu. (AU)
40. GOLDBERG, Jairo Idel, 1992. *A doença mental e as instituições: a perspectiva de novas práticas*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. O trabalho se propõe a estudar os equipamentos que atendem os casos graves de doença mental (psicoses e neuroses graves) no âmbito da rede pública de atenção à saúde mental no Estado de São Paulo. O hospital psiquiátrico e o ambulatório de saúde mental são

responsáveis pela maioria desses atendimentos, e configuram modelos terapêuticos que centram o tratamento na expressividade do sintoma. Na investigação de novas modalidades de atendimento o estudo aborda o projeto de um equipamento da rede pública, o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira - CAPS, que vem desenvolvendo nos últimos cinco anos proposta de tratamento, ensino e pesquisa, preocupando-se também com a reabilitação desses pacientes. Subsidiando a experiência do CAPS, o trabalho relata alguns projetos implantados na Europa, com desenvolvimentos e resultados diferenciados, cuja característica comum é a de terem realizado crítica das instituições psiquiátricas convencionais, centradas na sintomatologia, e apontado para novas formas de atenção à doença mental em instituição. (AU)

41. GOMES, Maria Paula Cerqueira, 1993. *A emergência psiquiátrica em Angra dos Reis: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. O presente estudo tem por objetivo a avaliação da implantação do serviço de Emergência Psiquiátrica no pronto-socorro municipal de Angra dos Reis tomando-o como um dos dispositivos de cuidados presentes no cenário de reestruturação da atenção em saúde mental. A emergência psiquiátrica é estudada a partir dos principais aspectos conceituais presentes na organização de seus serviços, sendo confrontadas as semelhanças e apontadas as diferenças em seu percurso histórico através da ilustração de algumas experiências. Partindo do pressuposto que a psiquiatria mantém uma especificidade em relação à medicina e que esta especificidade salienta-se na medida em que confrontamos na prática cotidiana esses dois campos, procura-se - utilizando como referencial alguns questionamentos trazidos tanto por Michel Foucault quanto pela sociologia das profissões - refletir sobre certos impasses ocorridos na implantação do serviço em Angra dos Reis. E, por último procede-se a apresentação da implantação do serviço, pretendendo-se avaliar os dois anos de andamento do mesmo como discutir os limites e possibilidades de atuação dos trabalhadores de saúde do pronto-socorro frente às situações de Emergência Psiquiátrica. (AU)
42. GOULART, Benedito Donizeti. Sem data. Faculdade de Filosofia, PUC Campinas. *A dialética da loucura*. Analisa a ação do método psicodramático enquanto terapia da psicose. Fundamenta-se na filosofia de Hegel e dela abstrai elementos para conceituar a loucura e analisar o psicodrama como terapêutica. A metodologia qualitativa e a análise de conteúdo possibilitaram revelar o pensamento de Hegel na fundamentação do psicodrama como abordagem terapêutica.
43. GUIMARÃES, Cristiane de Carvalho, 1998. *O usuário dos serviços de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica – um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. O presente trabalho analisa o lugar/papel social atribuído ao louco na história da psiquiatria, buscando tornar claro, no momento atual, a ruptura que a Reforma Psiquiátrica propõe ao colocá-lo – o louco – como sujeito de sua história. As propostas da Reforma são comumente associadas à superação ou desconstrução do chamado paradigma clássico da psiquiatria. Este trabalho, portanto, considera primeiramente a noção de paradigma e sua relevância no entendimento do saber psiquiátrico. No Brasil a formação deste paradigma incorpora diversos movimentos denominados muitas vezes de reformas. O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, diferente das anteriores porém, propõe agora alcançar o que as “reformas” anteriores não alcançaram e mesmo, sequer se propuseram a fazer: a superação do consenso compartilhado pela comunidade científica de que o fenômeno da loucura é algo a ser excluído de nossa sociedade. Novos conceitos de atendimento surgem em acordo com este movimento. O Centro de Atenção Psicossocial CAPS Rubens Corrêa é um exemplo no município do Rio de Janeiro criado a partir destas novas tecnologias de cuidado. A pesquisa de campo foi realizada nesta instituição onde, além de serem entrevistados 11 de seus usuários, foram também analisados seus documentos e observado seu funcionamento. Foi realizada revisão bibliográfica e documental além de análise de entrevistas dos usuários. Procurando contemplar a diversidade do processo, toma-se a fala desses atores sociais – os usuários – como legítima e representativa. Buscar-se-á, portanto, nela, os parâmetros daquilo que eles estabelecem como o novo em relação à realidade anterior. Concluiu-se que, a despeito dos efetivos

progressos alcançados pelos usuários no CAPS, a Reforma é um processo longo e complexo exigindo, portanto, ainda diversos esforços para atingir um rompimento com o paradigma clássico da psiquiatria e a construção da cidadania das pessoas acometidas de algum sofrimento mental. (AU)

44. HIRDES, Alice, 2000. *Centro comunitário de saúde mental de São Lourenço do Sul: resgatando possibilidades de reabilitação psicossocial*. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Esta pesquisa tem por objetivo estudar os movimentos que perpassam a constituição da reabilitação psicossocial, enquanto prática social voltada a reconstrução de identidades e possibilidades aos portadores de sofrimento psíquico. Neste sentido procurei investigar características de uma realidade concreta, o Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul, conhecido como “Nossa Casa”, considerado um marco prático no estabelecimento de uma nova abordagem à doença mental. Esta pesquisa consiste em um estudo qualitativo que se utiliza do referencial marxista, o materialismo dialético, como substrato teórico para a interpretação da realidade. Os instrumentos utilizados foram: entrevistas semi-estruturadas com dez integrantes da equipe de saúde mental e análise de documentos como jornais. As temáticas analisadas foram: centralização do trabalho terapêutico nos aspectos da vida cotidiana dos usuários, trabalho integrado – comprometimento e envolvimento da família, relacionamento humano – escuta terapêutica, autonomia e cidadania como consequência da reabilitação psicossocial. A investigação revelou que as práticas são executadas tendo como um referencial norteador a centralização das ações nos aspectos da vida cotidiana dos usuários, com o objetivo de alcançar autonomia e cidadania. O relacionamento estabelecido entre a equipe e os usuários é marcadamente influenciado pela afetividade, o acolhimento e a responsabilização. A análise evidenciou que existe pouca sistematização da assistência, sendo as situações trabalhadas a partir das necessidades apresentadas pelos usuários. As resistências à adoção de um projeto terapêutico individualizado ficaram evidentes. Os conflitos e contradições aparecem na dicotomia trabalho intelectual/manual, entre quem provê o tratamento e quem se encarrega da reabilitação, ainda que muitas vezes homogeneizado, diluído entre a equipe. As contradições se revelam quando são mencionados o ideal de reabilitação confrontados com as práticas desenvolvidas. A inclusão ativa da família no tratamento aparece como uma característica do Serviço, assim como a adequação das práticas, considerando aspectos culturais e sociais das pessoas envolvidas. Finalizo reiterando a necessidade de lançarmos olhares críticos, desprovidos de justificativas e ocultamentos, para que as práticas decorrentes do processo de desinstitucionalização, através da tomada de consciência, resultem num redesenho dos programas instituídos. (AU)
45. JACOBINA, Ronaldo Ribeiro, 1982. *O Asilo e a Constituição da Psiquiatria na Bahia*. Dissertação de Mestrado, Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia. Com o objetivo de retratar a história da Psiquiatria asilar no Estado da Bahia, tentando-se apreender os determinantes da permanência do Asilo enquanto instituição prestadora de serviços, procede-se, inicialmente, a uma revisão do desenvolvimento histórico das estratégias psiquiátricas em sociedades capitalistas. Após a sistematização de algumas questões teóricas pertinentes à análise da prática asilar, passa-se ao estudo do nascimento do Asilo no Brasil, de meados do século XIX à década de 20 do século atual. Na segunda parte, discute-se os antecedentes e determinantes do surgimento do Asilo na Bahia, ou seja, o movimento pela criação do Asilo São João de Deus, que ocorreu em 1874. A seguir são analisados os dois momentos da primeira fase da história do Asilo - de 1874 a 1912 - marcada pela vinculação à Santa Casa de Misericórdia. No primeiro momento, o Asilo esteve sob direção médica que, em 1882, foi afastada pelas suas divergências técnico administrativas com a instituição religiosa, sendo substituída por uma direção ‘leiga’ da própria Santa Casa. É analisada, nesse segundo momento, a luta organizada dos médicos - imprensa, associação profissional, parlamento - pela retomada da direção do asilo, conquista que delimita o período estudado. Discute-se especificamente tanto os saberes e as técnicas quanto os agentes - alienistas - da prática asilar na Bahia, buscando-se apreender o grau de difusão e incorporação à essa prática de propostas oriundas da Europa: o alienismo francês, predominante até o início do presente século, quando

foi superado pelo organicismo, principalmente alemão. Analisa-se também as características da população asilada, ou seja, dos loucos denominados de alienados, as condições a que estavam expostos e a ocorrência de doenças e mortes. Comparando-se alguns dados de morbimortalidade com situação financeira e administrativa do Asilo, são levantados alguns elementos explicativos para os fenômenos encontrados, destacando-se o significado de reclusão e até extinção física (principalmente pela fome) do alienado, possibilitada pela sua condição de duplamente excluído - enquanto oriundo das 'classes desvalidas' e enquanto louco, improdutivo e potencialmente perigoso.(AU)

46. LANCMAN, Selma, 1988. *A loucura do outro: o Juqueri no discurso dos seus protagonistas*. Dissertação de Mestrado, Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia. Os hospitais psiquiátricos no Brasil surgem no final do século XIX profundamente influenciados pela psiquiatria francesa e pelo tratamento moral. Nesses cem anos de existência várias propostas de mudança ocorreram nos hospitais, quer através da introdução de novos saberes e práticas, quer através do desenvolvimento de programas humanizadores. Essas mudanças são introduzidas sem se considerar as instituições psiquiátricas de forma ampla, nem se avalia tampouco o conjunto dos fatores que ela envolve. Realizaram-se mudanças paliativas que, por vezes, se iniciam num período político e não tem continuidade no período seguinte. Outro aspecto importante é que as mudanças são planejadas de cima para baixo, sem se levar em conta a opinião dos protagonistas que as praticam no dia-a-dia hospitalar. Em decorrência disso, essas mudanças por vezes não correspondem aos anseios nem às necessidades dessas populações que é justamente quem vai operacionalizar e exercer as práticas dentro da Instituição. Essa pesquisa é um estudo do funcionamento e da organização dos hospitais psiquiátricos públicos no Estado de São Paulo e traz como inovação o discurso de seus protagonistas enquanto instrumento de análise. Procuramos verificar como os diferentes saberes e práticas acumulados ao longo dos anos, nessas instituições, complementam-se ou colidem-se. Analisamos também qual a natureza das instituições para os seus participantes e qual a representação que fazem da loucura e das causas da internação, de modo a verificar como essas compreensões se refletem na prática diária desses agentes e na convivência de uns com os outros. O local escolhido para a realização dessa pesquisa foi o Juqueri porque, devido a sua história, tamanho a importância, é considerado pela opinião pública o protótipo de um hospital psiquiátrico além de estar sendo, no período de 1982 a 1986, palco de uma série de mudanças e discussões que julgamos ser interessante registrar e avaliar. (AU)
47. LIMA, Lúcia Abelha, 1993. *O estigma do abandono: estudo epidemiológico de uma população de crianças e adolescentes internados na Colônia Juliano Moreira vindos diretamente da FUNABEM*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. A história dos asilos é uma história de segregação e de abandono. A Colônia Juliano Moreira (CJM), macro-asilo fundado em 1924, caracterizava-se por receber, principalmente, pacientes oriundos de outras instituições psiquiátricas, quando já deveriam ter sido utilizados todos os recursos terapêuticos. A partir do censo, realizado na CJM em 1989, que buscava descrever a situação psicossocial dos 1784 pacientes da instituição, observamos que 3,1 por cento foram hospitalizados oriundos diretamente da Fundação Nacional de Bem Estar do Menor (FUNABEM). O que os diferencia dos demais pacientes é sua origem. Eles vieram diretamente de uma instituição para menores carentes, e não tiveram, na realidade, uma chance efetiva de vida em família ou na comunidade. O estudo de 55 pacientes vindos diretamente da FUNABEM tem como objetivo verificar se eles tinham um contexto psiquiátrico que justificasse sua internação AD VITA. Procura também investigar o destino dos "ausentes", ou seja, daqueles 252 pacientes que vieram da FUNABEM na mesma época dos 55 pacientes do estudo e não mais se encontram na CJM, para constatar se esta funcionava não como um fim de linha para esses jovens, mas tinha algum nível de resolutividade. Um convênio firmado entre as duas instituições foi responsável pela formação de um vaso comunicante que permitia livre passagem de indivíduos da FUNABEM para a CJM, onde o critério determinante para as internações não foi técnico, mas administrativo. Este trabalho procura demonstrar como a questão da loucura se coloca ao lado da questão do deviante, e aponta uma das formas mais graves de psiquiatrização: a internação de crianças ou adolescentes vindos de uma instituição

para proteção e bem estar de menores em uma instituição para pacientes psiquiátricos crônicos. (AU)

48. LOUGON, Mauricio, 1987. *Os caminhos das mudanças: alienados, alienistas e a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica pública*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Este estudo objetiva analisar uma experiência de transformação empreendida em uma instituição psiquiátrica tradicional para pacientes crônicos, a Colônia Juliano Moreira de Jacarepaguá, Rio de Janeiro, na primeira metade dos anos 80. O projeto de mudança é abordado a partir da categoria mais abrangente da desinstitucionalização da assistência psiquiátrica. Para tal, após uma descrição etnográfica do meio asilar, são examinadas as premissas e matrizes teóricas que fundamentaram o modelo assistencial das 'Colônias', nas primeiras décadas do século, e contemporânea. A estratégia adotada pelos agentes e limites do empreendimento, que é relativizado a seus antecedentes históricos. (AU)
49. LOVISI, Giovanni Marcos, 1993. *Suporte social e distúrbios psiquiátricos em mulheres soro-positivas pelo HIV: uma associação evanescente?* Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Realizado com objetivo de examinar a possível associação da ausência de suporte social com distúrbios psiquiátricos - avaliados em 44 mulheres infectadas pelo HIV. Em termo de método, a principal dificuldade foi em conceituar e operacionalizar suporte social. A escala utilizada para avaliar distúrbios psiquiátricos foi o CIDI (Composit International Diagnostic Interview). Suporte Social em 4 setores de ajuda - Informação, Material, Afetivo e de Participação -, foi analisado com a escala desenvolvida por KRAUSE & MARKIDES (1991). As mulheres soro-positivas foram entrevistadas no Hospital Universitário Graffêe Guinle; suas idades foram de 18 a 59 anos com média de 34,2 18,1 anos. O tempo de infecção das mesmas variou de 6 meses a 6 anos, com média de 2,25 1,58 anos. A maioria delas contraiu o HIV na relação sexual - cada uma com o seu parceiro estável e provavelmente único. Essa forma de contágio deixou-as em desamparo extremo em suporte afetivo - uma vez que perdeu a confiança no parceiro. Em menor escala perderam suporte de outros parentes e amigos, por preconceito desses em torno da AIDS. Quanto ao exame da possível associação de suporte com distúrbios psiquiátricos, no início da análise dos dados ela ocorreu com a depressão. Entretanto, à medida que os dados foram sendo sub-classificados, a associação desapareceu. Este método linear de testar as variáveis uma a uma é a seguir questionado. Por exemplo, se tivesse levado em conta ausência de suporte e presença de estresse é provável que a interação sinérgica levasse a distúrbios psiquiátricos, destacou-se que é importante avaliá-lo em indivíduos infectados pelo HIV. Vários programas de alto valor prático podem ser implantados para suprir suporte a essas mulheres. O maior desafio é exatamente esse: aplicar na prática da Saúde Pública o resultado da avaliação de suporte social em mulheres que foram infectadas pelo HIV. (AU)
50. MACEDO, Mauricio Roberto Campelo, 1981. *Políticas de saúde mental no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. O objetivo deste trabalho é estudar as políticas de saúde mental desenvolvidas pelo Estado brasileiro - ou seja, as soluções propostas à questão das condições de saúde mental da população brasileira - destacando o movimento das comunidades terapêuticas como concretização de práticas assistenciais que se apresentam, num determinado momento histórico, como alternativas ao modelo asilar de gestão asilar da loucura. Pretende, num primeiro momento, perceber as origens e a organização do modelo de gestão asilar da loucura em suas múltiplas articulações com as diversas instâncias sociais ligadas à esta questão; procurando, num segundo momento, analisar a emergência e o desenvolvimento da ofensiva preventivista, enquanto projeto de reorganização de práticas da psiquiatria, que inclui, no seu interior, as comunidades terapêuticas. (AU)
51. MACIEL, Laurinda Rosa, 1999. *A Loucura Encarcerada: Um estudo sobre a criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro (1896-1927)*. Dissertação de Mestrado, Niterói: Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal Fluminense. Este trabalho pretende contribuir com as pesquisas em torno de alguns aspectos referentes às discussões sobre a psiquiatria no Brasil, principalmente aqueles pertinentes aos debates acerca da criação

do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro em 1921. Estes debates, se podemos datá-los historicamente, tiveram seu início mais provável por volta de 1896, a partir da fuga de um interno do Hospício Nacional de Alienados chamado Custódio Alves Serrão. Em 1920, outra fuga de internos da mesma instituição traz de volta os debates sobre o tema, reforçando a necessidade de se fundar uma instituição onde se pudesse abrigar os loucos criminosos e os criminosos loucos. A pesquisa não trata de uma história institucional do Manicômio Judiciário, mas o que se busca é o início dos debates que fez a sociedade crer na necessidade de uma instituição para internar os loucos criminosos e os criminosos alienados. Primeira instituição do gênero da América Latina, criado em 1921, no Rio de Janeiro, o Manicômio Judiciário conquista seu espaço na sociedade, ratificando seu duplo caráter ao estabelecer uma ponte de comunicação entre a Psiquiatria e o Direito. (AU)

52. MARANHÃO, Rosa Maria Carvalho Silva, 1984. *A construção social da mulher: papéis divergentes e conflitos*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. A mulher é transformada, hoje, em objeto de estudo e discussões de vários setores de nossa sociedade. Incidem sobre ela discursos diversificados, apontando modelos, muitas vezes, contraditórios, que demandam papéis antagônicos. Ela vai sendo construída no seio dessas contradições. O presente estudo objetiva, pois, examinar a mulher nas três esferas de sua vida: como mãe, como esposa e como trabalhadora, por considerar esses papéis fundamentais à construção da identidade feminina, apontando as contradições e os conflitos surgidos. Pretende também analisar o movimento feminista, qual o seu papel na história da mulher, na medida em que ele é potencialmente, um espaço de mudanças, propiciando oportunidade à mulher de falar a sua própria fala. (AU)
53. MEDEIROS, Ana Paula Roland Rocha, 1997. *O olhar de quem convive: as interpretações simbólicas dos familiares cuidadores de portadores de transtornos mentais no que se refere ao transtorno e ao portador no convívio social*. Dissertação de Mestrado, São Paulo : Pontifícia Universidade Católica de São Paulo... Ainda hoje a doença mental é vista como misteriosa. A psiquiatria não conseguiu identificar uma causa ou uma origem específica, sendo assim, as doenças cujas causas são incompreendidas e múltiplas propiciam o uso de metáforas. Este estudo procura conhecer as interpretações simbólicas dos familiares cuidadores de transtorno mental, no que se refere ao transtorno, ao portador e às suas influências no convívio social. Busca também analisar as interpretações que esses familiares cuidadores, através de seus depoimentos, têm sobre os serviços de saúde mental e sobre o tratamento.
54. MEDEIROS, Tácito Augusto, 1977. *Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estudo da constituição do modelo assistencial psiquiátrico brasileiro, desde a criação do Hospício de Pedro II, na Praia Vermelha, e dos principais hospitais psiquiátricos em vários Estados brasileiros, até a década de 70 deste século. Ênfase especial é dada ao período e às políticas de privatização da assistência psiquiátrica no âmbito da Previdência Social.
55. MELLO, Rosâne, s/d. *A prática da enfermeira em Centros de Atenção Diária em Saúde Mental*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. O estudo teve como objeto a prática da enfermeira em Centros de Atenção Diária em saúde mental. Estes locais de atendimento estão sendo criados com o objetivo de suprir as necessidade de atendimento dos usuários dos serviços de saúde mental, haja visto as limitações que os hospitais psiquiátricos comprovadamente possuem. Surgiram então as seguintes questões: Que atividades a enfermeira vem desenvolvendo junto aos clientes nos Centros de Atenção Diária? Como a enfermeira percebe a sua atuação junto à equipe interdisciplinar que atua em Centros de Atenção Diária? Quais seriam as novas possibilidades de atuação da enfermeira nos Centros de Atenção Diária? É preciso levar em conta que estas instituições estão crescendo a cada dia que passa e a enfermeira precisa conhecer melhor as possibilidades do cuidar de pessoas com sofrimento psíquico grave em CADs. Através deste trabalho pretendeu-se: Identificar as atividades desenvolvidas pela enfermeira, no que tangia a sua inserção na equipe interdisciplinar que atuava em Centros de Atenção Diária; Discutir as possibilidades do cuidar da enfermeira ao cliente em Centros de Atenção Diária, frente ao modelo assistencial preconizado pela Reforma Psiquiátrica. O estudo

- foi descritivo, do tipo job analysis. Para a obtenção dos dados utilizou-se a observação participante e a entrevista semi-estruturada. Os sujeitos do estudo foram três enfermeiras que atuavam em um Centro de Atenção Psicossocial (São Paulo), um Centro de Atenção Diária (Rio de Janeiro) e um Núcleo de apoio Psicossocial (Santos). (AU)
56. MELMAN, Jonas, 1998. *Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Este estudo se propõe descrever e analisar o conjunto de práticas desenvolvidas em torno do cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental, a partir da parceria entre o Centro de Atenção Psicossocial Luís da Rocha Cerqueira (CAPS) e a Associação Franco Basaglia, em São Paulo, capital. Inicialmente, o autor buscou articular o processo histórico e social que deu origem às características atuais da família nuclear moderna e suas eventuais implicações com as vivências de sofrimento e culpa dos familiares quando um de seus membros adoece. Também são resumidamente apresentadas e discutidas as diferentes modalidades de intervenção familiar na saúde mental. Nesse sentido, o trabalho se voltou a repensar as abordagens no cuidado em relação aos familiares e suas possíveis relações com seus processos de culpabilização. O enfoque das intervenções familiares desenvolvidas no CAPS na Associação procura estimular os processos de subjetivação, entendidos como a descoberta de novas possibilidades existenciais para os familiares, ajudando-os na negociação cotidiana de seus problemas. A proposta igualmente enfatiza a importância de mobilizar os talentos e os recursos dos sujeitos, no sentido de possibilitar a sua participação ativa na definição e implementação de práticas em saúde mental. (AU)
 57. MIRON, Vera Lúcia, 1993. *Organização do trabalho em saúde mental em um serviço ambulatorial público de saúde*. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. O principal objetivo desse estudo é apreender as características do processo de trabalho em saúde mental num serviço ambulatorial público de saúde - Serviço de Saúde Mental do Centro Municipal de Saúde de Ijuí (RS). Parte-se do princípio de que as práticas de saúde constituem-se em práticas sociais, historicamente determinadas, organizadas para atender aos carecimentos sociais de saúde. Através de entrevistas semi-estruturadas com trabalhadores e dirigentes de saúde do município, observação livre do trabalho e análise de documentos oficiais, delineou-se um processo de trabalho onde o comportamento desviado, transformado em doença mental, é o objeto de trabalho. Tem no médico psiquiatra o seu principal agente que, detendo o momento mais intelectual do trabalho, determina os outros trabalhos. A medicação e a consulta médica complementadas pelas outras atividades individuais e grupais realizadas pelos outros agentes do trabalho são os principais instrumentos de trabalho. (AU)
 58. MONTEIRO, Ana Ruth Macedo, 1996. *O significado para a família do ir-e-vir de um de seus familiares ao Hospital-Dia*. Dissertação de Mestrado, Ceará : Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem. Desvendar para a família o significado de ir-e-vir de um de seus componentes ao Hospital-Dia, compreendendo através das suas descrições de que maneira o grupo familiar interagia com esse usuário. Pelo fato de trabalhar com a descrição, o referencial fenomenológico ensejou a pesquisadora maior aproximação com a experiência vivenciada pelas famílias, conduzindo ao fenômeno em estudo, na estrutura geral. Para se chegar ao fenômeno foram analisados os discursos dos sujeitos, bem como procedida a decomposição ideográfica, em sequência da qual se delineou a análise nomotética, para o surgimento dos significados. Essa experiência foi demonstrada em vários momentos dos seus mundo-vidas, assim descritos: 1) a família vivenciando junto ao paciente o hospital-dia; 2) o relato da experiência anterior ao hospital-dia; 3) a convivência família x doente-mental; 4) a ociosidade presente e o trabalho diferenciado. Nessas ocasiões as famílias percebem o hospital-dia uma solução para o doente, como para si, almejando que a frequência seja diária e sem a possibilidade de alta, pois afirmam que em casa ele fica ocioso, o que pode atrapalhar o tratamento.
 59. MOREIRA FILHO, Alonso Augusto, 1980. *Psicoterapias de inspiração psicanalítica: proposta de sistematização e caracterização*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Este trabalho é baseado numa bibliografia

selecionada sobre psicoterapias de inspiração psicanalítica. O autor procura propor uma Sistematização e uma Caracterização dessas formas de tratamentos psicológicos. De início são discutidas as dificuldades de definir psicoterapia e são apontadas as contradições entre diversos autores quanto a eficácia das psicoterapias. A psicanálise é considerada como a psicoterapia melhor caracterizada na literatura científica e a que tem sido mais extensamente estudada quanto aos seus métodos, técnicas, indicações e resultados. Em razão disso ela pareceu ser um modelo bem adequado para delinear outras psicoterapias relacionadas com as descobertas freudianas. E assinalado que, com o passar do tempo, a psicanálise tornou-se um procedimento longo e complexo, o que deu origem a muitas variações técnicas que se tornaram, elas mesmas, novas psicoterapias: as psicoterapias de Inspiração psicanalítica. Neste trabalho são consideradas as formas didáticas dessas psicoterapias de Inspiração psicanalítica. Embora elas tenham aparecido tão cedo quanto a própria psicanálise e tenham uma larga utilização em nossos dias, não existe nenhuma Caracterização precisa dessas psicoterapias nem elas foram ainda sistematizadas. Essas são as justificativas que o autor encontrou para dedicar-se a esse tema. A psicanálise é considerada como uma forma de psicoterapia que deve ser definida de maneira estrita e rigorosa e que deve ser diferenciada de todas as demais psicoterapias baseadas na teoria freudiana sobre a vida mental. O conjunto das psicoterapias de Inspiração psicanalítica é dividido em três sub-grupos, a saber: Psicoterapias psicanalíticas, psicoterapias psicanalíticas breves e psicoterapias psicanalíticas de apoio. Cada um desses sub-grupos pode ser subdividido para incluir formas específicas de psicoterapias. Esta tarefa não é levada a efeito neste trabalho. Por fim, são formuladas conclusões e são recomendados estudos mais detalhados a partir do estudo feito. (AU)

60. MORENO, Vania, 1995. *Processo de desinstitucionalização e a reforma psiquiátrica: representações sociais entre profissionais e ocupacionais da enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto., Departamento de Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Apreensão das representações sociais do processo de desinstitucionalização do doente mental e da reforma psiquiátrica entre os profissionais e ocupacionais da enfermagem.
61. MÜLLER, Tânia Mara Pedroso, 1998. *A Primeira Escola Especial para Crianças Anormais no Distrito Federal – o Pavilhão Bourneville do Hospício Nacional de Alienados (1903-1920): uma leitura foucaultiana*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Trata-se esta dissertação de um estudo histórico na linha de pesquisa de Educação Especial, e que foi motivada pela verificação de reduzido número de historiografia sobre tratamento e educação da criança com grave enfermidade psíquica. Fundamentada no pensamento de Michel Foucault, principal referencial teórico, o presente trabalho objetivou reconstituir a trajetória – práticas, discursos, metodologias – da Primeira Escola Especial para Crianças Anormais no Distrito Federal, o Pavilhão Bourneville do Hospício Nacional de Alienados. Ao investigar o contexto em que se criou o Pavilhão Bourneville, pude recuperar, tanto quanto possível, a relação entre tratamento e educação e o contexto social em que foram constituídos. Identifiquei nas práticas cotidianas de atendimento às crianças anormais os discursos produzidos num determinado momento histórico, e busquei desvendar a finalidade estratégica de uma educação especial no Rio de Janeiro, então Distrito Federal, no período de 1903 a 1920. Espera-se que as discussões aqui apresentadas possam contribuir para repensar, de modo mais amplo, a questão da exclusão destas crianças da escola regular, bem como da ausência de um atendimento terapêutico especializado que contemple a singularidade desta clientela, possibilitando a reflexão crítica do presente, viabilizando a conquista de sua cidadania. (AU)
62. MUZA, Gilson Maestrini, 1991. *Estudo de variáveis psicossociais associadas ao consumo de substâncias psicoativas por adolescentes da cidade de Ribeirão Preto, 1990*. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. A partir de um questionário auto-aplicável, devidamente adaptado, submetido a um teste de confiabilidade e aplicado a uma amostra proporcional de 1.025 adolescentes, matriculados na 8ª série do 1º grau e 1º, 2º e 3º anos do 2º grau, com idades entre 13 e 20 anos, das escolas públicas e privadas da cidade de Ribeirão

Preto-SP, estudou-se as taxas de prevalências de consumo de 12 classes de substâncias psicoativas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, solventes, anfetaminas, tranqüilizantes, barbitúricos, xaropes, anticolinérgicos e opiáceos. Os resultados indicam que 88,9% da amostra consumiram bebidas alcoólicas alguma vez na vida, 37,7% utilizaram o tabaco, 31,1% os solventes, 10,5% os medicamentos, 6,8% a maconha, 2,7% a cocaína, 1,6% os alucinógenos e por último, 0,3% da amostra consumiram alguma substância à base de opiáceos. Para todas as substâncias evidenciou-se que as taxas de uso crescem com a idade, no entanto, notamos que o consumo de tabaco e as substâncias de uso ilícito mostram uma desaceleração nos anos que compreende o final da adolescência. Um outro dado consistente diz respeito à distribuição do consumo por sexo, onde os homens consomem mais que as mulheres, exceto para os medicamentos, com as garotas consumindo barbitúricos, anfetaminas e tranqüilizantes em proporções semelhantes ou maiores que os rapazes. A distribuição das prevalências do consumo de álcool, tabaco e substâncias psicoativas ilícitas por frações de classes sociais mostraram diferenças para cada uma das classes de substâncias. O consumo de bebidas alcóolicas, na vida, é bastante prevalente em todas as frações de classes, no entanto, o consumo diário é maior na burguesia empresarial. Da mesma forma, o tabaco apresenta taxas de consumo, mais ou menos similares para todas as frações de classes, contudo, o consumo diário é maior no sub-proletariado. As substâncias psicoativas de uso ilícito, por sua vez, são mais consumidas pela parcela da amostra pertencente às burguesias. Outros elementos foram motivos de preocupação nesta investigação. Procuramos identificar aspectos que permeiam, direta ou indiretamente, o fenômeno ora abordado, como a ocupação do tempo livre, as fontes de acesso às substâncias psicoativas ilícitas, assim como as fontes de informações sobre estas mesmas substâncias. Sob outro prisma, procuramos estudar as associações entre o consumo de substâncias e elementos do domínio de personalidade, como a expectativa de realização pessoal e as motivações ao uso; do domínio do meio ambiente, como a influência dos pais e dos companheiros, da situação conjugal dos pais e da religiosidade. Por último, abordamos a qualidade das relações interpessoais intrafamiliares, como fator motivador ou inibidor do uso regular de substâncias psicoativas. (AU)

63. NICÁCIO, Maria Fernanda de Silveio, 1994. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Departamento de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. A presente dissertação analisa o processo de transformação da Saúde Mental realizado no município de Santos durante o período de 1989 a 1994. Esta experiência é compreendida como processo social complexo que, a partir da desmontagem do manicômio como síntese da 'instituição a ser negada', projeta a construção da Saúde Mental como território de cidadania, emancipação e reprodução social. A estratégia desta prática em desenvolvimento é a da extinção progressiva do manicômio e sua substituição por uma rede de serviços de atenção regionalizada, por estruturas de suporte social e por projetos de intervenção cultural. O enfoque fundamental deste trabalho é a compreensão de conceitos, conteúdos, estratégias e contradições que emergem nesta trajetória. Dessa forma, este estudo analisa as discussões teóricas e as inovações práticas que permeiam a transformação do modelo fundado no paradigma psiquiátrico de relação com a loucura. (AU) ☞
64. OGATA, Márcia Niituma, 1992. *Contribuição à história da enfermagem psiquiátrica brasileira*. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Este trabalho tem por objetivo contribuir para a história da enfermagem psiquiátrica brasileira, no sentido de fornecer dados que representem sua prática e evolução. Estes dados representam o ponto de vista dos profissionais que vivenciam esta prática por acreditarmos que são parte integrante dessa história e, portanto, responsáveis pela prática e participantes das mudanças dessa área. Para realizar esse estudo foi necessário conhecer as informações divulgadas na literatura sobre a psiquiatria no Brasil, desde a criação do Hospital D. Pedro II, em 1842, no Rio de Janeiro. Este foi um marco importante para a institucionalização da psiquiatria no Brasil e, conseqüentemente da enfermagem psiquiátrica, visto que o evoluir da enfermagem acompanha as mudanças ocorridas na área da psiquiatria as quais, por sua vez, estão ligadas à estrutura social e econômica do país. Para tal, foi utilizada a metodologia da

história de vida, através da técnica da história oral. Partimos do princípio de que são os profissionais que atuam na área, construindo a história, através de sua participação e vivências práticas. Portanto, utilizamos as vivências desses profissionais, contadas por eles próprios, para tentarmos resgatar alguns pontos importantes da história da enfermagem psiquiátrica brasileira. (AU)

65. OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de, 1998. *A história de um louco: reflexões sobre o modelo tecnológico psiquiátrico de Cuiabá*. Dissertação de Mestrado, Cuiabá: Programa de Mestrado Interinstitucional Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Mato Grosso. O presente estudo analisa alguns elementos do Modelo Tecnológico Psiquiátrico de Cuiabá, a partir de sua identificação na história da assistência psiquiátrica de um "doente mental"/louco nessa cidade. Analisa-se as peculiaridades históricas do Modelo Tecnológico Psiquiátrico Cuiabano no contexto das políticas nacionais de saúde mental nas duas últimas décadas e as possibilidades de sobrevivência deste "doente"/louco neste modelo. Os instrumentos de trabalho identificados na prática psiquiátrica e os saberes que os fundamentam nesse processo de trabalho são denominados de "tecnologia". A metodologia empregada é a do estudo de caso e utiliza-se a perspectiva da dialética para a análise dos dados. Parte-se de uma revisão da literatura sobre a constituição do saber psiquiátrico e dos dados empíricos da história da assistência psiquiátrica de um "doente"/louco em Cuiabá, para se chegar até o Modelo Tecnológico Psiquiátrico Cuiabano atual, num processo de análise que se retroalimenta. (AU)
66. OLIVEIRA, Maria Luisa de, 1996. *Comportamento de Risco para Contratação e Disseminação de H.I.V entre pacientes em Atendimento no Serviço Especializado do Centro de Saúde*. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Aspectos fundamentais têm sido fundamentais no controle da transmissão do HIV. Com o objetivo de analisar comportamentos de risco para HIV/AIDS foi aplicado questionário relacionado a comportamento de risco tendo em vista a transmissão do vírus. Nesta pesquisa foram sujeitos cem pacientes do serviço especializado da FMRP/USP, destes, 79% com sorologia positiva, 60% do sexo masculino, a maioria entre 20 e 45 anos, de cor branca, solteiros, separados ou viúvos, com escolaridade média-baixa, renda entre 1 e 6 salários mínimos e inativos. Na análise dos dados foram utilizados a categorização de respostas e teste estatístico para comparar diferença entre duas proporções. Da população estudada 65% informou que continuariam mantendo relações sexuais após o exame e, destes, 45% afirmaram não usar preservativo. Dentre os 43 usuários de drogas injetáveis (UDI), 93% estão contaminados. Dos 79 com sorologia positiva, encontrou-se 85% dos homens e 70% das mulheres. Uso de álcool foi referido por 57% dos sujeitos. Entre os UDI 60% dos homens e 16% das mulheres. Trinta sujeitos informam que tinham intercurso anal como prática sexual; na maioria com sorologia positiva, do sexo masculino e não UDI. Uso e resultado positivo no exame são as variáveis associadas significativamente no método para analisar diferenças de proporções. Há evidências de perturbações emocionais associadas e interferindo no controle dos comportamentos de risco. Também foram relatadas influência da atitude ou aparência física do parceiro sexual ou de uso de drogas, interferindo nos comportamentos de uso de preservativos e emprego comum de seringas e agulhas. O uso associado de álcool e drogas compromete os comportamentos seguros e caracterizando, nesta população, a necessidade de atenção e recursos especializados para a reabilitação desses hábitos antes da promoção de comportamentos seguros. Constatou-se também, a importância do relacionamento interpessoal no uso de preservativos e não compartilhamento de seringas e agulhas. (AU)
67. ONOCKO, Rosana Teresa, 1998. *O planejamento no divã: ou análise de uma ferramenta na gênese de uma mudança institucional (O caso do Cândido Ferreira /Campinas /SP)*. Dissertação de Mestrado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. A presente dissertação analisa o papel de tecnologias de Planejamento num contexto de mudança institucional, incluindo-as, para seu estudo, no espaço de mediação. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, na qual procurou-se confrontar as tecnologias de Planejamento utilizadas com um referencial teórico da área da saúde coletiva, valendo-se para isto de um estudo de caso sobre o Serviço de Saúde "Cândido Ferreira"

(Sousas/Campinas/São Paulo). Apresentam-se os resultados dessa análise, tanto em relação às metodologias de Planejamento empregadas no caso, quanto ao seu contexto de aplicação institucional, tentando uma reconstituição do processo histórico no período estudado. Nas conclusões formula-se uma proposta de abordagem metodológica visando subsidiar a constituição das tecnologias de Planejamento como dispositivo viabilizador de mudanças institucionais. A proposta, abrange questões metodológicas, tais como o uso proposital de diretrizes, uma sugestão de "seqüência de entrada" de alguns conceitos (campo/núcleo, processo de trabalho, etc.) e a superação da lógica instrumental do Planejamento, incorporando uma lógica intencional ou de sentidos e outra analítica. Enfatiza-se a importância do Planejamento conseguir dialogar com outros corpos teóricos: análise institucional, psicanálise, saúde pública, etc. (AU)

68. PALMEIRA, Guido Antonio E. S., 1994. *A medida da psique: uma apreciação das variáveis utilizadas na investigação dos aspectos psicológicos relacionados ao câncer*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Revisão da bibliografia referente às relações entre psique e câncer. Uma apreciação do processo de construção de variáveis relacionadas à esfera da psique, com destaque para a "depressão" e o "distress". Parte da premissa de que as questões que envolvem a psique se configuram como um problema mal estruturado. Mostra que o processo de operacionalização de variáveis, necessário para que se possa estabelecer uma mediação entre idéias abstratas e a realidade, opera uma cisão do objeto de estudo, que decorre de uma desarticulação entre a classe de problema e a classe de método, e resulta em uma certa perda do objeto. São identificadas algumas questões teóricas que merecem ser consideradas no momento do equacionamento do problema; a complexidade que cerca o objeto, a construção de um novo paradigma para a epidemiologia, e a possibilidade de se pensar uma psicologia do coletivo. (AU)
69. PASSOS, Marci Dória, 1984. *O processo de legitimação do psicanalista: uma análise do Núcleo de Estudos e Formação*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Este estudo está voltado para a compreensão do processo de legitimação do psicanalista. Com esse objetivo recorreremos aos trabalhos de alguns cientistas sociais que tratam da questão da profissionalização, e mais particularmente às formulações do sociólogo francês Pierre Bourdieu; bem como às análises feitas por psicanalistas que se interessaram em pensar a questão específica da formação psicanalítica. A partir da análise feita por Pierre Bourdieu sobre a autonomização do campo de produção intelectual e/ou artística procuraremos compreender a lógica de funcionamento do campo psicanalítico no que diz respeito ao seu processo de legitimação, o qual acompanhamos no momento da constituição do campo psicanalítico, através da trajetória de Freud e seus seguidores, que inclui a criação de International Psychoanalytical Association como órgão legitimador privilegiado do psicanalista. Esse poder legitimador da IPA só vem a ser mais consistentemente questionado a partir das formulações de Jacques Lacan que, falando 'em nome' de Freud, propões um modelo alternativo de formação em psicanálise. Finalmente buscamos reencontrar essas questões em sua dimensão mais concreta voltando-nos para uma experiência de institucionalização levada adiante no Rio de Janeiro em 1978 por um grupo de psicólogos empenhados em constituir um modelo alternativo de formação em psicanálise: o Núcleo de Estudos e Formação Freudiana - o NEFF. (AU)
70. PEREIRA, Rosemary Corrêa, 1997. *Lugar de louco é no hospício?! Um estudo sobre as representações sociais em torno da loucura no contexto da reforma psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. O processo de Reforma Psiquiátrica tem como um de seus eixos principais a reestruturação da assistência, superando o modelo psiquiátrico tradicional e construindo outras formas de assistência inteiramente substitutivas ao mesmo tempo. Entretanto deve-se considerar como um dos principais objetivos desse processo a construção de outras formas de lidar com a loucura nas sociedades. A assistência pode ser entendida como ponto de partida desse processo. Este trabalho estuda as Representações Sociais de familiares que tenham uma relação direta com usuários de um hospital-dia; e com familiares de um hospital psiquiátrico

tradicional. Ambas as unidades escolhidas para este estudo fazem parte do Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro. Esta instituição vem passando por um grande processo de transformação nos últimos anos. Utilizou-se a metodologia qualitativa, realizando-se entrevistas semi-estruturadas e observação participante com os dois grupos. A análise dos dados foi realizada a partir da perspectiva da hermenêutica-dialética proposta por Minayo (1994a). Os resultados apontaram para aproximações e distanciamentos entre os grupos. As aproximações se deram no entendimento do processo causal, e de definição dos conceitos de loucura e doença mental. Entretanto, ao avaliar categorias como motivo de necessidade de atendimento, e projetos para o futuro, os grupos se distanciaram em suas análises. Pode-se concluir que a construção de novas representações sociais tem acontecido no grupo de familiares do hospital-dia. Essas novas representações apontam para a construção de uma nova classe de indivíduos, para os quais se constroem outras possibilidades sociais diferenciadas das tradicionais. Por um outro lado, mantém-se o estigma para aqueles usuários dos hospitais tradicionais, que são considerados como os casos mais graves, e por isso não se cogitam outras possibilidades de inserção social fora do hospital ou da família. O hospital pode ser entendido como mantenedor dessa representação, na medida que sustenta a existência no imaginário da sociedade de uma classe de pessoas sem esperança, e sem saída. (AU)

71. PERES, Maria Fernanda Tourinho, 1997. *Doença e Delito - relação entre prática psiquiátrica e poder judiciário no Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador, Bahia*. Dissertação de Mestrado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. O Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) de Salvador-BA é uma instituição vinculada à Secretaria de Justiça e Direitos Humanos do Estado, que tem como objetivo custodiar e tratar doentes mentais que cometerem crimes e que estão sob a guarda da justiça. Com o objetivo de avaliar a relação entre a prática psiquiátrica e o poder judiciário no HCT, procedemos inicialmente à análise do aparato legal que a sustenta (legislação psiquiátrica e códigos penais). Foram realizadas ainda entrevistas semi-estruturadas com 5 médicos (assistentes, peritos, plantonistas e representante da direção) e 5 pacientes, além da observação e análise dos prontuários criminal e médico de um dos pacientes entrevistados. Através de um questionário estruturado, foram coletados dados dos 309 pacientes internados no HCT, visando-se descrever a população internada e determinar a sua situação judicial. Destacamos a importância da noção de preciosidade na legislação psiquiátrica brasileira, identificando uma superposição de funções entre as instituições médico-psiquiátricas e os manicômios judiciais. A relação entre a psiquiatria e o poder judiciário, evidencia a existência de uma complementariedade[sic] entre os dois campos. A partir dos dados obtidos no HCT, evidenciamos que, em sua aplicação concreta, o procedimento jurídico que envolve os doentes mentais, mostra-se afluente e punitivo, com múltiplas possibilidades de atuação no sentido de manutenção de longas internações e sucessivas reinternações, pondo em questão o seu caráter terapêutico. No HCT, as internações duram em média 51 meses, sendo que 49% dos pacientes encontram-se em situação indefinida, aguardando resolução judicial. O tempo médio para a alta judicial foi de 48 meses. A medida de Segurança (MS) é identificada como sendo uma medida punitiva. Entre os 164 pacientes que foram submetidos a MS, 64% o foram por tempo superior a 2 anos, evidenciando mais uma vez a tendência a longas internações. A internação judicial mostra-se ainda significativa quando consideramos a sua ocorrência na ausência de uma sintomatologia psiquiátrica evidente. Todos esses fatores atuam no sentido de determinar a superlotação do hospital, sendo o número de pacientes cerca do dobro de número de leitos existentes. O HCT é uma instituição predominantemente custodial, cuja função terapêutica é questionada por médicos e pacientes. Evidenciamos ainda a falta de atividades dos pacientes, a inexistência de setores de terapia ocupacional, serviço social e psicoterapia estruturados, a deficiência dos serviços de laboratório e farmácia, e o baixo número de profissionais de saúde atuando na instituição, sendo que existe atualmente 1 médico assistente para 42 pacientes internados. Evidenciou-se um privilégio do setor de segurança, com uma relação de 1 agente de presídio para 7 pacientes internados no HCT. O tratamento psiquiátrico mostra-se secundário, e é descrito como insuficiente e meramente paliativo, inexistindo um projeto terapêutico. Encontramos que 96% dos pacientes fazem tratamento puramente

farmacológico, sendo que apenas 3.5% foram atendidos por seu médico assistente mais de 25 vezes em um ano, ou seja quinzenalmente, em que pese o regime de internação. Evidenciamos que a relação entre o poder judiciário e a prática psiquiátrica no HCT pode ser considerada em dois momentos distintos. Inicialmente, e no que se refere aos momentos de decisão - internação, determinação do tempo de tratamento e alta - identificamos uma interferência no sentido de uma diminuição da autonomia médica, a qual é determinada pelo processo jurídico propriamente dito. Em um segundo momento, considerando a prática psiquiátrica cotidiana, evidenciamos uma interferência no sentido de uma transplantação da lógica que rege o procedimento jurídico que a envolve. Neste sentido, a prática psiquiátrica exercida no HCT parece tomar como objeto não a doença mental, mas a periculosidade dos doentes, constituindo-se em uma atuação com os agentes de presídio. O HCT parece exercer um papel na rede de assistência psiquiátrica. Através de um modelo de atuação asilar, com internações prolongadas, 'atende' a uma 'clientela à margem', resultando em cronificação da doença mental. Este fato torna urgente uma discussão aprofundada desta instituição entre os profissionais de saúde, fazendo com que ela pareça por detrás do muro que a esconde. (AU)

72. PITTA, Ana Maria Fernandes, 1984. *Sobre uma política de saúde mental*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo. A autora discute a assistência psiquiátrica em São Paulo e no Brasil, relacionando-a com as principais experiências internacionais. Assinala também a reorientação da política previdenciária no nível federal, suas contradições e conflitos e a viabilidade de sua execução.
73. POLEZI, Maria do Carmo, 1989. *Morbidade Psiquiátrica em Botucatu-SP, 1980 à 1982*. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. A pesquisa epidemiológica das desordens mentais, ultrapassa os limites do observável e mensurável, levando à comprometimentos de ordem política e social, bem como, possibilitando a avaliação da população, no que diz respeito às práticas atuais em Saúde Mental. Neste levantamento epidemiológico, realizado com pacientes de 1ª consulta no ambulatório de Psiquiatria da F.M.B/UNESP, de 1980 à 1982, atendemos 1552 pacientes em Observação Psiquiátrica Completa (O.P.C.). Após as associações e análise estatísticas pertinentes, exigidas para a realização desta tarefa/desejo, concluímos alguns aspectos relevantes, cumprindo nossos objetivos. Este estudo examinou 918 mulheres e 454 homens. A maioria destes pacientes eram de cor branca, católicos, casados, com idade entre 26 e 35 anos, com 3-4 filhos, trabalhadores pouco especializados, baixa situação econômica, previdenciários do INAMPS, procedentes de zona urbana, estado de São Paulo, com 32,5% de Botucatu para 66,2% de municípios limítrofes. Utilizando os critérios do C.I.D - IX, revisão de 1975, as neuroses foram o agrupamento diagnóstico mais freqüente: 37,7% para homens, 54,6% para as mulheres e 49% para a população geral. As alterações psicopatológicas mais freqüentes foram: preocupação somáticas, tensão, ansiedade e humor deprimido. A maior parte dos pacientes (39,4%), continuou sendo seguida pelo Serviço de Psiquiatria e apenas 2,0% foram internados em hospitais psiquiátricos. Nenhum tipo de medicação foi prescrito para 18,5% dos pacientes, enquanto que para 43,7% foram prescritos benzodiazepínicos. Docentes da Psiquiatria em Regime de Tempo Integral e Dedicção Exclusiva, foram responsáveis por 69,8% das avaliações. Esperamos que os resultados deste levantamento, possam contribuir para melhor compreensão da morbididade psiquiátrica em Botucatu e ensino na área de saúde mental. Na medida em que as causas das desordens mentais, em sua maioria, permanecem ocultas nas raízes da sociedade, o desenvolvimento da Psiquiatria Preventiva, deve atender não somente aos progressos científicos, quase todos de cunho positivista, mas principalmente ao complexo processo de mudanças políticas, econômicas e sócio-culturais. É nosso desejo que a investigação epidemiológica em psiquiatria, repouse menos no progresso tecnológico e mais no crescimento de uma filosofia da Medicina que se considere inseparável de suas relações com o mundo e que atenda o aspecto preventivo, como um dos campos primordiais para a aplicação dos métodos científicos com propósito/desejos humanitários.
74. PONTE, Carlos Fidelis, 1999. *Médicos, Psicanalistas e Loucos: uma contribuição à história da psicanálise no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. O trabalho tem como objeto a constituição e o

desenvolvimento do campo psicanalítico no Brasil do início do século XX até o começo dos anos oitenta. A abordagem focaliza de modo privilegiado os processos de institucionalização e profissionalização da psicanálise, não se detendo, entretanto, a aspectos relacionados à epistemologia do saber analítico enquanto disciplina. Orientada, em suas linhas gerais, pela perspectiva da sociologia das profissões e pelos estudos de Pierre Bourdieu e Robert Castel, a dissertação divide-se em duas grandes partes distribuídas em seis capítulos. A primeira delas trata das condições ambientais encontradas pela psicanálise no país e de sua assimilação pela tradição científica local. A segunda refere-se à criação das sociedades filiadas à Associação Psicanalítica Internacional, à formação de um mercado para este saber, à tentativa de sua circunscrição ao âmbito da medicina e às estratégias postas em prática pelos grupos que passaram a disputar seu controle. (AU)

75. PORTOCARRERO, Vera Maria, 1980. *Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Departamento de Filosofia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. O trabalho visa a mostrar uma descontinuidade, tanto ao nível do saber como da prática, entre a Psiquiatria brasileira do século XIX e a Psiquiatria introduzida no Brasil por Juliano Moreira no início do século XX. Esta descontinuidade se estabelece sobretudo a partir do surgimento do conceito de anormal como uma forma de psicopatologia, no final do século XIX, que fará a Psiquiatria abranger não somente a doença mental propriamente, como ocorreu até Juliano Moreira, mas todo e qualquer desviante do comportamento normal - degenerados, epiléticos, criminosos, sífilíticos, alcoólatras. Ao nível teórico, a ruptura se caracteriza pela exigência de uma nosografia como a de Kraepelin, que classifique, cientificamente, todos esses casos de anormalidade, e de um modo geral, de um corpo conceitual que justifique, com bases na medicina, o seqüestro de louco e a intervenção psiquiátrica sobre os indivíduos anormais. Ao nível da prática, a ruptura se manifesta na criação de um sistema assistencial mais abrangente, que não se restringe mais ao doente mental, nem se limita espacialmente ao asilo fechado, como no século XIX. No século XX, a prática psiquiátrica incidirá sobre todos os desviantes, loucos ou não, e penetrará em todas as instâncias da sociedade - família, escola, forças armadas - com o objetivo terapêutico e preventivo de lutar contra a criminalidade e a baixa produtividade, combatendo a doença mental propriamente dita e a anormalidade. (AU)
76. REGO, Marisa Palacios da Cunha e Melo de Almeida, 1992. *Trabalho hospitalar e Saúde Mental: o caso de um hospital geral e público no município do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro : Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Estabelece correlações entre a organização do trabalho e o sofrimento psíquico dos trabalhadores de um hospital geral e público do Rio de Janeiro. O instrumento utilizado foi um instrumento de auto-resposta. Entre os resultados está o fato de que para os auxiliares de enfermagem as áreas críticas do hospital são as enfermarias, ao passo que para os médicos e emergência é o local de maior sofrimento. As diferentes inserções no trabalho determinam a diversidade nos níveis de sofrimento psíquico nas duas categorias nas diferentes áreas de trabalho.
77. REIS, José Roberto Franco, 1994. *Higiene Mental e eugenia: "o projeto nacional" da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-1930)*. Dissertação de Mestrado, Campinas : Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. Resgata a história da Liga Brasileira de Higiene Mental, fala de suas propostas, serviços e campanhas, como a questão do combate ao alcoolismo e da higiene mental. Analisa a temática racial, tendo em vista a importância da perspectiva eugênica na instituição, bem como a questão do controle migratório. Investiga a visão mais ampla da medicina mental acerca da raça, inserindo-a no combate geral da construção da racionalidade, idéia-força que empolgava a intelectualidade brasileira do período. Aborda a questão infantil na instituição, pela perspectiva que orientava seus projetos. Discute o processo de radicalização eugênica da instituição, observada na virada dos anos 30, onde certas propostas de fundo racial, moral e social ganham fôlego, com destaque para o tema da esterilização eugênica.
78. REIS, Valéria Lagrange Moutinho dos, 1996 *A reforma psiquiátrica no Município do Rio de Janeiro : perspectivas e impasses*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro : Escola Nacional

de Saúde Pública . Compreende a organização da assistência à Saúde Mental no município do Rio de Janeiro e suas perspectivas, a partir do contexto apresentado pelo processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. O Rio de Janeiro, como outros municípios brasileiros está passando por uma reorganização de sua Rede de assistência em saúde. No entanto, por sua história de ex-capital federal, e capital estadual o município apresenta uma organização de saúde muito peculiar. No caso da assistência psiquiátrica é a cidade onde se localizam todas as unidades hospitalares do Ministério da Saúde, e onde foi inaugurado o primeiro hospício do Brasil. A administração municipal não conseguiu implementar nenhuma proposta alternativa ao modelo asilar, apesar da Lei Orgânica, que prevê esta implantação, e das portarias do Ministério da Saúde, que remuneraram essas formas de assistência. Conclui que a Rede manicomial de grande autonomia em relação ao poder local reflete uma cultura centenária que vê a internação como destino natural do louco. O fortalecimento da instância municipal, enquanto gerente do sistema de saúde, aliada à vontade política de se reverter um modelo há tanto tempo instituído, é a possibilidade que se coloca de uma reversão do atual quadro de abandono dos usuários de serviços de saúde mental do município. (AU)

79. RIBEIRO, Lizete Castanho, 1986. *A co-gestão no Centro Psiquiátrico Pedro II: uma experiência de integração entre Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública de São Paulo. Foram avaliados alguns aspectos do mecanismo de co-gestão entre Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social no Centro Psiquiátrico Pedro II (CPII), hospital do Ministério da Saúde. Foi analisado o período de 1981 a 1984 através da observação direta, de documentos oficiais e de dados registrados de produção hospitalar. O processo de co-gestão analisado apresentou os seguintes resultados: 1) no nível do desenvolvimento institucional - 1.1) reorganização da coordenação, administração e gerência - 1.2) reordenação da estrutura e organização dos serviços; 2) no nível da produção de serviços - 2.1) aumento de 61,5% e de 178,6% nas consultas médicas de ambulatório e de pronto-socorro, respectivamente - 2.2) diminuição de 16,4% de internações, decréscimo de 8,6% na média de permanência e aumento da taxa de ocupação, demonstrando maior produção e produtividade. Concluindo, a co-gestão no CPP II permitiu a reversão do modelo asilar para um modelo de atenção extra-hospitalar prioritária e abordagem multidisciplinar. Representa uma experiência de reorientação da política assistencial no Brasil, um estágio efetivo no processo de integração interinstitucional e resultou em benefícios não só das instituições gestoras, como também, e principalmente, da população usuária dos serviços. (AU)
80. ROCHA, Roberta dos Santos, s/d. *Intervenção como produção: um estudo sobre oficinas Terapêuticas*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Este trabalho tem como objetivo diferenciar duas formas de intervenção em clínica: a primeira, convencionamos chamar intervenção como terapia ou tratamento, caracteriza-se por tentar restabelecer um estado ideal pré-estabelecido a partir de uma norma ou lei geral fundamentada em códigos sociais. Este tipo de intervenção coincide com o nascimento da Psiquiatria enquanto disciplina científica e da doença mental enquanto objeto desta ciência. A segunda forma, que convencionamos chamar "Intervenção como Produção", é formada pelos conceitos de desinstitucionalização basagliano e produção como processo deleuziano e guattariniano. Caracteriza-se pela ausência de modelos pré-estabelecidos e por promover a dissolução de modelos coletivos que venham impedir a emergência de situações e criações singulares no processo de produção coletivo ou individual. Este tipo de intervenção coincide com as críticas levantadas pelos movimentos reformistas à Psiquiatria Clássica, particularmente o movimento italiano. E este tipo de intervenção se relaciona sobretudo com novos dispositivos de atenção em saúde mental, as Cooperativas Sociais, os Ateliês e Oficinas terapêuticas. Porém, as idéias que deram origem a estas experiências estão aliadas a perspectivas tradicionais, embora criticadas e modificadas pelo movimento italiano e por outras idéias e conceitos como o deleuziano e o guattariniano, conferindo-lhes um caráter inovador. Este trabalho de dissertação, portanto, pretende buscar a história destas idéias, como se formou uma intervenção como tratamento ou terapia, e como é possível uma "Intervenção como Produção", ou seja, um uso dos dispositivos de Cooperativas

Sociais, Ateliês e Oficinas Terapêuticas, que não escorregue nos mesmos erros da Psiquiatria Clássica, alvo das críticas reformistas. Realizaremos este percurso utilizando-nos de uma experiência em uma Oficina Terapêutica, a Oficina de Expressão do SPA/UFF, grande motivadora das inquietações que permearam todo este trabalho de dissertação.

81. RODRIGUES, Mavi Pacheco, 1996. *Reforma Psiquiátrica e o combate ao domínio da razão normativa: a assistência na encruzilhada*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Esta dissertação parte da constatação de que parcela expressiva daqueles que defendem a Reforma Psiquiátrica no Brasil tende a situar paradoxalmente o recolhimento da cidadania do doente mental e a assistência psiquiátrica. Temos por hipótese que a fundamentação para tal paradoxo é sustentada principalmente pela recorrência do pensamento crítico da psiquiatria brasileira à obra de Michel Foucault: *História da Loucura*. A tese de uma experiência fundamental da loucura e a tese de uma progressiva dominação da razão normativa sobre o desvario como elementos basilares da argumentação de *História da Loucura* nos leva a identificar em Foucault a formulação de uma concepção de assistência restrita a estratégias de poder-saber de dominação da loucura. O anti-iluminismo e o anti-humanismo foucaultianos são apontados como elementos limitantes na luta pela proposição de políticas assistenciais em saúde mental alternativas ao asilamento. (AU)
82. SALVADOR, Ajax Pérez, 1995. *Análise de dinâmicas institucionais: um enfoque da Psicologia analítica para serviços de Saúde Mental em Unidades Básicas de Saúde*. Dissertação de Mestrado, São Paulo : Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública, Univerisade de São Paulo. Apresenta reflexão teórica que inscreve saber e política de saúde mental como histórica e socialmente construídas, além de descrever conceitos fundamentais de psicologia analítica. Partindo desse conceito faz uma análise do panorama social em que está inserido o Sistema de Saúde. Para ilustrar essas leituras foram feitas 03 entrevistas em grupo com equipes de Saúde Mental de UBS de Santo Amaro e Parelheiros/SP. Foram analisadas as dinâmicas de funcionamento dos serviços de Saúde Mental a partir das imagens dos técnicos, da população e da instituição. Conclui que há predominância do dinamismo patriarcal nas construções das imagens dos técnicos, população e principalmente nas da instituição. Finaliza sugerindo alguns cuidados nos processos de intervenção para melhoria dos serviços de Saúde Mental nas UBSs.
83. SAMPAIO, José Jackson Coelho, 1988. *Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. São objetivos desta dissertação, compreender o asilo para além das contingências de forma e nome (asilo, colônia, hospício, manicômio, hospital psiquiátrico, casa de repouso), como tendência permanentemente possível de se realizar, caso confluam determinadas atitudes assistenciais e administrativas dentro do serviço, com determinadas atitudes culturais e políticas da sociedade; identificar estas atitudes; e então responder à pergunta: Por que o asilo sempre vence na situação histórica concreta do hospital psiquiátrico público brasileiro? (AU)
84. SANTOS, Antônio Weimar Gomes dos, 1997. *Avaliação crítica dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial no Nordeste: perfil organizacional dos serviços instalados até 31 de dezembro de 1995*. Dissertação de Mestrado, Fortaleza: Curso de Mestrado em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará. A experiência prévia, política e técnica, na discussão, montagem e crítica de serviços extra-hospitalares de saúde mental, motivou o autor a realizar a presente pesquisa. Ter por campo o Brasil, com o propósito de estudar a distribuição e a caracterização dos novos serviços propostos pelo Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica mostrou-se impossível, sobretudo pela carência de informações. O foco centrou-se nos 15 Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial - CAPS/NAPS distribuídos por cinco Estados do Nordeste e localizados através das Secretarias Estaduais de Saúde. Foi enviado a cada serviço um Formulário Geral de Mapeamento- FGM-CAPS/NAPS, objetivando a coleta de informações gerais de identificação, que obteve 60 % de resposta. Uma estratégia vital para o aperfeiçoamento do projeto foi manter o universo com os 15 serviços localizados, para fins de sorteio de quatro serviços a serem visitados, amostra de 26,7%, na segunda etapa de

pesquisa. Critérios de estratificação para o sorteio: devolução do formulário (sim, não), regime de propriedade (estatal, filantrópico, lucrativo) e localização (por estado, e dentro de cada Estado, capital/inferior). Durante as visitas foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário de Aprofundamento- QA-CAPS/NAPS, para entrevista com os Coordenadores, Protocolo de Observação de Funcionamento- PO-CAPS/NAPS e Diário de Campo. A criação de um Quadro de Referências, criando indicadores de planejamento e avaliação, a partir de recomendações dos mais importantes documentos do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica, representa tentativa de construir instrumento que contribua para o estudo e a definição do que sejam os novos serviços preconizados. Ao final a pesquisa revela que, mesmo com alguns avanços localizados, os serviços do Nordeste brasileiro são muitos dispare e não apresentam, no momento, a devida capacitação para superarem o desafio de transcender suas práticas predominantemente assistenciais. Não estão funcionando de maneira integrada à rede municipal de atenção à saúde e mostraram-se precários nos processos de reabilitação psicossocial. A aplicação do Quadro de Referências, para cada um dos serviços visitados, mostra que 75% podem ser classificados como Insatisfatórios, portanto distanciados do modelo de assistência extra-hospitalar e cidadão proposto pelo Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica. (AU) 

85. SANTOS, Edna Maria, 1994. *Centro de convivência e cooperativa: um caminho em busca de uma perspectiva alternativa de saúde mental*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo. O propósito central desta pesquisa é a análise de uma proposta de trabalho na área de saúde mental que pretende discutir o lugar que a sociedade tem reservado a seus diferentes. O estudo apresenta a prática do CECCO - Parque Guarapiranga, colocando-a a descoberto através de análise e reflexão. Por outro lado, busca oferecer à equipe CECCO a oportunidade de deter-se sobre a experiência desenvolvida, fornecer informações a outros profissionais da saúde mental para que conheçam o trabalho da autora, podendo propor críticas e sugestões. (AU) 
86. SANTOS, Nancy Ramaciotti de Oliveira, 1984. *A representação social da doença mental na camada popular: um estudo exploratório do discurso popular sobre a doença mental*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. O trabalho apresenta-se como um estudo exploratório sobre a representação social da doença mental na camada popular, obtido através da análise do discurso popular relativo a delimitações, causas e terapêuticas da doença mental. A primeira parte do trabalho discorre sobre alguns conceitos de *representação social*, abordando também resultados de pesquisa empírica relacionados à *representação da doença* na camada popular além de tecer considerações sobre o *psicologismo* e sobre o problema da *coleta de dados acerca das representações*, na camada pobre da população. A metodologia é composta de duas fases distintas. A primeira fase, subsidiária, consta da observação de elementos da camada pobre da população, quando em entrevistas clínicas num Ambulatório de Saúde Mental paulista, e de entrevistas-sondagem, com uma amostra de quinhentas pessoas num centro urbano do Estado de São Paulo. A segunda fase está constituída de entrevistas em profundidade, com oito elementos da camada popular, residentes num mesmo bairro da periferia, da mesma cidade. A análise desse discurso popular resultou na evidência de algumas características da representação social da doença mental entre os elementos dos estratos baixos da população pesquisada. A exploração dos dados acerca dessa representação leva à detecção de ambigüidades e incoerências. O discurso, possuindo por vezes sentimento de ilegitimidade, consegue delimitar na imagem do doente mental, principalmente as características: inconsciência, irresponsabilidade, limitação intelectual, inutilidade social, desvio às regras morais e sociais. As causas atribuídas à doença mental não são definidas claramente, havendo no entanto, uma nítida relação entre doença mental e as dificuldades da vida. As imagens das terapêuticas são contraditórias, referindo-se ao tratamento médico como alternativa terapêutica, e ao mesmo tempo, contendo críticas a sua eficiência. (AU)
87. SANTOS, Nelson Afonso Garcia, 1992. *Do hospício à comunidade: políticas públicas de Saúde Mental*, Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Pós-Graduação em Sociologia Política. Investiga as políticas públicas na área de

- Saúde Mental, no período de 1960 a 1987, relacionando-as com o processo de psiquiatrização do social. Resgata as abordagens teóricas presentes na relação do Estado com a "doença mental" interpretadas através das noções de tese, antítese e síntese psiquiátrica. Analisa decretos, portarias, resoluções e diretrizes que nortearam as políticas públicas em nível nacional, e finalmente, documentos oficiais do estado de Santa Catarina. Compreendendo a "doença mental" como pertinente ao meio cultural e não natural, isto é, historicamente condicionada, contextualiza momentos e tendências. (AU)
88. SCARCELLI, Ianni Régia, 1998. *O Movimento Antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo (1989-1992)*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. O presente trabalho tem por objetivo refletir sobre a atuação/inserção dos trabalhadores em saúde mental na implantação da rede substitutiva de saúde mental do município de São Paulo, entre os anos de 1898 e 1992. A discussão, orientada pelas contribuições da Psicologia Social como descrita por Pichon-Rivière, apoia-se em dados coletados a partir da observação de grupos de supervisão clínica/institucional. Estes grupos são parte do Projeto de formação Permanente em Recursos Humanos na Área de Saúde Mental, resultado do convênio entre a Prefeitura do Município de São Paulo e a Universidade de São Paulo (PMSP/USP), através do termo aditivo entre Secretaria Municipal de Saúde e Instituto de Psicologia (SMS/PST-IPUSP), cuja realização se deu paralelamente à implantação da rede referida. Resignificar e construir/superar limites conceituais, teóricos, técnicos, práticos; e problematizar as contradições, conflitos e dúvidas decorrentes da prática são fundamentais na substituição de práticas antimanicomiais. Ao enfocar a contradição entre saberes e práticas do modelo psiquiátrico tradicional X modelo antimanicomial, analisou-se os conflitos de natureza objetiva e/ou subjetiva, emergentes no contexto de trabalho e relacionados principalmente à concepção de loucura, constituição da equipe multiprofissional e formação dos trabalhadores em saúde mental na construção de práticas inspiradas nos princípios antimanicomiais. Constatou-se que contradições (loucura/doença mental X saúde mental, loucura/desrazão X razão, anormalidade/patologia X normalidade, saber X não saber, modelo médico X não médico, terapêutico X não terapêutico) provenientes da quebra do modelo manicomial desencadeiam processos de discriminação, emergentes nas relações intersubjetivas, tendo como efeito a perda de limites (trabalhadores X usuários, técnicos X não técnicos, neurose X psicose, eficiência X ineficiência de técnicas, público X privado). Assim, a construção destes novos modelos, ligada a desconstrução do manicômio, apresenta-se como uma tarefa complexa, cuja realização não se restringe ao âmbito das práticas, pois carrega consigo contradições inerentes ao sistema social do qual advém (burguesia X proletariado, movimentos sociais X Estado, sociedade global X instituição de saúde, instituição X trabalhadores, trabalhadores em saúde mental X usuário/familiares e usuários X familiares). (AU)
89. SCAZUFCA, Márcia, 1990. *Usuário de calmantes: um estudo das representações mentais de pacientes atendidos em ambulatórios de saúde mental da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. Analisa usuários de benzodiazepínicos, que freqüentam ambulatórios de saúde mental da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, localizados na Grande São Paulo. Avalia as políticas de saúde, de agentes das práticas terapêuticas e a clientela. Cinco mulheres e quatro homens, com idade entre 35 e 59 anos são selecionados através de seus prontuários e as entrevistas são feitas com objetivo de compreender algumas das representações sobre o uso de calmantes no tratamento das doenças dos nervos. Oito psiquiatras são também entrevistados para se obter dados sobre suas práticas profissionais e suas opiniões sobre o uso de tranquilizantes e seus pacientes. Os resultados mostram que, para os pacientes, o calmante é visto como uma solução rápida para o seu sofrimento mental. Os psiquiatras revelam uma uniformização de seus conhecimentos teóricos e práticos, ignorando as peculiaridades da clientela dos ambulatórios. (AU)
90. SCHIAVON, João Perci, 1986. *Teatro e a instituição: uma experiência de teatro em hospital psiquiátrico*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. Relata uma experiência de teatro em um hospital psiquiátrico. Pacientes internados se

transformam em atores, encenando histórias da carochinha e dramas inventados onde imperam o humor e a ironia. Todas as peças aludem ao seqüestro institucional, simulando figuras da ordem e da transgressão. A natureza anti-institucional do teatro aparece como suspensão dos princípios de identidade e realidade: a obra da imaginação se alia à loucura, transformando-a em saber comunicável. A última peça, interrompida durante a sua elaboração, é apenas o esboço de uma tragédia - reflete o momento em que o grupo de teatro, movido por suas próprias leis, e reconhecido pelo grupo institucional como subjetividade ameaçadora. A instituição soberana, com suas leis, saberes estabelecidos, sistemas de terror e procedimentos disciplinares, rechaça a emergência de verdades não previstas na ordem do discurso. O teatro, lugar do imprevisível, situado no interior e à margem da instituição, põe em cena um sujeito - ou grupo-sujeito - que escapa à objetivação, deixando a instituição fora de si. Conclui que articulando uma lógica e uma linguagem não-institucionais, o teatro é uma espécie de produção inconsciente, semelhante ao processo onírico, razão pela qual a teoria, a técnica e a ética psicanalítica são referenciais necessários - e polêmicos - na compreensão dos eventos cênicos e institucionais. (AU)

91. SILVA, Ana Carla Souza Silveira da, 2000. *Reformando a vida: o desafio na inserção social e na construção da cidadania de usuários de saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Atualmente, falar em saúde mental no Brasil requer pensar sobre mudanças em várias instâncias desse campo. Na década de noventa, além de novos projetos assistenciais nos serviços, são criados outros espaços, com objetivos não de tratamento, mas de tentativas de inserir na sociedade os usuários de saúde mental, por meio de várias atividades: artísticas, lazer, trabalho etc. Simpáticos a esses novos espaços, buscamos, através desta dissertação, conhecer os novos grupos constituídos na Reforma Psiquiátrica Brasileira, com a característica principal de produzir um tipo de participação dos seus membros – em especial os usuários de saúde mental – de intervenção concreta na sociedade. Para tanto, foi realizada uma pesquisa em dois locais, que denominamos como “dispositivos grupais estratégicos”; são eles: a Cooperativa da Praia Vermelha e o Núcleo Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial/RJ. Enfatizamos a ação política desses grupos que, pela via do trabalho e da militância política, contribuem, de algum modo, para a promoção de um tipo de inserção social e de produção de cidadania aos usuários da saúde mental, no contexto das políticas neoliberais, de pouco incentivo a formações como essas na sociedade. Procuramos entender esses espaços no interior das lutas desenvolvidas pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, com o objetivo de valorizar o aspecto histórico-político da Reforma Psiquiátrica. Paralelamente à análise desses dois grupos, realizamos vinte e três entrevistas com seus usuários, para saber como percebem o processo de construção desse novo campo na saúde mental e como têm vivido a inserção social e sua cidadania, possíveis ou não. (AU)
92. SILVA, Ana Luisa Aranha e, 1997. *O Projeto Copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. A preocupação com a necessidade manifesta de inclusão no processo de produção da vida material através do trabalho, de uma parcela da população usuária de serviço de saúde mental, deu origem a este estudo. O cenário é o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS), estrutura de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, que opera um projeto terapêutico construído de forma coletiva, a partir das necessidades dos usuários (indivíduos e famílias). Para a apreensão do significado do trabalho e do exercício de trabalhar utilizou o referencial do materialismo histórico e dialético, fundamentado no conceito de reabilitação psicossocial e o fez através da análise dos discursos dos usuários. Pretendeu compreender o significado da atividade produtiva do usuário-trabalhador vinculado a um dos Projetos Especiais desenvolvidos no CAPS – A Copiadora – como instrumento de intervenção no seu poder de contratualidade social, aqui entendido como uma ampliação da sua capacidade de autonomia e emancipação. A finalidade é ser mais uma peça na construção do arsenal desse modelo de assistência à saúde mental, particularmente no que concerne à reconstrução da prática de enfermagem numa perspectiva transformadora em relação à forma tradicional de mantenedora

da ordem institucional. Os resultados indicam que os usuários possuem representações contraditórias acerca de algumas categorias empíricas, porém, de um modo geral, evidenciam a compreensão do trabalho como um instrumento que lhes possibilita acessar o campo dos direitos sociais. Essa outra condição dos sujeitos pode ser observada pelas mudanças internas e externas que experimentam, além de indicar um movimento de superação da condição anterior de usuário-trabalhador (doente que trabalha) para a de trabalhador-usuário (sujeito doente que pode trabalhar).

93. SILVA, Cláudia Osório, 1994. *Curar adoecendo - Um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da saúde, da inventividade e da vida*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. A investigação visa conhecer o processo de trabalho hospitalar através do caso das enfermarias clínicas de um hospital público no Rio de Janeiro. Escolhe como metodologia a pesquisa-ação. A organização do trabalho hospitalar, com a intensa fragmentação das tarefas e pâreas de oportunidades de participação, causa sofrimento aos trabalhadores em saúde. A autora chega a questão: e os pacientes, serão estes personagens que podem produzir encontros felizes que terão como efeitos novas máscaras, propiciadoras da expansão da vida?
94. SILVA, Cristina Aparecida, 2000. *Lembranças que não envelhecem: um hospital-dia conta a sua história*. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo (USP). Ocupamo-nos nesta pesquisa de uma investigação histórica sobre o Hospital-dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – U.S.P., com a preocupação em contribuir com o debate atual sobre a assistência psiquiátrica. Trata-se de uma instituição que iniciou suas atividades em 1961 e funcionou até 1967 sob a coordenação do Dr. David Azoubel Neto. Em 1974, volta a funcionar, mas com nova coordenação. A investigação, contudo, restringiu-se apenas ao primeiro período, 1961 a 1967, visando examinar os vários aspectos do nascimento e desenvolvimento dessa instituição até seu fechamento. Nossa pretensão foi registrar a singularidade dessa história institucional em seus diversos níveis, para entender se promoveu alguma mudança em relação ao hospital psiquiátrico. Para tanto, percorremos o hospital-dia na sua experiência concreta, naquilo que realizou em suas práticas. Pesquisamos documentos de caráter não oficial (um jornal de pacientes, anotações pessoais, fotos, relatórios informais etc.), pastas de pacientes, além de realizarmos entrevistas com algumas pessoas que trabalharam nessa época. Assim, apoiamo-nos no referencial do trabalho sobre memória, especificamente, memória social, e também sobre a história contemporânea, especificamente, biografia institucional. Com essa pesquisa, examinamos como os personagens se engajaram cotidianamente, como o h-d marcou sua presença nos menores detalhes de sua existência institucional, ou seja, seu modo de agir (práticas de tratamento), de pensar a “doença mental” (abordagens teóricas), de solucionar problemas etc., possibilitando uma maior compreensão de sua história institucional. Os dados examinados nos levaram a entender seus objetivos iniciais, personagens envolvidos, política administrativa, recursos, formas de tratamento, abordagens teóricas etc. Assim, notamos um hospital-dia que, inspirado nas experiências da época, se firmou como uma comunidade terapêutica, mostrando que todo o tempo de permanência dos pacientes na instituição fazia parte do tratamento. Com isso, o ambiente institucional era repleto de diversas atividades, festas, jogos, brincadeiras, reuniões etc. A comunidade terapêutica foi seu principal referencial, o que o levou a atuar exclusivamente sob tal referencial. Das formas de tratamento, utilizou as terapias administrativa, ocupacional, recreacionista e medicamentosa; físicas (eletroconvulsoterapia e insulino-terapia); psicanalítica (psicoterapia individual e grupal) O hospital-dia promoveu, de fato, uma reforma institucional internamente, tornando o espaço institucional bastante expressivo, a ambientoterapia se destacou. Percebemos que preservou algumas das clássicas terapêuticas, tão questionadas, mas por outro lado, favoreceu um ambiente repleto de atividades, se contrapondo com a tão criticada ociosidade promovida pelas instituições tradicionais. Ofereceu assim, um papel mais ativo aos pacientes.
95. SILVA, Maria Concepción Pezo, 1991. *Análise do ensino da disciplina enfermagem psiquiátrica nos cursos de graduação em enfermagem na Grande São Paulo*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. O presente estudo, de

natureza descritiva, teve seus dados obtidos por meio de entrevistas, realizadas com professores que ministram a disciplina há mais de 2 anos. Teve por objetivo verificar as características de ensino da disciplina nos cursos de graduação das escolas de enfermagem da Grande São Paulo. A análise dos resultados mostrou que o ensino da disciplina varia de uma escola para outra quanto à carga horária, desenvolvimento do programa e semestre em que é ministrada. Nos conteúdos teóricos é enfatizado a prevenção secundária e a parte prática é desenvolvida em ambiente hospitalar. O número de docentes, em geral, é mínimo, exceção feita a uma das escolas. Os padrões de assistência são contemplados parcialmente. Os referentes ao processo de enfermagem são ensinados de modo não sistematizado. A capacitação dos professores, variação da carga horária, dicotomia entre teoria e prática, falta ênfase em saúde mental, ausência de participação dos alunos em pesquisas e a falta de utilização de metodologia de assistência, estão influenciando o ensino da disciplina. (AU).

96. SILVA, Thereza Maria Galvão, 1988. *A interseção da ordem penitenciária e a ordem familiar*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Este trabalho enfoca a representação da família no cárcere, a partir da análise da relação família e penitenciária. Pretende-se estudar a instituição penitenciária e sua integração com a família dos indivíduos encarcerados. A importância afetiva, desempenhada por esposas e filhos dos internos, como meio de reduzir a tensão carcerária e a manipulação que a instituição penitenciária faz deste fato, é uma das constatações importantes analisadas em nosso trabalho. (AU)
97. SOALHEIRO, Nina, 1997. *A invenção da Assistência: uma orientação ética para a clínica em saúde mental na rede pública*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Este trabalho foi desenvolvido a partir do objetivo de descrever, sistematizar e fazer uma reflexão teórica sobre a experiência do Centro de Referência em Saúde Mental – Cersam/Barreiro, um serviço para atendimento a urgências psiquiátricas e tratamento da crise, no Distrito Sanitário Barreiro da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG. Para isso, parte-se da discussão de questões pertinentes aos novos dispositivos de tratamento em saúde mental na rede pública, dentro de uma perspectiva de revisões e transformações nesse campo, que caracterizam a chamada Reforma Psiquiátrica, e no contexto do debate atual da saúde pública no país. A partir de uma revisão dos pressupostos básicos que fundamentaram o projeto do dispositivo psiquiátrico asilar, busca-se encontrar, em diversos autores, os elementos para uma construção teórica que vai apontar a ruptura com esse modelo e fundamentar a nossa aposta na invenção da assistência enquanto uma orientação ética presente no projeto da Saúde Mental contemporânea. A idéia de um modelo único dá lugar a uma pluralidade de experiências e soluções locais, ou seja, a instituições permanentemente reinventadas, que buscam a superação cotidiana dos vícios dos saberes completos e das instituições disciplinares, para produzir novas possibilidades terapêuticas. Finalmente, a partir do relato de situações clínicas e de depoimentos dos usuários do serviço sobre a experiência da loucura, recorrendo a indicações do pensamento freudiano e a autores contemporâneos que operam com ele, discute-se alguns elementos para se pensar uma clínica em saúde mental na rede pública. Uma aposta em uma clínica da loucura que não seja alimentada pelo ideal da sua erradicação. (AU)
98. SOARES, Simone Simões Ferreira, 1980. *Enlouquecer para sobreviver: manipulação de uma identidade estigmatizada como estratégia de sobrevivência*. Dissertação de Mestrado, Brasília: Faculdade de antropologia, Universidade de Brasília. O objetivo deste trabalho é analisar uma situação existente em nossa sociedade, que é a de determinada categoria de indivíduos manipular a loucura como estratégia de sobrevivência.
99. SOTT, Oswaldino Welerson, 1998. *Avaliação dos cuidados do paciente na comunidade, após alta de sua primeira internação psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Esse estudo avalia os serviços de assistência comunitária em psiquiatria, comparando uma amostra de pacientes que tem acesso a esses serviços e uma amostra de pacientes que são privados dos mesmos. A primeira amostra é constituída de pacientes oriundos de um hospital público, enquanto a segunda amostra é formada de pacientes oriundos de uma clínica privada conveniada. As amostras

foram pareadas e, só fazem parte das mesmas, os pacientes que receberam alta de sua primeira internação psiquiátrica. Duas escalas de avaliação, selecionadas para o estudo, foram aplicadas para ambas as amostras, após os entrevistadores terem sido treinados no manuseio das mesmas. Em uma dessas escalas, avaliou-se, junto aos familiares dos pacientes, a percepção que os mesmos têm da assistência recebida por seu parente. A outra escala, aplicada junto ao profissional responsável pelo tratamento do paciente, avalia, em quatro seções, o grau de comprometimento que, por ventura, restringe a capacidade de adaptação do mesmo à vida na comunidade. Como esperado, na amostra de pacientes que dispõe de assistência comunitária, os mesmos têm melhor condição de lidar com os problemas relativos a enfermidade e com os conflitos vivenciados na relação com as pessoas. Já a segunda amostra de pacientes é privada de qualquer assistência a nível comunitário. Uma grande parte dessa população (44 a 57%), está totalmente desassistida após a alta hospitalar e, o restante, dispõe de precárias informações e orientações. Este resultado representou um obstáculo para a comparação entre as duas amostras, pretendida originariamente pelo projeto. Ao mesmo tempo, nada joga mais luz no tema, que esse resultado. (AU)

100. SOUZA, Waldir da Silva, 1999. *Associações de usuários e familiares frente à implantação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro (1991-1997)*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. No cenário social o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira introduziu na agenda das políticas públicas o tema da desinstitucionalização, assim como a proposta de mudança no modelo de atenção à saúde mental. O Movimento deflagrou transformações políticas, sociais e culturais no lidar com a loucura. O presente estudo analisa a ação política de três associações de usuários e familiares, a Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil (AFDM), a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho (SOSINTRA) e a Associação dos Parentes e Amigos da Colônia Juliano Moreira (APACJUM), interpretadas enquanto grupo de interesses em uma arena específica, o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. As associações apresentam, como essência central, uma ação política na qual difundem a construção de identidades democráticas no marco das instituições representativas, com a constituição de formas coletivas de solidariedade e de ajuda mútua. Representam segmentos sociais que até então encontravam-se excluídos do debate, ou da possibilidade de participar diretamente no processo decisório sobre a formulação e implementação das políticas públicas de saúde/saúde mental, campo este largamente dominado pelo discurso técnico. Assim, buscam influenciar na implementação e execução das políticas nas instâncias colegiadas definidoras do rumo destas, com a apresentação de propostas e da defesa de seus interesses, funcionando como *inputs* para os *policy-making*. (AU)
101. TAVARES, Cláudia Mara de Melo, 1995. *Exclusão, um artifício do medo: um estudo da representação do doente mental num grupo de acadêmicos de enfermagem*. Dissertação de mestrado, São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Enfermagem Psiquiátrica. Estudo das representações sociais do doente mental presentes num grupo de acadêmicos de enfermagem, demonstrando sua influência na prática da enfermagem psiquiátrica. O trabalho discute as políticas de saúde mental e a formação do enfermeiro psiquiátrico.
102. TAVARES, Idésio Milani, 1997. *O tratamento de pacientes psiquiátricos no hospital geral: possibilidades e limitações*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Estimativas recentes indicam que existem, no Brasil, 1720 leitos psiquiátricos em hospitais gerais o que representa apenas 2,4% do total de leitos psiquiátricos em todo o país. Como esse percentual é mínimo, quando comparado a muitos países onde o tratamento de pacientes psiquiátricos em hospital geral floresce, chegando quase a substituir por inteiro o hospital psiquiátrico tradicional, procura-se detectar, nesta dissertação, resistências que possam estar dificultando a instalação de unidades e enfermarias psiquiátricas em hospital geral no Brasil, mais particularmente na cidade do Rio de Janeiro. Parte-se do pressuposto de que essas resistências são provenientes de três fontes: das estratégias das secretarias de saúde, da diretoria e do 'staff' dos hospitais gerais e do modelo médico-hospitalar. Através de questionários semi-estruturados e de entrevistas focalizadas com coordenadores de Saúde Mental a nível federal, estadual e municipal e, também, com

diretores, clínicos, cirurgiões, enfermeiras, psiquiatras e psicólogos de três hospitais públicos da cidade do Rio de Janeiro procura-se conhecer e descrever melhor esses focos [sic] de resistência. Avaliam-se as vantagens e desvantagens do tratamento do paciente psiquiátrico em diversos 'setting': em unidades e enfermarias psiquiátricas, em leitos aglomerados ('cluster beds'), em leitos dispersos ('scatter beds'), em Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial e em Hospitais-dia. Tecem-se considerações a respeito da capacidade do hospital geral, e do modelo médico ali reinante, em acolher, tratar e cuidar do indivíduo insano e discutem-se os modelos médico e biopsicossocial assim como alternativas multi e interdisciplinares. Os resultados encontrados indicam que, ao se permanecerem as resistências atuais, a implantação de serviços psiquiátricos no hospital geral continuará sendo difícil contribuindo para a permanência hegemônica do hospital psiquiátrico tradicional em nosso país. (AU)

103. TORRES, Márcia Leite de Oliveira, 1985. *O estudo da doença mental como singularidade do comportamento. A formulação do diagnóstico psiquiátrico no meio social*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. O ensaio parte da etnopsiquiatria de Devereux e se propõe a estudar a singularidade ou doença mental, do ponto de vista cultural, visando esclarecer o modo pelo qual é formulado o diagnóstico psiquiátrico no meio social. Utilizando a visão do cotidiano sobre o que é considerado doença mental, pretende defender a hipótese de que - nos casos estudados - o diagnóstico é formulado em termos da conformidade com um modelo marginal de singularidade do comportamento e não em termos de um desvio da norma. (AU)
104. TUNDIS, Silvério Almeida, 1985. *Psiquiatria preventiva: racionalização e racionalidade*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Trata-se de um estudo histórico das condições de desenvolvimento da Psiquiatria Preventiva desde o início do século XX no Brasil, e os determinantes de seu modelo. Utilizou-se como material a documentação oficial existente, política e técnico-científica publicada em revistas especializadas. Na abordagem teórico-metodológica trabalhou-se fundamentalmente no estabelecimento de correlações entre a política de assistência psiquiátrica e os princípios básicos da medicina preventiva. A constatação geral do estudo é que a Psiquiatria Preventiva no Brasil, nos dias de hoje, é uma proposta sintetizadora das diversas modalidades técnicas, passíveis da aplicação prática, na medida em que se ajustam nos modelos políticos vigentes em diferentes conjunturas econômicas no país. A conclusão final é que as propostas mais recentes da Psiquiatria Preventiva podem ser entendidas como uma Psiquiatria da Racionalidade, que encontra seus fundamentos, tanto em teorias econômicas quanto sociológicas. (AU)
105. URQUIZA, Lygia Maria de Franca Pereira, 1991. *Um tratamento para a loucura: contribuição à história da emergência da prática psiquiátrica no Estado de São Paulo*. Dissertação de Mestrado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Estudou-se o momento histórico em que se inicia a prática psiquiátrica em São Paulo e suas primeiras décadas de funcionamento. O material investigado constou principalmente das publicações de Franco da Rocha 1893 e 1923 e dos prontuários do SAME - Juqueri referentes ao mesmo período. Os dados empíricos foram abordados utilizando-se o modelo de investigação tecnológica do trabalho médico e privilegiando-se a terapêutica alienista, entendida como instrumento do trabalho da medicina mental. Tentou-se, ainda, apreender as articulações, imediatas ou mediatizadas, desses instrumentos com os demais elementos componentes do processo de trabalho. Observou-se que o momento histórico estudado se constitui numa ruptura no que diz respeito às práticas de gerência pública da loucura, e que a proposta terapêutica do alienismo corresponde à totalidade das estratégias aplicadas para esse gerenciamento no Estado de São Paulo, a partir de 1893. Finalmente, verificou-se que o modo concreto como opera o trabalho alienista se conforma menos aos ditames da ciência que as necessidades sociais mais amplas e aquelas engendradas à própria prática do trabalho. (AU)
106. VAISSMAN, Magda, 1983. *Assistência psiquiátrica e Previdência Social: análise da política de saúde mental nos anos 70*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. A autora procura analisar a organização da assistência

psiquiátrica face à política de saúde mental adotada pela Previdência Social no Brasil, no período de 1970 a 1980. Considera-se que a privatização do setor saúde e a conseqüente mercantilização da medicina favorecem a perpetuação do modelo asilar de exclusão/segregação, em detrimento da utilização de recursos extra-hospitalares. Apesar de, formalmente, os princípios da Psiquiatria Comunitária e Social fazerem parte das instruções normativas do INAMPS, constata-se o uso abusivo do leito hospitalar, reconhecidamente iatrogênico e ineficaz. A rede hospitalar psiquiátrica consumiu, no período acima mencionado, em média, 95% dos recursos destinados à assistência psiquiátrica, indicando que não houve ênfase na assistência ambulatorial. Isto invalida, a nosso ver, as teorias sobre a psiquiatrização da vida cotidiana, quando aplicadas ao caso brasileiro. (AU)

107. VALENTE, Luiz Carlos Holanda, 1983. *O vínculo empregatício do psiquiatra na clínica ambulatorial: subsídios para uma discussão*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Há anos considera-se muito grave a problemática de saúde mental neste país. Existem evidências que permitem suspeitar-se de que a permanência dessa situação se deve, em grande parte, ao fato de os psiquiatras da clínica ambulatorial da Previdência Social não poderem ser eficientes nas condições que lhes têm sido oferecidas. Procura-se contribuir para o alcance de soluções verdadeiramente efetivas e proveitosas, fornecendo subsídios para a abertura de uma discussão, à luz da teoria psicanalítica, sobre a validade, na clínica psiquiátrica ambulatorial, da condição básica a que geralmente têm estado submetidos os referidos profissionais, ou seja, do vínculo empregatício. Para tanto, são reunidos e confrontados alguns dados importantes sobre dois princípios fundamentais da prática médica, sobre as normas éticas e jurídicas que regulam o trabalho dos médicos (como profissionais autônomos e como empregados) e sobre a teoria psicanalítica. A partir disso, são desenvolvidos dois conjuntos de reflexões: um para alcançar uma compreensão psicanalítica das atitudes profissionais exigidas pelos princípios fundamentais da prática médica; outro para esclarecer as possíveis implicações, no funcionamento do médico, da mudança de suas condições de trabalho de trabalhador autônomo para empregado. Através da discussão final dos resultados obtidos, torna-se bastante compreensível que eles reforçam muito aquela suspeita inicial sobre a razão de ser de continuar sendo muito grave a problemática de saúde mental neste país. Isto, principalmente, porque se torna bastante aceitável que se possa formular e provar, entre outras, a hipótese de que o vínculo empregatício deve alterar profundamente o funcionamento mental do médico, a ponto de poder prejudicar sensivelmente o seu desempenho, particularmente na clínica psiquiátrica ambulatorial. Finalmente, para que se criem as condições necessárias para a verificação experimental e aproveitamento dessas hipóteses, recomenda-se a continuidade desta discussão no âmbito da Universidade, com a participação de representantes da Administração Pública (especialmente na área da saúde mental) e de todas as áreas do conhecimento científico que, alguma maneira, possam torna-la mais rica e proveitosa. (AU)
108. VAZ, Ricardo Duarte, 1994. *Loucuradivers(c)idade: espacialidade da loucura e produção de subjetividade*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. O que é a loucura senão a Diferença em seu estado pleno? Como construir espaços de convivência com a diversidade sem ter uma atitude de 'captura', seja com a teoria, seja com a prática clínico-psiquiátrica? Estas entre outras questões orientam o estudo. Uma busca incessante de passar entre essas questões e os espaços que habitualmente tem sido eleitos para serem continentes da loucura. O estudo passa pelo espaço asilar, pelos espaços institucionais e pelo espaço da cidade sendo afetado pelas diversas produções de subjetividade que a Diferença provoca; refletindo também no espaço do texto. Faz-se esse trajeto passando pelos corpos, sejam eles institucionais, individuais e no próprio corpo do saber. O texto insiste em buscar uma singularidade em se estar entre a loucura sem qualquer apropriação, seja esta individual ou científica. (AU)
109. VENANCIO, Ana Teresa Acatauassú, 1990. *Sobre a 'Nova Psiquiatria' no Brasil: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Esta dissertação de mestrado é um estudo sobre o conjunto de saberes e práticas terapêuticas empreendido no sistema médico-

psiquiátrico brasileiro desde a década de 70, e que vem se apresentando como alternativo ao modelo 'tradicional' de atendimento e tratamento da questão da doença mental. Trata de observar as representações que constituem a ideologia desta 'nova psiquiatria', procurando perceber, em particular, de que forma tais representações reordenam os valores relacionados a uma concepção 'moderna' de Pessoa, característica das sociedades ocidentais contemporâneas. Como estratégia de pesquisa privilegiei a contextualização do aparecimento das proposições que constituem a 'nova psiquiatria', no âmbito internacional e no Brasil. Em seguida realizei um estudo de caso de uma modalidade institucional paradigmática desta configuração ideológica: o hospital-dia. (AU)

110. VILLANO, Luiz Augusto Brites, 1980. *Pareceres psiquiátricos: aspectos institucionais*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pretende-se estudar criticamente as relações da Psiquiatria com a Medicina em Geral, através do trabalho de atendimento a pareceres psiquiátricos, solicitados para pacientes internados em enfermarias de Clínica Médica e Cirúrgica de um hospital geral universitário. São analisados os pedidos de pareceres e respostas aos mesmos, em busca das situações organizacionais e institucionais, manifestas e latentes, que conformam a atuação dos diversos elementos envolvidos - paciente, médico da enfermaria e psiquiatria. Estuda-se inicialmente o modelo de ligação do serviço de Psiquiatria em questão com o Hospital Geral, através de suas proposições e práticas, partindo-se a seguir para a descrição e comentários de casos de pareceres psiquiátricos. Evidencia-se que é atribuído um valor moral negativo aos pacientes que apresentam - história e conduta em desacordo ao esperado, saindo da posição passiva exigida para o exercício de funções não explícitas da instituição - no caso a utilização do paciente como local de aprendizado e objeto de trocas comerciais, alienando-se sua especificidade de diversidade humana. Esta valoração permeia os diversos médicos, desde a identificação do possível paciente psiquiátrico e a descrição dos seus sintomas, até a avaliação, diagnóstico e prescrição de conduta pelo psiquiatra. Ao final são feitas considerações sobre as possibilidades e limites da atuação do psiquiatra, a nível do paciente e da organização da enfermaria. (AU)
111. XAVIER, Maria Lelita, 1999. *O estigma determinando a prática de cuidar: Representação do alcoolismo num grupo de enfermagem de uma unidade hospitalar psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Rio de Janeiro. O estudo trata da representação social do alcoolismo num grupo da equipe de enfermagem de uma instituição psiquiátrica. Os objetivos foram: compreender o cotidiano de enfermagem durante a prática de cuidar do alcoolista, identificar as representações sociais da enfermagem sobre o alcoolismo e analisar o significado destas representações a luz dos cuidados de enfermagem ao cliente alcoolista. O método escolhido é o qualitativo e as representações foram colhidas em dinâmicas de grupo. Trabalhando as informações contidas nas representações - imagens e significados, encontramos como resultados o seguinte: o alcoolismo é um animal destruidor no corpo do cliente e os significados do alcoolismo para cuidar. (AU)
112. YASUI, Silvio, 1999. *A construção da Reforma Psiquiátrica e o seu contexto histórico*. Dissertação de Mestrado, Assis: Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista. O objetivo do presente trabalho é o de contribuir para a discussão e a consolidação da transformação da assistência em saúde mental. A partir de conceitos inspirados em Gramsci, pretende-se compor o cenário político e social em que o Movimento da Reforma Psiquiátrica foi sendo construído, desde os anos setenta até os anos noventa, estabelecendo relações e paralelos com os Movimentos Sociais e com o Movimento da Reforma Sanitária. Neste processo de construção cotidiana, destacam-se os paradigmas e as rupturas que o Movimento da Reforma Psiquiátrica foi produzindo em diversos campos: teórico, assistencial, jurídico, político e sociocultural, o que possibilita caracterizá-lo como um Movimento Social contra-hegemônico. Como exemplaridade desse processo analisa-se o Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira de São Paulo. (AU)

RESUMOS DOS ARTIGOS PUBLICADOS EM REVISTAS NACIONAIS

Índice dos Artigos por Banco de Dados :

AMARANTE e Col.: 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 43, 44, 47, 48, 50, 51, 52, 54, 55, 58, 59, 61, 63, 64, 66, 67, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 90, 91, 95, 96, 102, 103, 104, 105, 106, 109, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138.

LILACS: 1, 2, 4, 6, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 27, 28, 30, 31, 32, 37, 41, 42, 43, 45, 46, 49, 50, 51, 53, 56, 57, 60, 62, 65, 68, 69, 72, 79, 84, 86, 87, 88, 89, 92, 93, 94, 97, 98, 99, 100, 101, 107, 108, 110, 111, 115, 121, 130, 139, 140.

ARTIGOS PUBLICADOS EM REVISTAS (NACIONAIS)

1. ALESSI, Neiry Primo, 1982. O significado social das Políticas de Saúde Mental no Brasil. In: *Neurobiologia*, 45(3): 221-228, Recife. O trabalho procura mostrar que os projetos políticos norteadores das práticas em saúde mental devem ser analisados por referência ao processo de constituição e desenvolvimento de uma formação econômico-social concreta. Tendo por referência a sociedade brasileira, a análise de algumas políticas instituídas pelo Estado demonstra estarem direcionadas ao encobrimento da sua função de defesa dos interesses da classe dominante e de obscurecimento da exploração de classe e de conflito entre as classes sociais.
2. ALMEIDA FILHO, Naomar, 1983. Crítica à proposta da psiquiatria preventiva. In: *Informação psiquiátrica*, 4(4): 71-76, Rio de Janeiro. O autor discute alguns problemas decorrentes da proposta da prevenção, conforme apresentada nos textos da psiquiatria preventiva, baseada em técnicas de detecção precoce de doenças mentais. A partir da análise da noção geral de screening argumenta que a proposta preventivista não possui, no âmbito psiquiátrico, consistência suficiente para justificá-la como ação de saúde pública. Além disso, a partir do referencial da teoria do rótulo, sugere-se que o emprego de procedimentos de diagnóstico precoce dentro da proposta caplaniana é, não apenas ineficaz mas, também, iatrogênico, implicando em risco de produção de doença mental.
3. ALMEIDA FILHO, Naomar, 1985. Cultura e psicopatologia - Revisão da literatura epidemiológica latino-americana. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 34(6): 357-364, Rio de Janeiro. Este trabalho se constitui em revisão da literatura latino-americana sobre relações entre mudança cultural e psicopatologia. Pela análise de 30 estudos epidemiológicos, o autor mostra como a cultura tem sido tradicionalmente abordada por pesquisadores da área da psiquiatria social como variável independente associada à prevalência de doença mental. Duas abordagens básicas são delineadas: uma antropológica e outra baseada em explicações sociológicas. As hipóteses de choque cultural e marginalização cultural pertencem à 1ª abordagem, enquanto que a 2ª é manifestada pelas noções de estresse urbano, mudanças de vida, apoio e ascensão social. (AU)
4. ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J. de J.; COUTINHO, E.; FARIAS, J. GOMES; J. ANDREOLI, S.; BUSNELLO, E. D. 1992. *Estudo multicêntrico de morbididade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras – Brasília, São Paulo, Porto Alegre*. Teve por objetivos estimar as prevalências globais de distúrbios psiquiátricos (EPG) na população e estimar as prevalências de demanda potencial (EPD) de serviços destinados a tratamento dos distúrbios psiquiátricos. Contou de duas etapas: na primeira foi aplicado como instrumento de triagem o QMPA em 6.470 sujeitos com mais de 15 anos, e na segunda, uma subamostra randômicamente selecionada de 30% dos “casos” e de 10% dos “não casos” foi submetida a um inventário de sintomas do DSM III para definição de diagnóstico. Os resultados mostraram que existem perfis diversificados de morbididade psiquiátrica nas cidades, refletindo as diferenças socio-culturais e os distintos níveis de desenvolvimento de cada região. Mostraram também que a metodologia das estimativas da demanda potencial pode ser útil em estudos epidemiológicos da saúde, de maneira a auxiliar essa área a cumprir com sua função de subsidiar o planejamento e a organização da assistência psiquiátrica.
5. ALVES, Domingos Sávio do Nascimento; SEIDL, Eliane Maria Fleury; SCHECHTMAN, Alfredo; SILVA, Rosane Correia. Elemento para uma análise da assistência em saúde mental no Brasil. In: *J. bras. Psiquiatr.*, 41 (8) : 423-6. Diagnóstico da situação da assistência em saúde mental no Brasil, apontando prioridades e algumas ações estratégicas, desenvolvidas ou a desenvolver. Conclui que alguns passos importantes foram dados para a transformação do modelo assistencial vigente (AU).
6. ALVES, Domingos Sávio Nascimento & PEREIRA, Maria de Fátima, 1982. A inserção da comunidade no processo de transformação da Colônia Juliano Moreira. In: *Cadernos de psiquiatria social*, 1(1): 24-32, Rio de Janeiro. O artigo apresenta algumas das principais

estratégias desenvolvidas pelos técnicos da CJM, para a transformação da unidade psiquiátrica, dentre as quais destacam-se a criação do projeto de ressocialização, a regionalização das ações de saúde, a criação do hospital Jurandir Manfredini e o trabalho com a comunidade da AP-IV do município do Rio de Janeiro.

7. AMARAL, José Júlio, 1977. A psicanálise e a política: o movimento dos TSM argentinos. In: *Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia*, 1(1): 115-119, Salvador. Relata a fundação do movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, entre os anos 72-76, em Buenos Aires, a partir de dissidências da Associação Psicanalítica Argentina, com atuações em sindicatos, hospitais e universidades. O movimento agrupava psicólogos de hospitais públicos, médicos da Federação Argentina de Psiquiatria, um pequeno número de psicopedagogos e assistentes sociais. Procurava não limitar-se a simples denúncias, e possuía grande preocupação com a formação dos profissionais para que não reivindicassem apenas uma pauta pequeno-burguesa. O autor faz referência às influências teóricas de Lacan e Althusser na base do movimento. .
8. AMARAL, Márcia A. do. 1997. Atenção à saúde mental na rede básica : estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. In: *Rev. Saúde Pública*; 31(3) : 288-95. Objetivou-se analisar a implementação da política de saúde mental para a rede de saúde no município de Campinas, SP (Brasil). Foi feito estudo epidemiológico descritivo de uma amostra de 150 pacientes egressos de um hospital psiquiátrico e encaminhados aos centros de saúde para continuidade do tratamento. Durante 4 meses após a alta, foi verificado o comparecimento dos pacientes às atividades, assim como a ocorrência de reinternações. Foram encontrados 48,6% dos pacientes em alta hospitalar que não demandaram atendimento nos centros de saúde e dos que o fizeram, 51,4% abandonaram o tratamento num período de 4 meses. A prevalência de reinternações em 4 meses foi de 24,7%, sendo maior entre os pacientes com diagnóstico de posições. Foram evidenciados problemas na implementação da política de saúde mental para a rede básica relativos à definição das políticas, à organização do processo de trabalho das equipes de saúde e aos resultados alcançados. Foi referendado o diagnóstico de que a transformação do modelo manicomial demanda a existência de novos equipamentos de reabilitação psicossocial e a articulação intersetorial para alcançar seus objetivos de desospitalização e resgate da cidadania dos doentes mentais (AU).
9. AMARAL, A.A., ARAÚJO, M. do C; SOARES, T.C. 1991. *Consulta de enfermagem em Saúde Mental: recurso para assistência ambulatorial em nível primário*, in HU rev.18(3) : 183-90, set/dez. Este trabalho é um estudo exploratório acerca da Consulta de Enfermagem direcionada para o campo da Saúde Mental, como recurso para assistência de enfermagem nos níveis primário e secundário, em ambulatório. Tem como objetivo principal o desenvolvimento de uma metodologia para a prática profissional do enfermeiro. Realizou-se em quatro etapas: 1) decisão quanto à utilização da consulta de enfermagem como recurso; 2) organização do serviço; 3) implementação da consulta; 4) construção de um modelo pela elaboração das experiências práticas. A clientela alvo são as pessoas que se encontram em situações conflituosas relacionadas ao seu meio ou aos estresses do cotidiano, que buscam os serviços do HU/UFJF. A assistência é implementada através do desenvolvimento do reacionamento enfermeiro-cliente. (AU).
10. AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho, 1992. Algumas notas sobre a complexidade da loucura e as transformações na assistência psiquiátrica. In: *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 3(1/2): 8-16, São Paulo. Partindo da reconstrução histórica institucional e conceitual de Franco Basaglia e de seus colaboradores, especificamente quanto a determinados conceitos-chaves (loucura, doença mental, psiquiatria, desinstitucionalização), o artigo propõe que se pense a obra desta tradição no contexto não apenas de um processo singular de transformações radicais no campo da psiquiatria, mas como uma obra que transcende as fronteiras epistemológicas da saúde mental. A hipótese que aqui se esboça é a de que esta radicalidade é possível na medida em que o projeto crítico de Franco Basaglia inscreve-se num empreendimento muito mais amplo de reflexões sobre a natureza e a função das ciências sociais, dos saberes e dos técnicos, que vem sendo concebido no âmbito da filosofia das ciências e na noção de complexidade. (AU)
11. AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho, 1994. Algumas reflexões sobre a ética, cidadania e

- desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. In: *Revista Saúde em Debate*, 45: 43-46, Londrina. Trata-se do Relatório apresentado ao Simpósio Saúde Pública/Saúde Mental, organizado pela Escola Nacional de Saúde Pública de Rennes (França) e pela Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro, por ocasião do 9º Congresso Mundial de Psiquiatria. O autor reflete sobre algumas das relações entre ética, cidadania e desinstitucionalização para compreender a dimensão cultural e social do movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.
12. AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho, 1995. Novos sujeitos, novos direitos. O debate em torno da Reforma Psiquiátrica. In: *Cadernos de saúde pública*, 11(3): 491-494, Rio de Janeiro. O autor analisa e debate as discussões existentes em torno do processo da reforma psiquiátrica brasileira, assim como em torno do Projeto de Lei Paulo Delgado, que propõe a extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras tecnologias de cuidado em saúde mental. Para o autor a questão central está no conceito de desinstitucionalização, em oposição ao de desospitalização, onde o aspecto de Ética é o fundamental a discernir os rumos do projeto da reforma psiquiátrica. (AU)
 13. AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; ANDRADE, Pedro Henrique O. de, 1993. Saúde Mental : vitória de conceitos e estratégias. In : *Conjunt. Saúde*; 21-2. Discute o crescimento e amadurecimento do movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial e a necessidade de reforma da legislação psiquiátrica.
 14. ANDRADE, Márcia Schmidt, 1982. Saúde mental e assistência psiquiátrica no Estado de Minas Gerais: situação atual, perspectivas futuras e propostas de mudanças. In: *Cadernos de psiquiatria social*, 1(1): 45-52, Rio de Janeiro. Artigo baseado na monografia apresentada ao Curso de Especialização em Psiquiatria Social. Faz uma retrospectiva da assistência psiquiátrica em MG desde o início do século XX; discute a formação dos profissionais de Saúde Mental no estado, assim como a sua organização política em entidade. Apresenta algumas propostas de transformação, tais como a criação de centros comunitários de saúde mental e a implantação de equipes multidisciplinares.
 15. ARANTES, Esther M., 2000. Entre o educativo e o carcerário: análise do sistema sócio-educativo do Rio de Janeiro. In: *Cadernos Prodemam de Pesquisa*, (1): 11-96, Rio de Janeiro: UERJ. Este artigo reúne informações extraídas de fontes diversas sobre o envolvimento de adolescentes com o uso e o tráfico de drogas no estado do Rio de Janeiro. Além da síntese de dados nacionais e estaduais de diversos órgãos públicos, são apresentados depoimentos de integrantes de ONGs, de entidades da sociedade civil, de membros do Poder Judiciário e de participantes de eventos sobre o tema realizados simultaneamente ao desenvolvimento desse estudo. São analisados aspectos relevantes para o reordenamento do sistema sócio-educativo no estado, tais como, o papel da Defensoria Pública, as unidades que compõem o sistema, a frequência e a gravidade dos atos infracionais, a exclusão social sofrida pelos adolescentes e a violência praticada contra eles. Palavras-chave: adolescente; sistema sócio-educativo; ato infracional; uso e tráfico de drogas. (AU)
 16. ASSIS, Marluce Maria Araújo, 1993. Reflexões sobre as contradições dos modelos assistenciais psiquiátricos. In : *Rev. Baiana enfermagem*; 6 (1) : 72-82.
 17. BANDEIRA, Marina, 1992. Desinstitucionalização : estão os profissionais de psicologia preparados? In: *Psicol. Teor. Pesquisa*; 8 (supl.) : 373-84. Levantamento do grau de conhecimento apresentado pelos psicólogos sobre a literatura relevante à reinserção social dos doentes mentais. Um questionário foi enviado a 81 departamentos de psicologia de universidades brasileiras. Apenas 43% responderam os questionários. Os resultados sugerem um viés em favor da desinstitucionalização dos doentes mentais, mas indicam um baixo grau de conhecimento sobre a literatura da área. A porcentagem de acerto das questões (58%) foi próxima do nível do acaso. Os dados foram comparados aos de uma amostra canadense e discutidos em termos dos seguintes pontos : pouca importância atribuída à formação do psicólogo para atendimento comunitário em saúde mental, pouca importância atribuída à pesquisa avaliativa em geral, falta de dados brasileiros na área de saúde mental e o lento progresso na aplicação da política de saúde mental comunitária (AU).
 18. BANDEIRA, Marina; LESAGE, Alain et al, 1994. Desinstitucionalização: importância da infraestrutura comunitária de saúde mental. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43(12): 659-666, Rio

de Janeiro. A desinstitucionalização dos doentes mentais tem apresentado dificuldades devido à ineficácia dos programas de reinserção social. O presente trabalho avalia os efeitos de um programa de reinserção de um grupo de pacientes, comparativamente a um grupo controle, três anos após a alta de ambos os grupos. Os resultados mostram que os pacientes do programa apresentam menos sintomas psiquiátricos, maior nível de habilidades da vida cotidiana e menos necessidade de tratamento psiquiátrico, mas a duração das rehospitalizações só é menor para um subgrupo de pacientes habitando em residências especiais. Destaca-se a importância de um acompanhamento freqüente e contínuo, assim como um ambiente residencial com participação dos pacientes e dirigido por uma equipe especializada, em continuidade com a equipe do programa de reinserção.

19. BARBOSA, Rosana Machin, 1992. Uma instituição modelar : o Hospício do Juquery. In: *São Paulo Perspect*; 6 (4) : 92-103. Traça o histórico do Hospício do Juquery desde sua criação, detendo-se na caracterização da população admitida segundo sexo, cor, tipo de solicitação, procedência e motivo de saída, objetiva através de consultas aos prontuários médicos. Os registros revelam uma situação pouco qualificadora para a instituição: os negros apresentam as maiores taxas de falecimento, menor permanência na instituição e níveis de cura inferiores aos dos brancos. Além disso, o longo tempo de permanência dos internos e os altos índices de mortalidade, indicam procedimentos asilares distantes dos esperados para uma instituição modelar (AMSB).
20. BARROS, Denise Dias, 1990. A desinstitucionalização é desconstrução ou desospitalização? In: *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 1(2): 101-106, São Paulo. Trata-se de uma discussão sobre os movimentos (conteúdos e propostas) de reformas da psiquiatria que surgiram na Europa e nos EUA na última metade do século XX. A chave da leitura realiza-se através da análise dos conteúdos e práticas que foram sendo constituídos sob a noção de Desinstitucionalização, dentro de uma reflexão sobre o que representam as instituições da violência - o manicômio da modernidade.
21. BARROS, Denise Dias, 1990. Operadores de saúde na área social. In: *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 1(1): 11-16, São Paulo. A autora discute a prática mais corrente de atendimento à deficientes mentais e enfatiza o papel dos profissionais responsáveis por esse tratamento enquanto agentes de mudança tanto a nível da relação interpessoal quanto com relação à questão social. (AU)
22. BARROS, Denise Dias, 1993. Desinstitucionalização: cidadania versus violência institucional. In: *Revista Saúde em Debate*, 40: 66-76, Londrina. A partir de uma análise da história recente dos movimentos que vêm questionando as instituições psiquiátricas e os saberes que as sustentam, percebe-se que a noção de periculosidade social permanece como elemento através da qual uma série de justificativas conservadoras são estruturadas. A desinstitucionalização italiana tem procurado realizar uma disjunção entre periculosidade e doença mental, dialetizando a relação entre os dois fenômenos sociais. A desinstitucionalização é um processo prático de desconstrução das instituições da violência, mas também é desconstrução de determinados pressupostos do saber médico-psiquiátrico. (AU)
23. BARROS, Denise Dias, 1994. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*, (P. Amarante, org.), 171-194, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. A autora discute os processos de desinstitucionalização norte-americana e italiana; as contradições inerentes ao lugar dos profissionais de saúde; e, finalmente a questão da cidadania do doente mental que esbarra na noção de periculosidade social.
24. BARROS, Rinaldo, 1979. Capitalismo e doença mental. In: *Rádice*, 3(11): 28-29, Rio de Janeiro. In: *Raízes*. O autor pretende, neste artigo, alinhar algumas idéias preliminares para discussão da complexidade que envolve os fenômenos psicopatológicos em suas dimensões social e histórica. A atenção é voltada para o significado existencial da doença mental, em que se considera que a loucura é produto de interferência, no ajustamento de seres humanos, em situações que fazem parte da estrutura social ou da esfera de ajustamentos "espontâneos" da organização social sujeitos a controle dos grupos dominantes.
25. BARROS, Sonia; EGRY, Emiko Yoshikawa, 1994. A enfermagem em saúde mental no Brasil :

- a necessidade de produção de novos conhecimentos. In: *Saúde & Soc.*; 3 (1) : 79-94. Rastreia as grandes lacunas de conhecimento, que deverão ser preenchidas, para o realinhamento dinâmico da assistência de enfermagem em saúde mental. Algumas questões centrais que orientam a produção deste saber na realidade brasileira são discutidas (AU).
26. BASTOS, Aداوري, 1981. Os pacientes estão de olho. In: *Rádice*, 4(15): 06, Rio de Janeiro. Nota sobre a 1ª Jornada Mineira de Saúde Mental, realizada em homenagem a Franco Basaglia, onde foi fundada uma associação de pacientes e ex-pacientes psiquiátricos para trabalharem na denúncia das condições subumanas sob as quais vivem os doentes mentais nos hospitais psiquiátricos. Esta associação pretende criar alternativas comunitária junto aos centros de saúde, 'onde o doente mental possa ser assistido na comunidade e não excluído da sociedade'.
 27. BASTOS, Othon, 1993. The history of psychiatry and mental health in Brazil. In : *Neurobiologia*, 56 (4) : 149-54. Apresenta a evolução histórica da psiquiatria e da saúde mental no Brasil, focalizando separadamente o "logos" e a "praxis" destas duas áreas, com uma visão geral do desenvolvimento da assistência, do ensino e da pesquisa. É conferida ênfase especial aos mais importantes eventos históricos e às personalidades de destaque que deles participaram. Por fim o autor comenta que não há um "logos" psiquiátrico brasileiro original, mas uma prática psiquiátrica, que reproduz as concepções internacionais teóricas e doutrinárias dessa doença. (AU).
 28. BENARRÓS, Jayme; LOUREIRO, Maria de Nazaré Paes, 1993. A questão do método em psiquiatria e a contribuição do HCGV em Belém do Pará. In : *Jornal.Bras. Psiquiatr.*; 42 (6) : 335-9. Aborda a psiquiatria a partir da questão dos métodos empregados em seu desenvolvimento histórico no cuidado ao doente mental. Descreve o método de assistência que vem sendo construindo em Belém do Pará, na Secretaria de Saúde Pública, com ênfase no papel da Psiquiatria no Hospital das Clínicas "Gaspar Vianna", rumo a um modelo capaz de retomar a reformulação da psiquiatria no Estado em bases interdisciplinares (AU).
 29. BENZATO, Eduardo Muller; RAIMUNDO, Ana Maria Galdini; MALVEZZI, Edson; RIBEIRO, Clarice Aparecida Scopin, 1993. Hospital-dia do S.S. Dr. Cândido Ferreira : avaliação do primeiro ano de funcionamento. In : *Jornal.Bras. Psiquiatr.*; 42 (4) : 197-201. Relato sobre a implantação, bem como a descrição do primeiro ano de funcionamento, de um hospital-dia da cidade de Campinas – SP – Brasil, constituinte do serviço público municipal. Discute desde questões mais amplas, como o posicionamento (fluxograma) desse hospital-dia no sistema de saúde da região, até aquelas concernentes à sua organização interna. Dados sócio-demográficos e psicopatológicos da população atendida no período são apresentados, visando uma análise da vinculação dos pacientes ao serviço e da efetividade do tratamento. Aponta a necessidade de uma rede mais complexa (pronto-socorro, leitos noturnos não hospitalares) para lidar com a demanda familiar de internação dos pacientes agudos (AU).
 30. BIRMAN, Joel, 1982. Psiquiatria e sociedade. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 31(4): 237-246, Rio de Janeiro. O autor procura contextualizar a modernidade do tema psiquiatria e sociedade, acentuando a produção discursiva e os movimentos de reforma assistencial que se instituíram para pensar e operacionalizar esta relação. Considerando isso, procura circunscrever o moderno campo ideológico, estudando os vários modelos, saberes e movimentos críticos que se constituíram nas últimas décadas, para pensar esta articulação entre psiquiatria e sociedade, e as transformações que se realizaram na representação histórica desta relação. (AU)
 31. BOCAI, David & BUSCHINILLI, Maria, 1978. A Crise da Dinsam. In: *Rádice*, 7: 04, Rio de Janeiro. Entrevista com médicos do hospital Pinel sobre a crise da Dinsam e a situação do psicólogo, ora totalmente desvinculado da instituição. Os profissionais da saúde permanecem em greve pela melhoria de condições nos locais de trabalho, pela readmissão dos profissionais demitidos, e por melhores salários. Foram entrevistados os médicos Humberto Alexandre (chefe de clínica) Orlando Chequetti (diretor do hospital), Jaques Niremberg (diretor da praxiterapia).
 32. CAMARINHA, Heimar Saldanha, 1982. Sobre a hospitalização dos pacientes psiquiátricos. In: *Cadernos de psiquiatria social*, 1(1): 03-06, Rio de Janeiro. O artigo aborda a questão da hospitalização do doente mental, argumentando que a hospitalização é geralmente feita a

pedido de outrem e não espontânea. Questiona a incumbência que é dada à medicina como solucionadora dos conflitos sociais e seu método de medicação para uma cura via extinção de sintomas, e não como capacitação do paciente para a vida social. O texto aponta ainda para o surgimento da antipsiquiatria, que opera uma mudança da visão individual por uma visão social da doença mental, tendo como ponto fundamental o trabalho comunitário.

33. CAMARINHA, Heimar Saldanha, 1984. CJM: o destino dos pacientes em uma hospital psiquiátrico para crônicos. In: *Cadernos de psiquiatria social*, 3(2): 05-07, Rio de Janeiro. O artigo relata uma experiência desenvolvida junto à pacientes da Colônia Juliano Moreira, buscando a reintegração social desses pacientes e possibilitando o resgate da identidade social dos mesmos. Para o autor não será pela medicalização ou pela psiquiatrização de conflitos sociais, que se poderá oferecer o melhor auxílio aos pacientes. É proposto que, no processo de ressocialização do paciente, a instituição e a família sejam co-responsáveis pelo tratamento. Apresenta ainda o desenvolvimento de atividades profissionais através do Centro de Reabilitação e Integração Social (CRIS), da Colônia Juliano Moreira.
34. CAMAROTTI, Henriqueta; TEIXEIRA, Helga Alvares, 1996. Saúde mental e trabalho : estudo da regional norte de saúde do DF. In: *Rev. Saúde do Distrito. Federal*; 7(1))) : 29-40. Apresenta uma reflexão sobre a relação Saúde Mental e Trabalho, especificando o trabalho nos serviços de saúde; e introduz conceitos referentes à Organização do Trabalho, à participação do trabalhador na concepção da tarefa desempenhada e ao significado e motivação do trabalho nos serviços de saúde, envolvendo logicamente o binômio saúde/doença. Apresentam ainda, como parte inicial desse estudo, os resultados de pesquisa realizada na Regional Norte de Saúde do DF sobre as condições da saúde mental dos trabalhadores daquela regional. Dos dados coletados, através de 388 questionários, encontrou-se 47,5% da amostra referida com problemas de saúde e 64,2% com problemas de trabalho. Quanto aos sintomas psíquicos foi encontrado um índice de 24,4% com sintomas de angústia, 33% com depressão, 43,8% com ansiedade e 47,3% com queixas de nervosismo. Em relação à categoria dos sintomas psicossomáticos foram encontrados em 67,5% dos sujeitos pesquisados. Todos os dados foram analisados segundo sexo, idade, estado civil, escolaridade, lotação, setor, categoria funcional, tempo de FHDF e horário de trabalho. Os dados apontam para a necessidade de uma reflexão mais profunda sobre o tema, principalmente no que se refere à relação entre Organização do Trabalho na área de saúde e saúde mental. Levanta também sugestões para as possíveis soluções de melhoria das condições psíquicas e emocionais do trabalhador de saúde, eixo fundamental da prática de saúde das populações (AU).
35. CAMPOS FILHO, Cláudio José & ARAÚJO, Francisco de Assis, 1986. Transformação da instituição psiquiátrica - um caminho (primeira parte). In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 35(5): 313-318, Rio de Janeiro. Os autores trabalham no Instituto de Psiquiatria (UFRJ), onde iniciaram uma experiência de transformação do atendimento clínico das Enfermarias, através de uma tentativa de mudança do papel da enfermagem psiquiátrica e da terapia ocupacional. A partir de seus oito anos de experiência clínica com teatro terapêutico, observaram ser de suma importância para transformar a dinâmica institucional, a mudança de papel do enfermeiro psiquiátrico: tradicionalmente vigia e repressor, que deverá evoluir para um papel de terapeuta, compreensivo e atuante na dinâmica do paciente. Iniciaram, na Instituição, uma experiência de grupos hospitalares de pacientes atendidos por enfermeiros. Também a terapia ocupacional, no hospital tradicional, de papel secundário, foi redimensionada em seu papel clínico. O objetivo final do trabalho é conseguir encontrar uma resolução para o impasse institucional em que se encontra o tratamento do doente mental. (AU)
36. CAMPOS FILHO, Cláudio José & ARAÚJO, Francisco de Assis, 1988. Transformação da instituição psiquiátrica: um caminho (segunda parte). In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 36(1): 47-49, Rio de Janeiro. Os autores fazem comentários acerca dos suportes teóricos que sustentam sua experiência na busca de um novo modelo institucional para o tratamento do doente mental.
37. CAMPOS, Florianita Coelho Braga, 1992. Considerações sobre o movimento de reforma dos serviços de saúde mental. In: *Saúde em Debate*, 35: 77-79, Londrina. A partir de uma nova experiência de co-gestão entre o serviço público e uma instituição privada em Campinas/SP, o

Sanatório Dr. Cândido Ferreira, a autora tece algumas considerações sobre as perspectivas e tendências do movimento de reforma dos serviços de saúde mental.

38. CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, 1992, Brasília. Modelos de atenção em saúde pública : um modo mutante de fazer saúde. Apresentado em: Conferência Nacional de Saúde Mental. In: *Saúde em Debate*, (37) 16-9. Define modelo de atenção como um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. É a concretização de diretrizes da política sanitária em diálogo com o saber técnico. Modelo, portanto, é um fenômeno cambiante que deve combinar categorias histórico-sociais com outras cristalizadas em disciplinas construídas a partir de paradigmas epidemiológicos, clínicos e psicológicos.
39. CARDOSO, Antonio José Costa, 1993. A atenção à saúde mental em discussão. In :*Revista. Baiana enfermagem*, 6 (2) : 138-43.
40. CARDOSO, Lídia Soares, 1996. Representações de Saúde/Doença mental e suas implicações na psicoterapia. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42(9): 499-502, Rio de Janeiro. A autora discute resumidamente as diferentes representações de saúde/doença, assim como as imbricações nas sociedades urbanas contemporâneas. Analisa estas questões centrando-se na problemática mais específica da saúde/doença mental e nas suas possíveis implicações a nível prático, por exemplo no 'atendimento psicológico' às classes trabalhadoras. (AU)
41. CARMO, Célio Assis, 1981. Diagnóstico da situação da saúde mental e assistência psiquiátrica no Brasil - Estado e política de saúde mental no Brasil. In: *Informe: saúde mental no Brasil*, 01-04, Rio de Janeiro: Ibase. Comentário sobre a saúde mental via a óptica do pobre, tendo como base as condições materiais e culturais de desenvolvimento. Destaque para alguns dados estatísticos da demanda psiquiátrica versus a oferta de assistência. Trabalho apresentado ao Seminário sobre Saúde Mental no Ibase em 27 de junho de 1981.
42. CARVALHO, Cristina V e SILVA, LUCIA CECÍLIA ,1990 Atuação de Psicólogos na Saúde Pública: Dificuldades e possibilidades de trabalhos com grupos. In: *Psicologia Ciência e Profissão* n.2-3-4/90. As reflexões expressas são fruto de uma pesquisa realizada com psicólogos que atuam na Saúde Mental Pública da cidade de Maringá com o objetivo de investigar as formas de atendimento psicológico em grupos. Foram desenvolvidas entrevistas semi-estruturadas e os discursos dos entrevistados foi analisado. A maioria dos entrevistados vê no atendimento grupal a modalidade mais oportuna para a realidade pública. No entanto relatam enfrentar dificuldades na formação e manutenção desses grupos por um tempo adequado. Essas dificuldades foram analisadas a partir do discurso da Psicologia contemporânea e sua metodologias de trabalho na realidade pública.
43. CONTEL, José Onildo B., 1994. Contribuição ao estudo comparativo da assistência ambulatorial psiquiátrica pública em Ribeiro Preto (SP). In : *Jornal*
44. *Bras Psiquiatr.*; 43 (3) : 133-40. Descreve, analisa e compara as características encontradas em dois ambulatorios psiquiátricos públicos que atendem pacientes adultos, um deles vinculado a hospital universitário e o outro a hospital psiquiátrico estadual. Os dois serviços atendem pacientes não contribuintes. Os dados foram obtidos durante março e abril de 1976 e 1981, de uma ficha especialmente organizada para esta finalidade. Em 1996 e 2001, o procedimento será repetido para análise do desenvolvimento dos ambulatorios a longo prazo, entre 15, 20 e 25 anos, respectivamente. Todos os pacientes admitidos para tratamento, nestes dois meses, foram estudados segundo sete variáveis. Em 1976, um total de 1241 pacientes foram tratados, 932 no ambulatório do hospital psiquiátrico público e 309 no ambulatório do hospital universitário. Em 1981, 1929 foram tratados sendo, respectivamente, 1097 e 832, do primeiro e do segundo ambulatório. Em 1976, foram internados 120 pacientes de 932 e apenas 1 de 309 foi indicado para internação em hospital-dia. Diferenças também foram observadas nas demais variáveis estudadas. Os resultados sugerem que a tradição e a organização destes serviços selecionam boa parte da clientela que atendem, especialmente o diagnóstico de psicose e a indicação para hospitalização (AU).
45. CORREIA, José Roberto de Almeida, 1995. Instituição em contradição e tratamento da psicose. In: *Neurobiologia*; 58(4) : 125-36. Descreve as dificuldades recentes do tratamento psiquiátrico institucional e as diferentes tentativas de resolver o impasse que representa o asilo. Posicionamentos semelhantes são descritos com o termo de "luta antimanicomial". Destaca-

se a psiquiatria de setor da França – traduzida por “território-distrito”- ainda pouco conhecida. Sua vantagem é a de não negar a instituição e sim buscar os meios de mudá-la. Considerando a “psicoterapia institucional” francesa, procura compreender o “mal estar na instituição” à luz da psicanálise. Finalmente analisa o lugar da psicanálise na instituição hoje, incluindo conceitos como: - o de uma melhor distinção entre Lei e Regulamento; - o de “instituição estilhaçada”(MANNONI) – sobre um fundo de permanência são essenciais : aberturas para o exterior, idas e vindas na instituição, o trabalho sobre o lacunar, a ausência, etc.; - o de uma relação dialética entre a expansão libidinal e a regra constrangedora, o instituído e o instituinte, entre a estanguidade de um lugar contentor e a garantia de estabelecer trocas com exterior, etc. Algumas orientações são resumidas, sucintas se comparadas com um certo ideal de “colocar a instituição no divã, contudo valiosas levando em conta o conhecimento acumulado sobre o assunto”(AU).

46. COSTA, Jurandir Freire; BEZERRA JUNIOR, Benilton; AMARANTE, Paulo; ADLER, Elizabeth; SOUZA, Neuza & HELSINGUER, Luis Alberto, 1984. Algumas reflexões sobre um projeto alternativo de psicoterapia. In: *Cadernos de Psiquiatria Social*, 2(1): 11-13, Rio de Janeiro. O texto apresenta uma crítica ao modelo preventivista como uma produção de demanda com estratégias normalizadoras e coercitivas da sociedade. A orientação ‘psicologista’ também é criticada pois as representações e técnicas utilizadas podem ser diferentes das do paciente, contribuindo assim para a cronificação no ambulatório e a frustração terapêutica. Os autores assinalam que a experiência italiana que critica tanto o asilo, quanto o monopólio do saber médico, é a mais original em relação à questão da doença mental.
47. CUNHA, José Ricardo, 2000. Processos judiciais. In: *Cadernos Prodeman de Pesquisa*, (1): 97-116, Rio de Janeiro: UERJ. Este texto é resultado de um levantamento feito em 268 processos judiciais que aguardavam execução de Mandado de Busca e Apreensão na Justiça da Infância e da Juventude da Comarca do Rio de Janeiro. Palavras-chave: adolescente; ato infracional; processos judiciais
48. DEJOURS, Christophe; DESSORS, Dominique; DESRIAUX, François, 1993. Por um trabalho, fator de equilíbrio. In: *Rev. Adm. Empres.*; 33 (3) 98-104. A atividade profissional não é só um modo de ganhar a vida – é também uma forma de inserção social onde os aspectos psíquicos e físicos estão fortemente implicados. O trabalho pode ser um fator de deterioração, de envelhecimento e de doenças graves, mas pode, também, constituir-se em um fator de equilíbrio e de desenvolvimento. A possibilidade da segunda hipótese está vinculada a um trabalho que permita a cada indivíduo aliar as necessidades físicas, o desejo de executar a tarefa (AU).
49. DELGADO, Pedro Gabriel Godinho, 1982. Projeto para um Curso de Especialização em Psiquiatria Social num grande asilo público em transformação. In: *Informação psiquiátrica*, 3(4): 97-102, Rio de Janeiro. O autor apresenta e discute um projeto para um Curso de Especialização em Psiquiatria Social, a realizar-se num asilo psiquiátrico público, a Colônia Juliano Moreira. Discute as características do processo de transformação do asilo, seu programa de ressocialização, seu projeto de atendimento primário, integrado à rede pública da região de Jacarepaguá, e a utilização destes e de seus demais programas assistenciais num projeto docente de Psiquiatria Social. (AU)
50. DELGADO, Pedro Gabriel Godinho, 1992. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. In: *Revista Saúde em Debate*, 35: 80-84, Londrina: CEBES. Tomando como fio condutor o impacto que a discussão do projeto de lei 3657/89 teve sobre o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, nos dois últimos anos, discutem-se algumas questões implicadas: a cidadania dos doentes mentais, os limites da reforma legal, os novos modelos de cuidado que o projeto de superação do paradigma asilar impõe. Aponta-se a peculiaridade inevitável do estatuto de cidadão do louco, tendo em vista a vigência do dispositivo da tutela, o qual se ancora nos conceitos fundamentais de inimizabilidade (penal) e incapacidade (civil). São sugeridos, dentro da conjuntura brasileira recente, desdobramentos possíveis de uma rede de cuidados que submeta a tradição manicomial à exigência de cidadania dos loucos. (AU)
51. DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DA FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS, 1982. Assistência psiquiátrica no âmbito da Previdência Social. In: *Psiquiatria em Revista*, 1(2): 35-42,

Rio de Janeiro. O texto apresenta a visão do empresariado de saúde, em decorrência do surgimento do Plano do CONASP. Traça um painel da situação da assistência psiquiátrica no âmbito da Previdência Social, e aponta a possibilidade de uma nova assistência à saúde mental na Previdência, onde o atendimento hospitalar vem articulado e integrado com o ambulatorial. Debate-se, a partir de alguns dados, as condições dos serviços prestados pelos hospitais privados em comparação com os hospitais públicos e em relação também a outros países, nos níveis de internações, custos, ambulatórios, etc. No artigo é sugerido optar-se por um caminho evolucionista, partindo das estruturas hospitalares e extra-hospitalares para ter uma racionalização e integração dos recursos.

52. DIAS, Cintia de Camargo; FIGUEIREDO, Gabriel Roberto, 1996. O advento e a evolução dos novos modelos assistenciais em saúde mental na cidade de Campinas, SP. In: *Revista ABP-APAL*; 18(1) : 17-28. São examinados os serviços de saúde mental oferecidos pela rede pública da cidade de Campinas, SP, Brasil, caracterizados como novos modelos assistenciais. Um breve histórico e a dinâmica de funcionamento de amostra representativa dos serviços são descritos, acentuando-se o serviço de emergência psiquiátrica do Hospital Universitário (UPU-HMCP-PUC). A situação atual é analisada diante dos desafios e perspectivas desses novos modelos. Conclui-se que a cidade de Campinas está aberta para a implantação de novos modelos assistenciais em saúde mental (AU).
53. DUARTE, Luiz Fernando Dias, 1989. A psicopatia sexualis de Krafft-Ebing, ou o progresso moral pela ciência das perversões – 2ª Parte. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38(3): 119-123, Rio de Janeiro. O texto é um exercício concernente à moderna ideologia a respeito da Psicopatia Sexual de Krafft-Ebing, com uma breve consideração do campo acadêmico e intelectual do autor, da estrutura interna de seu livro e das categorias a respeito da pessoa (em relação ao nervosismo e degenerescência).
54. DUARTE, Luiz Fernando Dias, 1993. Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica. In: *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 3 (2): 43-73, Rio de Janeiro. Trata-se de um levantamento, revisão e análise articulada em torno do campo da Antropologia Médica que se tem dedicado à questão dos nervos, do nervoso ou do ataque de nervos nas últimas décadas. Procura-se apresentar o quadro dos pressupostos analíticos que ordenam as classificações prevalentes nesse campo, esclarecendo assim não apenas a etnografia comparada do fenômeno dos nervos, mas também a própria estruturação conceitual da Antropologia Médica. Enfatiza-se os riscos dos reducionismos pela dominação/poder e pela dominação/gênero na necessária argumentação crítica contra os paradigmas biomédicos e sua leitura da 'doença dos nervos'. Argumenta-se por um conhecimento mais acurado da história desse fenômeno e pela sua contextualização no quadro dos demais modelos de pessoa e perturbação físico-moral correntes na cultura ocidental moderna. Procede-se à recuperação dos pontos centrais de contribuição da etnografia produzidos nesse campo de conhecimento comparado dos nervos, aproximando-o das literaturas brasileira e européia a esse respeito. (AU)
55. Feferbaum, S.W. 1996, *O pediatra como agente de prevenção das dificuldades emocionais no desenvolvimento da criança*. In: *Pediatria* (SP) n. 18 (4): 214-21, out-dez. A autora apresenta uma revisão de alguns aspectos importantes do desenvolvimento infantil, com o objetivo de fornecer ao pediatra elementos adicionais que o auxiliem a detectar aspectos emocionais que possam estar interferindo no desenvolvimento saudável, afim de possibilitar ao médico exercer um papel ativo na prevenção de futuras dificuldades.
56. FERNANDES, João Cláudio Lara, 1993, Rio de Janeiro. Relato de uma experiência em atenção primária à saúde: o posto de saúde da AMABB. In: *Estudos em Saúde Coletiva*, 37. Descreve a experiência de um posto de saúde comunitário, desenvolvida durante nove anos na favela da Rocinha, RJ. Levanta alguns elementos para o debate sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) e as estratégias de organização do Sistema de Saúde nesse nível. É uma experiência de autogestão comunitária, com financiamento do governo, orientada a partir de um conjunto de hipóteses. O trabalho foi iniciado em 1983 e interrompido, por falta de financiamento, em novembro de 1992 (AU).
57. FORTES, Sandra L. & INFANTE, Rafaelle Giovanni, 1986. A questão da saúde mental - A

redefinição do papel do psiquiatra em hospital geral para além da psicossomática. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 35(5): 273-278, Rio de Janeiro. Com o objetivo de discutir o novo papel da psiquiatria em hospital geral, os autores colocam em evidência as bases conceituais da psiquiatria e saúde mental. A relação da psiquiatria com o hospital geral permite uma avaliação histórica dos modelos teóricos sobre saúde e doença e da ideologia médica. Os resultados práticos de pesquisa realizada sobre a demanda psiquiátrica: lato sensu em um hospital geral universitário mostram a necessidade de se repensar a formação dos profissionais de saúde e de saúde mental. Apontam também para um questionamento profundo das atuais concepções e classificações na área de saúde e de saúde mental em específico. (A)

58. FRANÇA, Jairo Coutinho & CARMO, Célio Assis, 1981. A crise na assistência psiquiátrica - um esclarecimento sobre a legislação. In: *Informe: saúde mental no Brasil*, 05-22, Rio de Janeiro: Ibase. Trabalho apresentado ao Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, em agosto de 1978, como contribuição ao estudo da assistência psiquiátrica. Analisa a pouca eficácia da legislação sobre assistência psiquiátrica no Brasil, tanto do ponto de vista legal quanto do político-econômico. São relacionados os principais documentos (orientações de serviços, portarias, leis) de caráter comunitário.
59. FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de, 1998. Subsídios para mudança do modelo de assistência psiquiátrica. In: *Cad. Saúde Pública*; 14(1) : 93-106. Apresenta os resultados da investigação realizada no Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), durante o ano de 1995, como parte do convênio Uerj/CPPII. A investigação engloba uma construção do perfil da clientela hospitalizada, segundo os dados clínicos e sócio-econômicos que constam nos prontuários; uma avaliação das capacidades interativa da clientela no Pronto-Socorro Psiquiátrico, de acordo com critérios recomendados pela OMS; e, finalmente, uma análise crítica do modelo de assistência em uso no CPPII. Com a reforma psiquiátrica que vem sendo objeto de luta de significativos setores da nossa sociedade, pretende-se não apenas responder à irracionalidade econômico-administrativa gerada pelo "hospitalocentrismo", mas, sobretudo, atender às necessidades da clientela, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral. Tais necessidades equivalem substancialmente a desinstitucionalizar a saúde mental do modelo de assistência dominado por quadros de referência da psiquiatria. Os resultados da investigação criticam os indicadores construídos segundo o modelo de cura e abrem perspectivas para um modelo de assistência comprometido com a reabilitação psicossocial da clientela. A análise crítica efetuada com base nos dados da investigação feita no CPPII é muito provavelmente extensiva aos outros hospitais psiquiátricos da nossa rede pública e privada (AU).
60. FROTA, Leopoldo Hugo, 1980. Avaliação de programas de saúde mental - questões básicas. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 29(1): 33-41, Rio de Janeiro. O autor discorre sobre a relevância e a necessidade de estudos avaliativos para programas de saúde mental. Estabelece distinção entre modalidades com utilidade administrativa e política (avaliação da estrutura e do funcionamento dos programas) e aquelas com interesse técnico-científico (avaliação dos resultados finais). Examina brevemente alguns princípios metodológicos, suas implicações na conclusividade dos resultados e dá exemplos de estudos. Destaca a necessidade de regionalização das pesquisas avaliativas para programas de ação social. Finalmente, sugere uma abordagem tridimensional dos programas que, simultaneamente, ponha em teste não só sua eficiência relativa (capacidade de redução da morbidade em comparação com o programa vigente), como também, sua viabilidade econômica (custos, economia relativa de recursos) e sua aceitação pública (satisfação dos interessados).
61. GALÃO, A. O.; BALLESTER, D.A.P., 1995. *Diagnóstico da demanda de atendimentos em Saúde Mental na clientela do Centro Comunitário da PUCRS* In: *Informação Psiquiátrica* 14(2):49-52, abr-jun. Esse estudo objetivou traçar um perfil da clientela que busca atendimento em Saúde Mental no Centro Comunitário da PUCRS, identificando seus problemas físicos, psicológicos e sociais, e também como foi indicado o diagnóstico e o tratamento para esses indivíduos. Foram analisados 57 pacientes, sendo que a maioria das pessoas tinha de 30 a 49 anos, predominando o sexo feminino e a cor branca. Os transtornos mentais mais frequentes foram os afetivos (27%), fóbico-ansiosos (19,8%), de ajustamento social (12,5%) retardo mental (12,5%), usuários de substâncias psicoativas (9%) dificuldades no desenvolvimento das

- atividades escolares (5,4%). Esses dados serviram para avaliar a qualidade dos atendimentos primários em Saúde Mental
62. GERALDES, Paulo César, 1982. Quem tem medo da co-gestão. In: *Cadernos de psiquiatria social*, 1(1): 87-92, Rio de Janeiro. O texto aborda o processo de Co-gestão e as vantagens desta para a assistência psiquiátrica na rede pública. Responde às críticas vinculadas na imprensa pela FBH com a segunda parte do texto, 'A Quem Incomoda a Co-gestão? e Porque Incomoda a Co-gestão? A Co-gestão prova que o hospital público é viável e que ele pode oferecer atendimento de qualidade à população. Busca-se capacitar recursos humanos especializados para o setor público. As unidades são abertas à comunidade e esta começa a discutir e entender a saúde mental.
 63. GERALDES, Paulo César, 1984. Políticas de saúde no período de 1968 a 1980. In: *Cadernos de psiquiatria social*, 3(2): 14-15, Rio de Janeiro. O artigo procura mostrar os principais aspectos que nortearam as políticas de saúde no período de 1968 a 1980, com ênfase no âmbito da Previdência Social e da política da compra de serviços privados.
 64. GERALDES, Paulo Cesar; MELLO, José Hélio de; RODRIGUEZ, Jacqueline E. Bustamante, 1994. Avaliação da qualidade nos serviços de saúde mental. In: *Jornal. Bras. Psiquiatr.*; 43 (6) : 323-6. Analisa a questão da avaliação dos serviços de saúde, especialmente, os relacionados com o sistema de saúde mental. Conclui pela necessidade de ampliar os horizontes da avaliação do sistema de saúde, envolvendo no processo todos os segmentos da comunidade (AU).
 65. GOLDBERG, Jairo Idel, 1989. Centro de Atenção Psicossocial - uma estratégia. In: *Cadernos do Nupso*, 2(3): 37-40. Rio de Janeiro. Discutem-se alguns pontos básicos do projeto de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz Cerqueira, primeiro CAPS inaugurado no Brasil. 
 66. GOMES, Maria Paula Cerqueira, 1996. Ensino e assistência em saúde mental. In: *Cadernos do IPUB*, 3: 59-66, Rio de Janeiro: UFRJ. Parte-se do princípio de que há um distanciamento cada vez mais rigoroso e complexo entre a assistência e o ensino, que se acentua no campo da Saúde Mental. Neste campo, novos dispositivos são pensados, mas os profissionais continuam se formando nas velhas práticas, quase sem a possibilidade de conhecer e trabalhar nas 'novas práticas'.
 67. GRAMINHA, Sonia Santa Vitalino, 1994. Atendimento psicológico ou psiquiátrico para crianças : necessidade e acesso. In: *Arq. Bras. Psicol.*; 46(1/2) : 173-85. Busca identificar, em uma amostra representativa de escolares de Ribeirão Preto (SP), o grupo que está em atendimento psicológico ou psiquiátrico e o grupo que necessita desse atendimento, caracterizando-os em função das variáveis: sexo, idade, série escolar, nível de escolaridade, em relação à idade e nível sócio-econômico e educacional (NSEE) dos pais. Compõem a amostra 1731 crianças de ambos os sexos, com idade de 3 a 13 anos, alunos da pré-escola à Sexta série do 1º grau das escolas das redes de ensino estadual, municipal, particular e SESI. O nível de escolaridade da amostra apresenta variação, assim como o NSEE dos pais. Coleta os dados junto aos pais pela aplicação de uma Escala Comportamental Infantil. Os resultados indicam que 17% da amostra necessitam de atendimento de acordo com os pais e que apenas 3% estão em atendimento. Indica que a grande maioria da demanda infantil está sem acesso aos serviços de saúde mental julgados necessários pelos pais; discute a necessidade de um modelo de atendimento que considere as peculiaridades da demanda e que seja compatível com a realidade social e econômica da população brasileira (AU).
 68. GUAGLIARDI, Eduardo Cesar, 1992. Aonde levar as crianças : sobre um lugar para atendê-las. In: *J. bras. Psiquiatr.*; 41 (3) : 137-43. Analisa os primeiros momentos de funcionamento de um tradicional serviço de assistência psicológica a crianças e adolescentes – Centro de Orientação Juvenil do Instituto Fernandes Figueira (MS-FIOCRUZ, RJ). Demonstra a vinculação ocorrida entre o chamado movimento higienista e a psicanálise, discutindo as consequências de tal vinculação na prática do serviço e no modo como a psicanálise primeiramente difundiu-se (AU).
 69. INFANTE, Raffaella Giovanni; GONÇALVES, Lúcia M. R. & SAGGESE, Edson, 1986. I Encontro Estadual de Saúde Mental. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 35(6): 365-366, Rio de

Janeiro. Apresentação e rápida discussão do relatório final do I Encontro Estadual de Saúde Mental do RJ que ocorreu no Auditório do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, e teve como objetivo iniciar os debates da Conferência Estadual de Saúde Mental. O artigo apresenta as conclusões do Encontro e duas noções de repúdio aprovados.

70. INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 1995. Organização do trabalho e saúde mental. In: *Cadernos do IPUB*, 1(2), Rio de Janeiro. Este exemplar temático enfoca as relações entre Saúde Mental e Trabalho. Constitui um produto do trabalho dos pesquisadores do Programa Organização do Trabalho e Saúde Mental (OTSAM) desenvolvido pela instituição. Oferece uma importante discussão teórico-metodológica, demarcando um campo de debates característico da *Saúde do Trabalhador*, onde os conceitos de *processo de trabalho* e de *sofrimento psíquico* aparecem com destaque. São estudados aspectos da relação entre Saúde Mental e Trabalho na especificidade de diferentes categorias profissionais, além de artigos que enfatizam os problemas da *prática clínica* no campo. Reúne artigos de Marisa Palácios, Mary Neves e Silvia Jardim, entre outros autores.
71. ISERHARD, Raul; FREITAS, Carmen Silvia Cô, 1993. Frequência do usuário e diagnóstico em um ambulatório de psiquiatria. In: *J. bras. Psiquiatr.*; 42 (5) : 273-7. Apresenta conclusão de um estudo prospectivo realizado em 1988 e 1990. A frequência dos pacientes comparada aos diagnósticos. Os achados de 1988 determinaram a elaboração de programas específicos para 1990: estabelecer objetivos por prazos e planejar o tratamento sobre o quadro clínico. A análise da variância H com relação à influência do diagnóstico sobre o número de pacientes por consulta evidenciou que a diferença é significativa para 1988 mas não é para 1990. Esses achados são discutidos e algumas conclusões são apresentadas : o programa de modificação no atendimento influiu positivamente no surgimento de um novo perfil de frequência por diagnóstico; diagnósticos não muito claros tendem a produzir mais abandono (AU).
72. KATZ, Chaim Samuel, 1990. O hospício não pode acabar, In: *Caderno Idéias / Ensaios - Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro. Em artigo datado de 23/09/90, o autor defende a idéia de que eliminar os hospícios não elimina a questão dos loucos. A solução que apresenta é a radical transformação dos hospícios em locais menores de atendimento onde os loucos possam passar algum tempo. Pensa na criação de locais onde a loucura e sua não produção social pudesse ser respeitada. Considera que o que se ignora, por vezes, no discurso de eliminação dos hospícios, é a dor intolerável, e que o psicanalista deve ter como tarefa experimentar eliminar o sofrimento que obriga o sujeito a se concentrar unicamente numa perspectiva que o estreita psiquicamente.
73. KINOSHITA, Roberto Tykanori, 1986. Diálogo com Antonio L. In: *Cadernos polêmicos*, 1: 06-09, São Paulo. Compilação do diálogo de Roberto Tykanori com Antonio Lancetti a respeito da palestra de Franco Rotelli. Rotelli tratava de uma prática e não de um modelo fechado. Apresentaria um problema, uma busca de um novo paradigma, um novo 'olhar' sobre a loucura. A determinação social da doença mental para Rotelli não se limitaria ao mecanismo tradicional de influência marxista, mas seria mais abrangente no processo de desinstitucionalização. Debate ocorrido no Plenário dos Trabalhadores em Saúde Mental de São Paulo. Ver: Lancetti, A., 1986. 'Notas para um Artigo sobre Franco Rotelli - Ferramenta para Alianças Produtivas' e Lancetti, A., 1986. 'Diálogo com Roberto Tykanori - Ferramenta para Alianças Produtivas - Parte 2'.
74. LANCETTI, Antonio, 1986. Diálogo com Roberto Tykanori - Ferramenta para alianças produtivas - Parte 2. In: *Cadernos polêmicos*, 1: 10-13, São Paulo. O texto analisa o modelo assistencial, a redução dos pacientes a meros sintomas e o processo de taylorização das equipes multidisciplinares e da situação dos trabalhadores em saúde mental. Diz ser o modelo assistencial uma mescla de psiquiatria preventiva e de setor. Discute-se a influência no Brasil da Psiquiatria Democrática Italiana. Debate ocorrido no Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental de São Paulo. Ver: Tykanori, R., 1986. Diálogo com Antonio L. e Lancetti, A., 1986. Notas para um Artigo sobre Franco Rotelli - Ferramenta para Alianças Produtivas.
75. LANCETTI, Antonio, 1986. Notas para um artigo sobre Franco Rotelli - Ferramenta para alianças produtivas. In: *Cadernos polêmicos*, 1: 05, São Paulo. O texto trás um questionamento acerca das implicações práticas que as propostas de Franco Rotelli tem para os problemas

- específicos e imediatos do Brasil. Debate ocorrido no Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental. Ver: Lancetti, A., 1986. 'Diálogo com Roberto Tykanori - Ferramenta para Alianças Produtivas - Parte 2' e Kinoshita, R. T., 1986. 'Diálogo com Antonio L'.
76. LANCETTI, Antonio, 1989. Prevenção, preservação e progresso em saúde mental. In: *Saúdeloucura1*, (A. Lancetti, org.), 75-89, São Paulo: Hucitec. O autor revê o conceito e as estratégias de prevenção em Caplan e sua aplicação nos programas de saúde mental e assistência psiquiátrica. Em oposição, propõe o que denomina de "emancipação do usuário", na qual é premente que se previna o usuário tanto do asilo psiquiátrico, quanto das tecnologias de prevenção do próprio modelo caplaniano.
 77. LECOVITZ, Sérgio, 1988. Evolução das instituições psiquiátricas. In: *Cadernos do NUPSO*, 1(1): 15-17, Rio de Janeiro. O texto aborda as instituições assistenciais psiquiátricas, e suas progressivas transformações ao longo dos séculos. Seu foco, então, está na identificação e conceitualização das funções e especificidades de cada modelo assistencial.
 78. LEVAV, Itzhak; RESTREPO, Helena; MACEDO, Carlyle Guerra de., 1994. A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina : uma nova política para os serviços de saúde mental. In : *J. Bras. Psiquiatr.*; 43 (2) : 63-9. Examina as bases epidemiológicas e programáticas para a ação, assim como os antecedentes políticos, históricos e técnicos da Iniciativa para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. Considera, também, as amplas repercussões desta antiga-nova política de saúde, o procedimento empregado em sua execução e acompanhamento e os principais obstáculos encontrados. Por último, apresenta um apanhado geral dos resultados obtidos (AU).
 79. LOUGON, Maurício, 1984. Assistência psiquiátrica e a co-gestão. In: *Cadernos de psiquiatria social*, 2(1): 19-20, Rio de Janeiro. O autor faz uma análise sobre a co-gestão entendendo que a mesma surgiu da necessidade de se reparar a 'crise' ou 'rombo' da Previdência Social. A co-gestão é um convênio entre o INAMPS e MS para permitir modernizar os hospitais deste último, principalmente no Rio de Janeiro, em que o INAMPS não possui assistência psiquiátrica própria. Finaliza com pontos para discussão sobre a co-gestão e as mudanças que se operam através desta.
 80. LOUGON, Maurício, 1993. Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: uma perspectiva crítica. In: *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 3 (2): 137-163, Rio de Janeiro. O artigo tematiza a experiência de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica vigente em hospitais públicos do Rio de Janeiro nos anos 80, a partir do processo de mudança institucional ocorrido na Colônia Juliano Moreira, tendo por base a crítica ao modelo asilar típico e a exclusão social nele implicada. Analisa a estratégia e as atitudes de mudança presentes no caso estudado, que objetivavam a humanização e democratização do hospital. Decorre sobre o ideário dos agentes institucionais que propõem a transformação e examina a apropriação feita em nosso meio de formulações da psiquiatria democrática italiana. Finalmente, aponta para o alcance e impasses do caso abordado em face das características socioeconômicas do País que requer cuidados críticos na formulação de uma política de desinstitucionalização. (AU)
 81. LOUGON, Maurício; AZEVEDO, Creuza da Silva & SAUD, Patrícia, 1984. Assistência Psiquiátrica Pública no Brasil: Modelo e Estratégias entre 1920-1940. In: *Cadernos de psiquiatria social*, 2(1): 03-08, Rio de Janeiro. O texto objetiva investigar como ocorreu em nosso meio, na primeira metade do século, a transformação do alienismo tradicional e de seu instrumental teórico/técnico dirigido para os internos do hospício, na psiquiatria voltada para a intervenção extra-muros, na família, na educação, na raça, e na sociedade como um todo. Nesse processo de ampliação do campo de abrangência da psiquiatria, procura-se identificar as estratégias de intervenção adotadas no empreendimento extra-asilar, como alternativas ao hospício fechado. Neste sentido surgem as colônias, e por outro lado, fundamentadas na prevenção através da higiene e profilaxia surgem os dispensários e ambulatórios.
 82. LUCENA, Marta Gomes, 2000. Opinião de policiais militares do Rio de Janeiro sobre adolescentes em conflito com a lei. In: *Cadernos Prodeplan de Pesquisa*, (1): 117-135, Rio de Janeiro: UERJ. O presente artigo analisa os resultados de pesquisa realizada com 234 policiais militares do Município do Rio de Janeiro. Os dados revelam uma grande insatisfação destes profissionais com as suas condições de trabalho. Revelam igualmente a crença de que os altos

índices de criminalidade e violência não serão resolvidos somente com mais policiamento. Segundo os policiais, o sistema sócio-educativo não propicia a recuperação dos jovens, que, na realidade, envolvem-se em atos infracionais devido à falta de perspectiva e à atração exercida pelo adulto traficante sobre eles; além disso, os pais também devem ser foco de atenção do Poder Público. Denunciam a mídia sensacionalista e a ambigüidade da sociedade, que ora os recrimina por não respeitarem os direitos humanos, ora por não terem usado de violência. Palavras-chave: policial militar; adolescente; ato infracional.

83. MADALENA, Caruso, 1983. A alienação pela desmedicalização genérica da psiquiatria. In: *Psiquiatria em Revista*, 2(1): 11-14, Rio de Janeiro. O autor argumenta a favor do modelo médico para um tratamento anti-alienante dos distúrbios mentais e aponta os perigos que resultam no abandono deste modelo. Critica a Antipsiquiatria, alegando que esta corrente nada fez de prático pelo doente mental, fixando-se apenas sobre reflexões teóricas.
84. MANGIA, Elisabete F.; OLIVER, Fátima C. & MARCONDES, Francisco D., 1990. Juqueri: transformação impossível? In: *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 1(1): 05-10, São Paulo. Relato do processo de transformação que se desenvolveu no Complexo Hospitalar do Juqueri, durante 1983. Este processo foi expressão localizada de um movimento mais geral de democratização institucional que transcorria na sociedade brasileira. Mostra-se sua fragilidade e o conseqüente retrocesso ao antigo estado de coisas. A tentativa consistiu em modificar o caráter custodial vigente, a partir da criação de espaços livres, exteriores aos pátios e pavilhões, onde internados e funcionários permaneciam cotidianamente confinados. Estes espaços denominados Centros de Convivência constituíram o lugar privilegiado e estratégico do processo de mudança. (AU)
85. MARTURANO, Edna Maria; DEGANI, Iara Cristina Camparis; ALVES, Cláudia Ximenez; MIRANDA, Cláudio Carneiro de; 1993, Ribeirão Preto. Abandono do atendimento psicopedagógico em um ambulatório de psicologia infantil ligado à universidade. In: *Medicina (Ribeirão Preto)*; 26 (2) : 114-27. Investiga a relação entre abandono, tempo de espera, extensão do atendimento e tendência ao absenteísmo na clientela atendida no Serviço de Psicopedagogia do Ambulatório de Psicologia Infantil do Hospital das Clínicas – FMRP. Embora elevados, os índices de desistência e abandono encontrados são inferiores aos verificados em outras instituições ligadas à saúde mental da criança. Apresenta sugestões para reduzir a ocorrência de abandono ao tratamento (AU).
86. MEDEIROS, Maria Heloisa da Rocha, 1996. As atuais políticas de saúde mental e a terapia ocupacional. In: *J. bras. Psiquiatr.*; 45(12) : 713-7. Trata-se de uma reflexão a partir das preocupações com as mudanças ocorridas nas políticas de saúde de uns tempos para cá, quando se aumentou consideravelmente a convocação do terapeuta ocupacional a participar destas mudanças. Investigando como tem se dado a inserção deste profissional nos diferentes serviços criados ou modificados pelas políticas de saúde a partir da implantação da atual reforma sanitária, e mais especificamente na área de saúde mental, constatamos a necessidade e a importância de estarmos revendo nossas atitudes e práticas em função de alguns princípios que visam aumentar a dignidade da vida, tanto dos usuários como dos trabalhadores da saúde (AU).
87. MELMAN, Jonas, 1992. Centro de Atenção psicossocial : a metamorfose como estratégia. In: *Revista de Ter. ocup.* 3 (1/2) : 54-9. Reflete acerca do percurso institucional do Centro de Atenção Psicossocial Luiz Rocha Cerqueira, unidade da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, voltada ao atendimento de usuário com graves distúrbios psíquicos. Discute alguns elementos importantes no que se refere ao debate sobre os paradigmas e os modelos de atenção em psiquiatria (AU).
88. MENEZES, Paulo R; MANN, Anthony H., 1993. The social adjustment of patients with schizophrenia : implications to the mental health policy in Brazil. In: *Revista. Saúde Pública*, 27 (5) : 340-9. A esquizofrenia é um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos, afetando em média 0,5/1000 pessoas adultas e causando altos custos econômicos para a sociedade. No Brasil, o diagnóstico de esquizofrenia representa cerca de um terço de todas as internações psiquiátricas, e até o presente existe uma falta de informações sobre as condições reais desses pacientes. Com esse objetivo, uma amostra

- (n=124) de pacientes esquizofrênicos residentes em uma região geográfica de captação definida na cidade de São Paulo, Brasil, e que haviam sido internados consecutivamente em hospitais psiquiátricos dessa região, foi avaliada quanto à psicopatologia e níveis de ajustamento social. É reforçada a necessidade de novas investigações sobre o quadro atual e problemas psiquiátricos no país (AU).
89. MEYER, Luiz, 1975. Violência e complacência: em torno da antipsiquiatria. In: *Debate e crítica*, 6: 115-130, Rio de Janeiro. O autor faz uma exploração da antipsiquiatria centrando-se principalmente no pensamento de Cooper: 'É evidente que nosso coração bate com e por Cooper, na admiração por sua coragem e ousadia em apontar a proximidade da psiquiatria ao lixo da história. Mas é preciso compreender que a antipsiquiatria surge como uma doença infantil da psiquiatria, como uma manobra desviacionista diante do peso das dificuldades a serem enfrentadas'.
 90. MOREIRA, Ana, 1978. No hospital psiquiátrico: casa de repressão de castigo. In: *Rádice*, 2(6): 16-17, Rio de Janeiro. Depoimento de uma ex-interna de uma clínica psiquiátrica. Debate os métodos empregados no 'tratamento' dos internos e questiona se os remédios e os choques seriam uma forma disfarçada de tortura.
 91. MORGADO, Anastácio; LIMA, Lúcia Abelha, 1994. Desinstitucionalização : suas bases e a experiência internacional. In: *J. bras. Psiquiatr.*; 43 (1) : 19-28.
 92. MORGADO, Anastácio; LIMA, Lúcia Abelha, 1995. Asilo e hospital psiquiátrico: ainda são necessários na era da saúde mental comunitária? In: *J. bras. Psiquiatr.*; 44(11) : 551-8. Os cuidados e tratamento de pacientes psiquiátricos graves em serviços da comunidade, em alguns é sucesso, mas em outros o tratamento na comunidade fracassou. Falta de pessoal preparado e de instalações adequadas para dar asilo, são os motivos de fracasso. O lar abrigado na comunidade foi criado para atender a necessidade de asilamento perto dos familiares do paciente. E o que será do antigo macro-hospital psiquiátrico? Nos países em que ele foi desmantelado, fracassou o tratamento na comunidade; porém, os países que o transformaram em centros médicos-hospitalares de serviços especializados para dar retaguarda aos postos de saúde da comunidade, dão cobertura plena e boa assistência à população (AU).
 93. NICÁCIO, Erimaldo Matias, 1996. Agenciamentos sociais, subjetividade e sintomas : a seleção hierarquizada da clientela em um ambulatório público de saúde mental. In : *PHYSIS : Rev. Saúde Coletiva*; 6(1/2) : 79-99. Estuda a lógica implícita no padrão de seleção dos pacientes de um ambulatório público pelos serviços de psicologia e psiquiatria. Concluiu que tal padrão de seleção se caracteriza por uma hierarquização da clientela, segundo uma lógica que implica a desqualificação da diferença, a normalização da loucura, a garantia da produtividade e a realização do mínimo (AU).
 94. NORONHA, Marcos, 1988. A etnopsiquiatria e o reconhecimento do saber popular. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 37(02): 113-115, Rio de Janeiro. A doença mental manifesta-se diferentemente nas sociedades, que por sua vez, têm diferentes formas de lidar com ela. Na nossa prevalece o controle institucional da doença e a atribuição da responsabilidade para resolver o problema ao profissional de saúde. Outras sociedades não usam da instituição para controlar a doença e nem atribui excesso de responsabilidade ao profissional. Elas também não utilizam de argumentos científicos para trabalhar com o doente, mas sim, do conhecimento tradicional que é compartilhado por todos. O 'psiquiatra tradicional' utiliza deste conhecimento, porém necessita do apoio de toda a comunidade para realizar sua função. (AU)
 95. NORONHA, Marcos, 1996. A função da cultura. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(05): 217-222, Rio de Janeiro. Um antropólogo alemão, Adolfo Bastian, observou que em todas as mitologias e sistemas religiosos do mundo, e em qualquer época da história, apareciam os mesmos temas constantemente. Ele denominou isso de idéias elementares (Elementargedanken). Conclui, também, que esses temas apenas sofriam uma roupagem diferente, conforme a etnia em questão. Uma determinada etnia tinha uma maneira peculiar de apresentar seus mitos e de aplicá-los naquela sociedade. A esta diferença, geralmente tão valorizada pelos etnólogos e historiadores, Bastian denominou idéias étnicas (volkgedanken). Temos então duas formas distintas de abordarmos o ser humano: a primeira tentando entender

porque essa universalidade do comportamento do homem; e a segunda interpretando essa roupagem étnica e analisando a utilização de seus mitos por cada sociedade. Com essas reflexões pretendo aqui conhecer melhor a psicologia do ser humano, nos seus aspectos instintivos e universais, e ao mesmo tempo analisar os sistemas desenvolvidos pela sociedade que poderiam realmente atender as necessidades humanas, promovendo equilíbrio e saúde. (AU)

96. PADRÃO, Messias Ligouri, 1992. O estatuto do doente mental. In: *Saúde Debate*, (37) 11-5. A legislação psiquiátrica brasileira em vigor, data de 1934, quando foi editada através do Decreto-lei 24.559. É uma legislação antiquada, caduca, assemelhada a legislações européias congêneres do século passado, centrada no isolamento e segregação dos psicopatas ou indivíduos suspeitos, os toxicômanos e os intoxicados habituais em instituições fechadas, os manicômios, operacionalizando legalmente o sequestro de indivíduos e a subsequente cassação de seus direitos civis, submetendo-os à tutela do Estado. Até hoje, ela corporifica o estatuto da doença mental no Brasil (AU).
97. PEDUZZI, Marina, 1992, *Capacitação de pessoal auxiliar em Saúde Mental: reflexões a partir da experiência de um centro de Saúde- Escola* In: *Saúde debate* ; (36): 66-72, out (Apresentado no Simpósio Internacional de Saúde Comunitária , Santa Maria-RS, out/1990) Reflexões desenvolvidas através do trabalho coletivo com seleção, treinamento, reciclagem, supervisão e avaliação de pessoal auxiliar no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. Refere-se especificamente aos auxiliares que trabalham junto ao setor de Saúde Mental, considerando como núcleo básico de seu trabalho, a comunicação e interação com a clientela. Dessa forma, é apresentado o caminho a ser percorrido na capacitação destes trabalhadores para a realização adequada do seu trabalho (AU)
98. PENTEADO, Angela Figueiredo C; SCARCELLI, Ianni Régia; ALVARES, Ney Luiz Picado; RANNA, Wagner, 1992, São Paulo. Hospital aberto : uma síntese possível. In: *Cadernos CEFOR*, 10. O projeto hospital aberto permite pensar a possibilidade de mudanças, tanto a nível das atitudes como das práticas hoje existentes, no sentido de um novo modelo de atenção à saúde. Esta proposta pode ser vista como um instrumento capaz de gerar mudanças no próprio processo de trabalho em saúde. Implica em assumir uma luta pela transformação do cotidiano dos serviços, através da incorporação ativa do acompanhante, no próprio processo de trabalho, abrindo ainda novos espaços e novas possibilidades para as equipes de saúde e também gerando conflitos, contradições e desafios que devem ser enfrentados no sentido da humanização, melhoria e transformação da qualidade dos serviços (AU).
99. PITTA, Ana Maria Fernandes e DALLARI, Sueli Gandolfi ,1992 , A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil, In: *Saúde debate* (36): 19-23,out.1992. Registro dos dados nacionais sobre transtornos mentais, passando por aspectos históricos e enfatizando que a cidadania não é atributo dos normais. Investir as pessoas de poder político, isto é, torná-las cidadãos, envolve um processo de mudança cultural, onde deve ocorrer tanto a ampliação quanto a conquista de direito, jamais sua perda. (AMSB)
100. PITTA, Ana Maria Fernandes, 1992. Saúde Mental e trabalho : a saúde de quem trabalha em saúde. In: *J. bras. Psiquiatr.*; 41 (1) : 43-50. Reflexões a partir de uma investigação empírica desenvolvida em hospital geral de 412 leitos, na região metropolitana de São Paulo, entrevistando 1.525 trabalhadores das diferentes categorias que constituem o universo de trabalho do hospital. Defende uma estratégia epidemiológica de investigação do processo de trabalho e repercussões sobre a saúde dos trabalhadores, de um hospital (AU).
101. PITTA, Ana Maria Fernandes. 1992. Avaliação como processo de melhoria da qualidade de serviços públicos de saúde. In: *Administração pública*, 26(2): 44-61, Rio de Janeiro. Processo de avaliação de qualidade dos serviços prestados pelo Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira., da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Demonstração da metodologia proposta: desenho de investigação (follow-up) e instrumento de coleta de dados, ambos considerados simples. (AU) 7
102. PITTA, Ana Maria Fernandes, 1994. Os centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação? In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43(12): 647-654, Rio de Janeiro. O artigo

pretende discutir Reabilitação Psicossocial como campo de intervenção no Sistema de Saúde, em pessoas com transtornos mentais graves, que necessitam de uma rede de suporte que aumentem suas chances de sobrevivência na sociedade. Ao descrever um Centro de Atenção Psicossocial, generalizando o que pode acontecer em núcleos e Centros que desenvolvem iniciativas similares, a autora pretende esclarecer um diálogo onde se possa sistematizar e teorizar sobre essas experiências e/ou estimular o surgimento de novos investimentos reabilitadores. (AU)

103. PONTES, Polyana Alexandre Rolim; SOUZA, Angela Maria Alves e, & FRAGA, Maria de Nazaré Oliveira, 1995. Reforma Psiquiátrica no Ceará: tópicos de caracterização dos novos serviços. In: *Revista Brasileira de Enfermagem*, 48(3): 297-303, Brasília. As autoras relatam pesquisa sobre a caracterização dos novos serviços de saúde mental no Ceará. Os dados foram colhidos em visitas aos serviços e preenchimento de formulários. Os resultados mostraram que: os serviços enfrentaram dificuldades que limitam sua atuação, ameaçam sua estabilidade e continuidade e a qualidade da assistência dispensada à clientela; a maioria dos técnicos não residem na sede dos municípios, têm vínculo empregatício precário e a eles não está assegurado participar dos eventos sobre saúde mental fora do município: há dificuldade de internar pacientes psiquiátricos em hospital geral; os municípios ainda não têm Comissão Municipal de Saúde Mental, instância que daria aos serviços maior suporte técnico, de planejamento e assessoria; não está assegurado aos serviços o aporte mínimo de medicação psicotrópica básica necessária ao controle das crises dos usuários; não são realizadas pesquisas sistemáticas para avaliar a assistência prestada no serviço. (AU)
104. PORTOCARRERO, Vera Maria, 1988. Psiquiatria, liberdade e trabalho: da escravidão à disciplinarização. In: *Cadernos do NUPSO*, 1(1): 04-08, Rio de Janeiro. A autora realiza uma análise acerca da criação e do aprimoramento das técnicas de normalização da sociedade brasileira ao final do séc. XIX, em que a psiquiatria se apresenta como agente formulador de normas e leis necessárias para o controle da nova sociedade capitalista, através da higienização dos asilos e de outras instâncias sociais. A psiquiatria em suas formulações busca aliar a sua intervenção aos preceitos básicos da época: liberdade e trabalho.
105. PRADO, Marysia M. R. & RICO, Débora F. N., 1992. O atendimento interdisciplinar a pessoas portadoras de deficiência mental: uma perspectiva sócio interacionista. In: *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 3(1/2): 33-43, São Paulo. Este artigo pretende apresentar, mais do que um relato de experiência, uma reflexão acerca do processo de institucionalização e tratamento de pessoas portadoras de deficiências e uma proposta de atendimento interdisciplinar a esta clientela, particularmente aos portadores de deficiência mental, a partir dos princípios sócio interacionistas apresentados pela Escola da Psicologia Soviética.
106. QUEIROZ FILHO, José Pinto de, 1993. Reflexões sobre a equipe psiquiátrica. Sinonímia : Equipe de saúde mental, equipe psiquiátrica multidisciplinar, equipe de profissionais de saúde mental. In : *J. bras. Psiquiatr.*, 42 (9) : 469-81. Análise reflexiva da equipe psiquiátrica multidisciplinar, dissertando sobre conceitos, composição, delimitação de papéis, liderança e ações clínicas (AU).
107. QUINTO NETO, Antonio, 1992. In: *Saúde Debate*, (37) 5-10, Curitiba. A reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: do direito ao tratamento aos direitos de cidadania do doente mental. Apresentado em: Conferência Estadual de Saúde Mental do Paraná. Retrospectiva a respeito de como se desenvolveu a legislação em saúde mental no mundo, como um instrumento importante de transformação no âmbito da atenção à saúde. Destaca os elementos que possibilitaram a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica no Estado do Rio Grande do Sul. A Lei 9.716, de 7 de agosto de 1992, estrutura-se em seis pontos básicos: municipalização, participação social, preservação dos direitos da cidadania do doente mental, reestruturação da atenção psiquiátrica, integração da saúde mental ao sistema sanitário de saúde geral e aos serviços sociais. Nos seus aspectos operacionais estabelece a gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico por uma rede integrada de variados serviços assistenciais de atenção primária e social, comissões de reforma psiquiátrica e medidas relacionadas à internação voluntária e involuntária. Finaliza sublinhando a relevância histórica da aprovação da lei, tanto para a saúde mental quanto, em particular, para a psiquiatria

- nacional, ressaltando que a participação social é o fato que garantirá a execução e o aprimoramento do diploma legal (AU).
108. RÁDICE, 1978. Contra a psiquiatria compulsiva. In: *Rádice*, 2(8): 28, Rio de Janeiro. Notícia baseada em matéria da Revista *Lancet*, contendo a crítica de Thomas Szasz à doença mental e seus tratamentos. Para Szasz, numa sociedade livre, os médicos não deveriam ter nenhum poder de controlar os desvios sociais. Fala também que a doença mental não deve ser tratada coercitivamente, e sim como qualquer outra doença.
109. RAMOS, Luiz Roberto; ROSA, Tereza Tetsuko da C.; OLIVEIRA, Zélia M. A.; MEDINA, Maria Célia Guerra; SANTOS, Francisco; 1993. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil : resultados de inquérito domiciliar. In: *Rev. Saúde Pública*, 27 (2) : 87-94. Estudo multicêntrico visando levantar as necessidades de saúde da população de idosos residentes em zona urbana, conduzido em 6 países na América Latina e coordenado pela Organização Panamericana da Saúde. No Brasil, 1.602 idosos (60 anos e mais) residentes no Distrito de São Paulo, participaram de inquérito domiciliar com questionário de avaliação funcional multidimensional – amostra populacional aleatória, em múltiplos estágios, estratificada por nível socio-econômico. Os resultados mostraram uma população bastante carente (70% tinha uma renda per capita de menos de 100 dólares por mês), vivendo predominantemente em domicílios multigeracionais (59% viviam com os filhos e/ou com netos), com alta prevalência de doenças crônicas (somente 14% referiu não ter nenhuma doença) e distúrbios psiquiátricos (27% foram considerados casos psiquiátricos), e com uma elevada proporção de pessoas com perda de autonomia (47% precisavam de ajuda para realizar pelo menos uma das atividades da vida diária). Os resultados são analisados tendo em vista as demandas futuras por serviços de saúde especializados e suporte por parte da crescente população de idosos no Brasil (AU).
110. RIBEIRO, Mário Sérgio, 1994. Cinco anos de um ambulatório público de saúde mental : o ambulatório do Centro Regional de Saúde de Juiz de Fora, MG, 1981 / 1985. In : *J. bras. Psiquiatr.*; 43 (3) : 163-9. Partindo da necessidade de conhecer a demanda por atendimento dos agravos à saúde mental em nosso meio, analisa dados coletados em cinco anos de funcionamento de um ambulatório público de saúde mental. Discute as repercussões estatísticas e epidemiológicas, passíveis de serem creditadas às mudanças, no atendimento prestado no mesmo período (AU).
111. RIBEIRO, Thais da Cruz Carneiro, 1988. A concepção de psiquiatria social. In: *Cadernos do NUPSO*, 1(1): 12-14, Rio de Janeiro. A história que pretendemos traçar é a história de um saber e de uma prática psiquiátrica - a Psiquiatria Social - que se expressa através de uma certa concepção. Paralelamente procedemos a análise conceitual da Psiquiatria Social com o objetivo de estabelecer os pressupostos básicos que permitiram sua formulação teórica/prática e sua diferenciação em relação a outros ramos da Psiquiatria. Portanto, buscamos as condições que possibilitaram sua emergência no Brasil, em meados do séc. XX, levando em conta sobretudo a articulação das práticas discursivas com as práticas sociais, econômicas, políticas e culturais.(AU)
112. REVERBEL, Carmen M. Fernandes, 1996. Desinstitucionalização: a construção de cidadania e a produção de singularidade. In: *Psicologia, Ciência e Profissão* ano 16, n.1/1996. O artigo em pauta está estruturado em três partes: o relato dos marcos conceituais produzidos pelos movimentos sociais de saúde; o relato da prática do trabalhador da Saúde Mental em um Hospital Psiquiátrico, com comentários sobre o trabalho psicológico nesse contexto; e na terceira parte destaca-se algumas considerações sobre os conceitos e propostas da Reforma Psiquiátrica.
113. SABBAG, Milton, 1982. Co-gestão: convênios de alto custo e baixa qualidade. In: *Psiquiatria em Revista*, 1(1): 25-26, Rio de Janeiro. O artigo critica o desperdício de verbas do INAMPS, a partir de uma comparação entre os hospitais psiquiátricos da DINSAM, que participam da co-gestão, e os hospitais da rede particular. Para o autor, os custos dos hospitais em co-gestão, na relação paciente/dia, são muito mais altos que nos hospitais particulares.
114. SOUZA, Maria Cristina Gueiros ,1983 ."Doença dos Nervos" uma estratégia de sobrevivência . In: *A Saúde no Brasil*, 1(03): 131-139, Brasília. Nos serviços da Previdência

Social, tem aumentado o número de consultas por parte de pessoas que se dizem “doentes dos nervos”. Elas provêm dos setores mais carentes das periferias urbanas. Uma série de entrevistas com beneficiários da Previdência Social busca esclarecer as relações que existem entre as condições socio-econômicas e a “doença dos nervos”, a qual assume, ainda a característica de uma saída estratégica para atenuar os conflitos sociais e psicopatológicos com que se defrontam essas pessoas. (AU)

115. SANTOS, José Quirino dos; MIRANDA, Cláudio; LEITE, Angela Scatigno; PEREIRA, Maria Fernanda Albuquerque, 1992, São Paulo. In: *São Paulo Perspect*, 6 (4) : 84-91. O objetivo é mostrar, através das categorias e conceitos da Antropologia, como é percebida a loucura em determinada comunidade urbana, bem como tentar compreender o que significa o atendimento psiquiátrico. Como objetivo secundário, coloca a pobreza extrema de parte da população, material e espiritual, e a impossibilidade e saídas alternativas (AU).
116. SANTOS, Oswaldo, 1984. Comunidade terapêutica. In: *Subsídios psiquiátricos*, 3: 01-03, Rio de Janeiro. O artigo apresenta uma crítica aos trabalhos, realizados em alguns hospitais, intitulados de técnicas sociais, onde somente a equipe técnica tem a verdade e o paciente apresenta uma posição passiva. Nesse sentido, a família e os órgãos internantes viveram e vivem a mini-divisão e a transmitem aos recursos externos hospitalares, num círculo vicioso. A comunidade terapêutica apresenta técnicas sociais dentro do hospital que são iminentemente sociais, que não diferem dos diversos campos que representam a sociedade.
117. SERRANO, Alan Índio, 1981. Carta aos compatriotas. In: *Rádice*, 4(15): 30-31. Rio de Janeiro. O autor, então psiquiatra no Ospedale di Psichiatria Provinciale di Arezzo - Itália, publica uma carta aos compatriotas trabalhadores de saúde mental, repensando a Psiquiatria Democrática Italiana e o trabalho de toda uma vida dedicada por Franco Basaglia, que acabara de falecer, às transformações no campo da assistência psiquiátrica.
118. SILVEIRA, Nise, s/d. Terapêutica Ocupacional: teoria e prática. In: *Revista Brasileira de Saúde Mental*, Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras. Trata-se do extrato de trechos do relatório publicado no ano de 1966, no 12º volume da Revista Brasileira de Saúde Mental. Refere-se a um estudo dos princípios e fundamentos da Terapêutica Ocupacional, bem como de seu nascimento e consolidação no Centro Psiquiátrico Nacional (hoje Centro Psiquiátrico Pedro II).
119. SOCIEDADE DE PSICOSSÍNTESE DO RIO DE JANEIRO, 1979. A visita da psiquiatria social. In: *Revista de Psicossíntese*, 1(1): 61-65, Rio de Janeiro. Comenta-se como a psiquiatria e a psicanálise têm relegado a segundo plano o estudo científico da doença mental acobertadas por um pretenso discurso político de vanguarda. O artigo é decorrente da realização do Simpósio de Psicanálise no Copacabana Palace Hotel, do qual participaram Castel, Guattari, Basaglia e outros, e a partir do qual foi criada nova sociedade de formação analítica, o IBRAPSI.
120. SOCIEDADE DE PSICOSSÍNTESE DO RIO DE JANEIRO, 1979. Balanço de Camboriú. In: *Revista de Psicossíntese*, 1(1): 05-14, Rio de Janeiro. Análise e informações, pela Sociedade de Psicossíntese do Rio de Janeiro, dos acontecimentos do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, o 'congresso da abertura', realizado de 27 de outubro à 02 de novembro de 1978 em Camboriú (SC), onde questões quanto à natureza e à prática política das instituições e práticas psiquiátricas foram discutidas. O artigo faz referência à importância do recém-criado movimento nacional dos trabalhadores em saúde mental.
121. SONENREICH, Carol; SILVA FILHO, Luis de M. Altenfelder, 1995. Desospitalização. In: *J. bras. Psiquiatr.*; 44(4) : 159-67. O termo “desospitalização” entrou nos programas de saúde mental, nas regiões as mais ricas do mundo, nos anos 60 (Califórnia, EUA, UK). O argumento mais usado era: “o hospital psiquiátrico cronifica”. As pesquisas não o confirmam, nem para autores que inicialmente o sustentavam. A experiência italiana, com a lei 180/1978, é considerada por muitos um fracasso. O HSPE de São Paulo trabalha desde os anos 60 com ambulatorio, hospital-dia, enfermaria psiquiátrica em hospital geral, oficina abrigada. Inicialmente foi abolida o hospital psiquiátrico. Quase trinta anos de experiência mostram que tal proposta é ingênua, decorrente de falta de informação e que a luta deve ser contra as más condições materiais e humanas, nos hospitais. O objetivo é ampliar o atendimento ambulatorial, limitar ao estritamente necessário a internação e desenvolver cuidados

comunitários. Conclui que extinguir os hospitais psiquiátricos seria criar graves problemas para doentes e suas famílias (AU).

122. SOUZA, Abnoel Leal, 1989. Modernização psiquiátrica: um modo de não fazê-la. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38(5): 289-292, Rio de Janeiro. Esse artigo analisa, criticamente, a implantação e o funcionamento de um programa estatal de modernização da assistência psiquiátrica na Bahia, de acordo com o modelo da integração da saúde mental no conjunto das ações de saúde. A conclusão básica a que chegou o autor é que o objetivo da integração não se realizou dentro de padrões aceitáveis de funcionamento, tal a série de equívocos cometidos desde a concepção, que privilegia uma racionalidade econômica exclusivista, até a implantação do programa assistencial. (AU)
123. SOUZA, André Luiz Nogueira & VERAS, Renato Peixoto, 1977. Prevenção primária em saúde mental: reflexões críticas. In: *Abertura*, 0(1): 03-06, Rio de Janeiro. O enfoque comunitário preventivo é o marco da nova articulação que se estabeleceu na psiquiatria americana na década de 60. Tiveram, na mensagem ao congresso do Presidente Kennedy (fev/63), e no livro Caplan, 'Princípios de Psiquiatria Preventiva', os indicadores desta mudança de objeto na prática psiquiátrica. O artigo critica o esquema do preventivismo, que é apresentado como reprodução dos mecanismos de controle social com a pretensão de alcançar uma 'saúde comunitária'.
124. SPINK, Mary Jane Paris, 1992. Saúde: um campo transdisciplinar? In: *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 3(1/2): 17-23, São Paulo. O artigo tem por objetivo discutir a integração da atuação dos diversos profissionais da área de saúde como estratégia de superação da fragmentação resultante da compartimentalização do conhecimento em disciplinas estanques. Partindo da caracterização do paradigma clássico de Ciência inaugurado com o racionalismo, examina as implicações de sua adoção em duas perspectivas complementares: a fragmentação dos 'fazer' como defesa dos espaços de atuação. Finalmente, são discutidos os requisitos para a superação dos status e para a real integração dos diversos profissionais em equipes interdisciplinares.
125. TEIXEIRA Mário 1993 Hospício e Poder, Brasília, Centro Gráfico do Senado Nacional. Trata-se de um estudo sobre a instituição psiquiátrica em Santa Catarina, a partir da implantação de um projeto de modernização. O autor procura discutir as relações de poder na instituição, principalmente entre equipe médica e enfermagem, assim como desta em relação aos internos, destacando em especial a figura do atendente
126. TENÓRIO, Fernando, 1996. Conhecer para Cuidar: o Primeiro Censo da População de Internos nos Hospitais Psiquiátricos no Rio de Janeiro. In: *Cadernos do IPUB*, 3: 171-196, Rio de Janeiro, 2ª edição. Trata-se do primeiro censo da população de internos nos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro que realizou-se no período de outubro a novembro de 1995. Foram objetivos do Censo levantar o perfil clínico e sócio-econômico da população e subsidiar o planejamento para alocação de serviços não manicomial, dentre outros. O Censo foi coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde, através da Gerência de Programas de Saúde Mental e contou com o trabalho de 90 profissionais de nível superior da área da saúde recrutados através de três pólos de seleção: Divisão de Ensino do IPUB/UFRJ; Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental da ENSP e Instituto Franco Basaglia.
127. TREIGER, Jaime, 1981. Assistência psiquiátrica no Brasil. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 30(2): 163-172, Rio de Janeiro. A evolução da assistência psiquiátrica no Brasil no período 1970-80 é analisada no contexto das previsões e recomendações da reunião dos ministros da saúde das Américas, no Chile em 1974. Os princípios da saúde comunitária são destacados em lugar dos conceitos tradicionais e individualizados da assistência médica, usando-se as conclusões da comissão de especialistas em educação comunitária da OMS que em 1970 definiu a natureza e tipos de planificação governamental. Descrevem-se e analisam-se os obstáculos à racionalização das ações, especialmente na Previdência Social. Cita-se uma interpretação antropológica do comportamento humano, sugerindo-se caminhos de melhor procedimento político (participação definida dos psiquiatras nos programas sociais).
128. VAISSMAN, Magda, 1981. Diagnóstico da assistência psiquiátrica no Brasil. In: *Informe: saúde mental no Brasil*, 36-45, Rio de Janeiro: Ibase. O texto aborda minuciosamente dados

- relativos à assistência psiquiátrica pública, previdenciária, número de leitos, internações e perfil das doenças e dos doentes. As políticas de saúde mental são referidas como devendo ser de caráter preventivo. Esta tendência, emergente por volta de 1969, ano dos primeiros estudos de racionalização dos serviços, e evidenciam-se tanto no Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica (1973), quanto no Projeto Integrado de Saúde Mental (PISAM), em 1987.
129. VAISSMAN, Magda, 1989. A responsabilidade da Previdência Social na área de saúde mental. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38(3): 129-132, Rio de Janeiro. O autor busca recuperar os fatos históricos mais recentes que pontuaram a política de saúde mental no Brasil, bem como órgão hegemônico na formação das políticas públicas para o setor. (AU)
 130. VAISSMAN, Magda; LEVCOVITZ, Sérgio & AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho, 1987. A saúde mental na Reforma Sanitária. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 36(6): 347-352, Rio de Janeiro. Transcrição do debate do mesmo nome, ocorrido no Instituto de Psiquiatria da UFRJ, abordando as perspectivas e problemas relacionados à implantação da reforma psiquiátrica no Brasil.
 131. VASCONCELOS, Eduardo Mourão, 1995. Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (4): 189-197, Rio de Janeiro. Este trabalho visa oferecer uma visão panorâmica e uma sistematização da literatura sobre avaliação de serviços de saúde mental, particularmente em inglês, português e italiano, como também descrever de forma resumida as principais estratégias de pesquisa e intervenção utilizadas correntemente por pesquisadores e avaliadores neste campo. A perspectiva de análise aponta para a possibilidade de uma apropriação crítica de tais estratégias no presente processo de desinstitucionalização psiquiátrica, principalmente no Brasil.
 132. VENANCIO, Ana Teresa Acatauassú & DELGADO, Pedro Gabriel Godinho, 1989. Morar no asilo: perspectivas de análise da 'comunidade interna' da Colônia Juliano Moreira. In: *Cadernos do NUPSO*, 2(3): 04-13, Rio de Janeiro. Aponta-se algumas perspectivas de análise para o estudo e compreensão de um grupo social específico, que apresenta a particularidade de residir no espaço interno de um asilo psiquiátrico público, a Colônia Juliano Moreira. A 'comunidade' como elemento importante no deslocamento do objeto, da doença para saúde mental. Aborda ainda o sentido originário da 'comunidade' e o modelo de Tratamento Hetero-Familiar, que afirma o espaço familiar em seu caráter terapêutico. O artigo origina-se da pesquisa desenvolvida na CJM: 'O asilo e a questão de um novo modelo para a assistência psiquiátrica pública no Brasil: o caso da CJM'.
 133. VENANCIO, Ana Teresa Acatauassú, 1993. A construção social da pessoa e a psiquiatria: do alienismo à 'nova psiquiatria'. In: *Physis- Revista de Saúde Coletiva*, 3 (2): 117-135, Rio de Janeiro: IMS/Relume-Dumará. O artigo trata das representações da psiquiatria a respeito da noção de Pessoa, procurando demonstrar, em particular, de que forma tais representações são expressão do valor Indivíduo e dos corolários da igualdade e de liberdade. Focaliza-se, neste sentido, o surgimento da primeira psiquiatria, alienista, e a recordação, a partir da Segunda Guerra Mundial, de um novo conjunto de saberes e práticas terapêuticas aqui denominado de 'nova psiquiatria'. A partir de um estudo comparativo, argumenta-se sobre a tensão físico-moral constitutiva da construção social da Pessoa moderna em suas diferentes formas de atualização, e analisa-se as rupturas e continuidades entre as idéias que fundamentam a psiquiatria alienista e a 'nova psiquiatria'. (AU)
 134. VERAS, Renato; SCHECHTMAN, Alfredo & NOGUEIRA, André Luiz, 1977. Um estudo teórico do modelo de prevenção psiquiátrica. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 25(4): 391-395, Rio de Janeiro. Com a constatação de que a doença mental se constituiu grande imobilizadora da mão de obra, tornou-se necessário atuar na recuperação e prevenção da loucura. A psiquiatria Preventiva tenta atuar sobre os agentes causadores da loucura. As desordens familiares, problemas no trabalho, etc., são encarados como potencialmente enlouquecedores. Devem, portanto, ser atacados(...), passando a englobar todo o espaço que o indivíduo atua. Com a mudança da orientação psiquiátrica surge a necessidade das comunidades terapêuticas (...) onde o poder médico, antes exercido no hospital, transporta-se para dentro da sociedade. (AU)

135. VIANA, Carlos Ralph et al. 1978. Laing. In: *Rádice*, 3(11): 08-11, Rio de Janeiro. Laing, entrevistado por *Rádice*, nega ser antipsiquiatra ou revolucionário, ou ter ligações com a contra cultura. Fala do seu trabalho nas comunidades terapêuticas na Inglaterra. Compara os regimes políticos da Inglaterra e do Brasil. Acredita que seja possível realizar, em outro sistema social, o mesmo tipo de trabalho que desenvolveu na Inglaterra, afirmando que a doença mental não é uma questão de socialismo ou de capitalismo, pois afeta indiscriminadamente a pobres e ricos.
136. VIANA, Carlos Ralph. 1980. Trabalho: a melhor terapia. In: *Rádice*, 3(13): 11-12, Rio de Janeiro. Entrevista com Carlos Eduardo M. Baldijão, Professor de Filosofia, onde fala sobre as suas impressões e informações sobre a assistência em saúde mental, após a sua viagem à Cuba. O Prof. Baldijão afirma que a maior preocupação foi de humanizar o tratamento e que a Terapia Ocupacional é bastante valorizada por possibilitar a auto confiança, que facilita a reintegração social do paciente. Quando o paciente chega ao Hospital de Havana, é examinado por uma equipe multidisciplinar de psicológicos, psiquiatras, TO's e assistentes sociais.
137. VIANA, Carlos Ralph. 1990. Cuba: contradições de uma revolução - As profundas transformações ocorridas na assistência à saúde mental não foram acompanhadas pelo avanço nas técnicas terapêuticas. In: *Rádice*, 3(13): 08-09, Rio de Janeiro. Reportagem sobre o Hospital Psiquiátrico de La Habana que sucedeu ao Mazorra, uma instituição de caráter nacional, um hospital escola, onde são treinados psicólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiras, terapeutas ocupacionais. O trabalho é a característica principal do tratamento empregado, a base da recuperação e reintegração do indivíduo na sociedade. Mas as contradições ainda assim penduram: a participação do paciente é delimitada ao seu trabalho dentro e fora do hospital, as técnicas terapêuticas empregadas já estão superadas. Contém as avaliações de Laing e Cooper, divergindo quanto à concepção reflexológica da influência soviética.
138. VILELA, Jonas. 1981. A formação do psiquiatra em Minas Gerais. In: *Boletim Mineiro de Psiquiatria*, 15(5): 06, Belo Horizonte. Breve histórico da formação do psiquiatra no Brasil e em Minas Gerais (até 1968), institucionalizada nos anos 60, em meio às transformações da assistência médica brasileira com crescimento da cobertura; das teorias e práticas americana e europeia (comunidade terapêutica, terapia ocupacional, psicanálise), e do contexto sócio-político brasileiro.
139. VIOLA, Eugênio. 1981. Em nome da razão. In: *Rádice*, 4(15): 04, Rio de Janeiro. Reportagem sobre o documentário 'Em nome da razão' de Helvécio Ratton que ganhou o prêmio de menção especial no X Festival Internacional de Curtas Metragens de Lille, França, em 10 de março deste mesmo ano. O documentário faz uma denúncia das condições desumanas a que são submetidos os internos do hospital psiquiátrico de Barbacena, Minas Gerais.
140. WOLF, Sonia Maria Ribeiro. 1993. As psicoterapias e suas práticas contemporâneas. In: *Rev. ABP-APAL*, 15(1): 6-10. Analisa as condições para realização de psicoterapias em instituições públicas de saúde. Para tanto, reflete sobre a construção da subjetividade do cliente e as relações que se estabelecem entre os programas de saúde mental, os psicoterapeutas e os pacientes da instituição. Ao final, sugere estudos e pesquisas que atendam à necessidade de renovação da prática terapêutica frente a estes sujeitos (AU).
141. WICKERT Luciana Fim. 1998. Loucura e Direito à Alteridade. In: *Psicologia Ciência e Profissão* n.1-ano18 38-55. Este texto reflete sobre as condições homogeneizadas as quais o paciente psiquiátrico se vê submetido nas instituições manicomiais. Entende-se que essas práticas que visam moldar a conduta do sujeito sem levar em consideração o seu desejo, sua subjetividade, num único objetivo de exclusão e dominação social.

RESUMOS DOS RELATÓRIOS OFICIAIS

Índice dos Relatórios Oficiais por Banco de dados :

AMARANTE,P e Col: 1, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 27, 29, 30.

LILACS: 2, 3, 4, 5, 6, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 30.

RELATÓRIOS OFICIAIS

1. ALMEIDA FILHO, Naomar, SANTANA, Vilma & MARI, Jair de Jesus, 1989. *Princípios de epidemiologia para profissionais de saúde mental*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Manual básico para iniciação aos princípios epidemiológicos, com linguagem acessível aos profissionais de saúde mental que não são familiarizados com o tema.
2. BRASIL, Ministério da Saúde, 1992. Conferência Nacional de Saúde Mental, 2ª Brasília. A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. Ministério da Saúde, p. 60-6. *Portarias da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde : Ministério da Saúde 189/91 (D.O.U. 11/12/91) e 224/91 (D.O.U. 30/01/92)*. Apresenta na íntegra a Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991 e Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992, que definem, respectivamente, a necessidade de compartilhar os procedimentos das ações de saúde mental com o modelo assistencial vigente e o estabelecimento de diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar na assistência à saúde mental.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental, 1992. Brasília, Ministério da Saúde, 119 p. *2ª Conferência Nacional de Saúde Mental : a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil*. Conferência Nacional de Saúde Mental, 2, Brasília. Coerente com os princípios de Reforma Sanitária Brasileira e com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, a II Conferência Nacional de Saúde Mental aborda questões de um processo iniciado nos níveis municipal e estadual, que deverão resultar em princípios e diretrizes para a reestruturação da atuação em saúde mental no Brasil.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1993, 25 p. *Normas de atenção à saúde integral do adolescente*.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, 1994. Brasília, Ministério da Saúde, 63 p. *2ª Conferência Nacional de Saúde Mental : relatório final*.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, 1994. Brasília, Ministério da Saúde, 54 p. *A trajetória da municipalização*.
7. COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1985. *Saúde Mental. Relatório sobre o diagnóstico de Saúde Mental apresentado no I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste*. São Paulo, p. 08, mimeo. O documento apresenta o diagnóstico da situação atual da assistência psiquiátrica no Estado de São Paulo e as Diretrizes Gerais para um Programa de Saúde Mental para a Secretaria de Saúde de São Paulo.
8. COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1985. *I Encontro de coordenadores de saúde mental da região sudeste: diagnóstico atual da assistência psiquiátrica no Estado Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, p. 05, mimeo. A situação da assistência psiquiátrica no Estado do Rio de Janeiro; o avanço obtido no sentido da adequação dos serviços à realidade da saúde da população e o reflexo global que se mostra bastante insatisfatório. Análise do quadro nos municípios do Rio de Janeiro e Niterói, na Região Metropolitana (Baixada Fluminense) e o processo de Regionalização e de Ações Integradas, feito pelos coordenadores de Saúde Mental na prévia do Rio de Janeiro ao I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste.
9. COORDENADORES DE SAÚDE MENTAL DA REGIÃO SUDESTE, 1985. *Pontos para elaboração do Relatório ao nível das prévias nos Estados e para discussão nos grupos de trabalho no Encontro*. Rio de Janeiro, p. 12, mimeo. Documento preparatório do I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, que contém os pontos para a elaboração do relatório nos encontros prévios nos estados e para a discussão nos grupos de trabalho no encontro. Primeiro ponto: o diagnóstico atual da assistência psiquiátrica na Reforma Sanitária e recomendações. Segundo ponto: a saúde mental nas ações integradas de saúde e recomendações.
10. COORDENADORES DE SAÚDE MENTAL DA REGIÃO SUDESTE, 1985. *Relatório final do I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste*. Rio de Janeiro, mimeo. Documento em que constam as propostas surgidas no encontro, realizado em Vitória do Espírito Santo, em setembro de 1985. As propostas estão distribuídas nos seguintes tópicos:

- modelo assistencial; política de recursos humanos; política de recursos financeiros; integração interinstitucional; sistema de controle, avaliação e informação; programas especiais; moções.
11. COORDENADORES DE SAÚDE MENTAL DA REGIÃO SUDESTE, 1985. *Saúde mental nas Ações Integradas de Saúde*. Rio de Janeiro, mimeo. Propostas retiradas dos debates proferidos na prévia estadual do Rio de Janeiro, realizado no Hospital Dr. P. Pinel em 18 e 19 de setembro de 1985 para o 1º Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste. Estas propostas dizem respeito, fundamentalmente, à integração interinstitucional.
 12. GRUPO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL DO INAMPS/MPAS, 1987. *Propostas de organização para uma Rede de Atenção Médico - Psicossocial*. INAMPS, p. 42, Brasília. Relatório final do Grupo de Trabalho com propostas atualizadas para com a política das Ações Integradas de Saúde (AIS), onde se destacam os princípios da descentralização, participação e integração. Tem como ponto principal o atendimento extra-hospitalar, privilegiando a implantação de enfermaria psiquiátrica em Hospital Geral. 
 13. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL/CONASP, 1983. Programa de reorientação da assistência psiquiátrica. In: *Boletim do Ministério da Previdência e Assistência Social*, 05-19, Brasília. O programa propõe a implantação do modelo de atenção psiquiátrica integral, priorizando o tratamento ambulatorial, visando obter uma qualidade melhor da assistência prestada. Tem como pontos principais: limitação de número de leitos, utilização de médicos gerais em ambulatorios gerais, incentivo aos hospitais-dia, hospitais-noite, oficinas terapêuticas, etc. Tem ainda como proposta a regionalização, integração e hierarquização do atendimento em saúde mental. É o documento conhecido como 'Plano do CONASP' da Saúde Mental.
 14. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL/INAMPS/CONASP, 1983. *Projeto de regionalização e hierarquização da assistência médica no Município do Rio de Janeiro - área de psiquiatria*. Rio de Janeiro: CONASP. Projeto que estabelece um programa de regionalização e hierarquização da assistência psiquiátrica no Município do Rio de Janeiro. Estimula a abordagem multidisciplinar no atendimento psiquiátrico, e considera o ambulatorio como o elemento central da assistência. O município do Rio de Janeiro é dividido em áreas programáticas (AP), tornando o atendimento regionalizado. Os hospitais próprios da rede pública passam a ser hospitais de base no âmbito de sua AP, responsáveis pela supervisão do sistema.
 15. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990. *Lei Federal 8.080 de 19/09/1990*. Dispõe sobre a competência da Direção Estadual do Sistema Único de Saúde – SUS – em estabelecer normas, em caráter suplementar para o controle e avaliação das ações e serviços de Saúde – Diário Oficial da Federação, Brasília – D.F.
 16. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994. *Projeto de estruturação do Hospital Phillipe Pinel*. Projeto do Ministério da Saúde referente à estruturação do Hospital Dr. Phillipe Pinel. O projeto é constituído de documentos referentes à transformação, da proposta de novo regimento interno e de carta de princípios e direitos do paciente.
 17. MINISTÉRIO DA SAÚDE/DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1985. *A Política de Saúde Mental da Nova República*. Brasília, mimeo. O texto foi elaborado pela Divisão Nacional de Saúde Mental com o objetivo de formular uma política para o sub-setor no contexto do período denominado de Nova República, a partir dos encaminhamentos do VII Encontro Nacional de Psiquiatria Preventiva e Social.
 18. MINISTÉRIO DA SAÚDE/DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1988. *Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Relatório final da I Conferência, realizada entre 25 e 28 de junho de 1987 no Rio de Janeiro, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, tendo como temas básicos: I- Economia, Sociedade e Estado: Impactos sobre saúde e doença mental; II- Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e, III- Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.
 19. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1992. Conferência Nacional de Saúde Mental, 2ª Brasília. A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. Ministério da Saúde, p. 74-90. *A proteção de pessoas com enfermidade mental e a melhoria da assistência à saúde*

- mental. A ONU elaborou e adotou os "Princípios para a proteção de pessoas com enfermidade mental e para melhoria da assistência à saúde mental", requisitando sua inclusão na Declaração Universal dos Direitos do Homem.
20. PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 1981. Nota dos profissionais de saúde sobre as irregularidades do concurso do Ministério da Saúde. In: *MTSM*, 01-02, Rio de Janeiro. Nota dos profissionais de saúde sobre as irregularidades do concurso promovido pelo Ministério da Saúde, realizado em 07/07/81, para hospitais em regime de Co-gestão. A partir da anulação deste concurso os hospitais em Co-gestão passam a contratar técnicos sem concurso.
 21. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO - COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL, 1986. *O Centro de Atenção Psicossocial Professor Luís da Rocha Cerqueira*. São Paulo, mimeo. Projeto original de implantação do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luís da Rocha Cerqueira realizado pela Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de São Paulo em 1986. Proposta de criação de equipamento assistencial que atue entre a internação e a comunidade provendo atendimento intermediário intensivo, via equipe multidisciplinar, a pacientes com graves comprometimentos psíquicos. 
 22. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. 1992 – *Normas técnicas que disciplinam o funcionamento dos serviços de Saúde Mental do SUS no Estado de São Paulo*. Apresenta as diretrizes para organização dos serviços baseados nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integração de ações, para a garantia da continuidade da atenção em vários níveis, para a multiprofissionalidade na prestação de serviços e para a utilização diversificada de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis assistenciais, dando ênfase à participação social desde a formação das políticas de saúde mental até o controle e avaliação dos serviços prestados. Diário Oficial do Estado de São Paulo de 03/07/92- seção I, pág 53/54.
 23. SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992 – *Regulamenta o financiamento e o funcionamento dos serviços de Saúde Mental da rede do Sistema Único de Saúde* e estabelece critérios para aprovação das Normas Técnicas para esse funcionamento nos hospitais e ambulatórios dos Estados da Federação – Portarias 189/91 a 224/92 – Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
 24. RESENDE, Heitor, 1981. Estado e políticas de saúde mental no Brasil. In: *Informe: saúde mental no Brasil*, 23-35, Rio de Janeiro: Ibase. O texto aborda a Política de Saúde Mental e a atuação da Previdência Social no Brasil durante o período militar. Relativizando os dados estatísticos e entendendo a Política de Saúde Mental por via das funções da psiquiatria e do Estado, busca demonstrar o caráter 'preventivo' das intervenções do período.
 25. SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde, 1992, 72 p. *Relatórios de implantação dos hospitais-dia : saúde mental*. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, 1992.
 26. SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria da Saúde. Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde. Grupo de Atenção à Saúde Mental, 1992. Conferência Estadual de Saúde Mental de São Paulo, 1, São Paulo. *A reestruturação de atenção em saúde mental : modelo assistencial e direito à cidadania*.
 27. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO DE JANEIRO/PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL, 1988. *A assistência psiquiátrica no Estado do Rio de Janeiro à partir do SUDS - (Propostas para discussão)*. Rio de Janeiro: SES-RJ, mimeo. O documento apresenta a proposta de Estadualização das unidades psiquiátricas da DINSAM no Rio de Janeiro, tendo como agente viabilizador deste processo o SUDS, que resolveria os problemas de multiplicidades, paralelismos, dispersão de recursos e divergências, corrigindo assim as distorções do sistema de saúde. O seu corpo de propostas é orientado pelas diretrizes aprovadas na I Conferência Nacional de Saúde Mental, que apresenta como orientação básica a realização de atividades não-asilares e extra-hospitalares.
 28. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL/RJ, 1985. *1º Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste: Reunião Prévia do Rio de*

Janeiro. Rio de Janeiro, mimeo. Relatório da Coordenação de Saúde Mental do Rio de Janeiro expondo a situação da CSM da SES em 1985 e as condições em que se encontra para elaborar e implantar projetos em Saúde Mental. A maior preocupação é com a ampliação da assistência à áreas até então carentes de serviços de Saúde Mental.

29. SOUZA, Maria Cristina Gueiros, 1983. 'Doença dos Nervos' uma estratégia de sobrevivência. In: *A Saúde no Brasil*, 1(03): 131-139, Brasília. Nos serviços da Previdência Social, tem aumentado o número de consultas por parte de pessoas que se dizem 'doentes dos nervos'. Elas provêm dos setores mais carentes das periferias urbanas. Uma série de entrevistas com beneficiários da previdência social busca esclarecer as relações que existem entre as condições sócio-econômicos e a 'doença dos nervos', a qual assume, ainda, a característica de uma saída estratégica para a solução o atenuação dos conflitos sociais e psicológicos com que se defrontam essas pessoas. (AU)
30. TEIXEIRA, Mário, 1993. *Hospício e poder*. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal. Trata-se de um estudo sobre a instituição psiquiátrica em Santa Catarina, a partir da implantação de um projeto de modernização. O autor procura discutir as relações de poder na instituição, principalmente entre equipe médica e de enfermagem, assim como desta em relação aos internos, destacando, em especial a figura do atendente.

RESUMOS DOS RELATÓRIOS DE LEGISLAÇÃO E ORIENTAÇÕES

In Trancar não é tratar - Caderno Especial do Conselho Regional de Psicologia, 6º região, São Paulo 1997

**RELATÓRIOS OFICIAIS – REFERENTES À LEGISLAÇÃO E
ORIENTAÇÕES DE CARÁTER NACIONAL – in Trancar não é Tratar -
Caderno Especial do Conselho Regional de Psicologia – 6ª Região
/S.Paulo/1997**

1. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA – set/1990 – Brasília - *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990* – *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Regula em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público e privado.
2. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA – dez/1990 – Brasília - *Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990* – *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde- SUS, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos na área da saúde e dá outras providências*. Delibera que o SUS contará, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com instâncias colegidas: Conferência Nacional de Saúde e o Conselho de Saúde (nos níveis nacional, estadual e municipal) definindo organização e normas de funcionamento dos mesmos, e alocação de recursos.
3. ORGANIZAÇÕES MUNDIAL DE SAÚDE E PANAMERICANA DE SAÚDE, ASSOCIAÇÕES, AUTORIDADES DE SAÚDE, PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL, LEGISLADORES, JURISTAS, reunidos na *CONFERÊNCIA REGIONAL PARA REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA DENTRO DOS SILOS – SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE – 11/90* – Caracas/ Venezuela. Constatando a ineficiência das instituições psiquiátricas e sua incompatibilidade com o atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo defendidos pelos participantes da conferência, declaram a necessidade da reestruturação da assistência à saúde mental, da promoção de ações locais no nível de atenção primária e estimula a promoção de modelos alternativos de atenção, centrados na comunidade e nas suas redes sociais. Propõem ainda diretrizes para o gerenciamento e distribuição dos recursos destinados à saúde para a capacitação de profissionais para atenção à saúde mental e para o exercício de ações pelas entidades participantes, inclusive no nível legal, no sentido de viabilizarem-se as propostas.
4. ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – dez/1991 – *Assembléia Geral - Manifesta-se sobre a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental* – Constatando uma série de situações e condições irregulares e desfavoráveis à atenção em Saúde Mental, adota 25 princípios para a proteção do paciente mental e sua assistência e requisita inclusão dessas recomendações à Declaração de Direitos Humanos e que divulgue amplamente os referidos princípios junto aos Governos e ao público em geral
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE- SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – jan/1992 – Brasília - *Portaria n. 224 de 29 de janeiro de 1992 – Estabelece diretrizes e normas para os atendimentos públicos em Saúde Mental*. Define e orienta a organização dos serviços baseada nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações, a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial, a garantia da continuidade da atenção nos vários níveis, a multiprofissionalidade, a ênfase na participação social, desde na formulação das Políticas de Saúde Mental até o controle de sua execução, e define os órgãos gestores locais como responsáveis pela cumprimento dessa Portaria e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.
6. ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA E SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO – mar/1995 – São Paulo - *Lei complementar 791 de autoria do Deputado Roberto Gouveia*. Propõe inclusão à regulamentação vigente do SUS, de Artigo referente à substituição gradativa dos procedimentos de internação hospitalar pela adoção e o desenvolvimento de ações extra-hospitalares, na forma de programas de apoio à desospitalização, com ênfase na

organização e manutenção de redes de serviços e cuidados assistenciais destinados a acolher os pacientes mentais em seu retorno ao convívio social e propõe princípios para isso .

7. II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – dez/1992 – Brasília- *Relatório Final* - Propõe marcos conceituais para a atenção integral e cidadã da Saúde Mental. Explicita a concepção do processo saúde/doença que orienta o direito ao tratamento e à organização de uma rede de atenção à Saúde Mental, e o papel do Estado e da Sociedade Civil nesse processo .
8. MOVIMENTO NACIONAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL e diversas entidades representativas – set/1993 –Salvador - *Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial e I Feira Nacional de Experiências e Produções Antimanicomiais*. Apresenta uma carta –moção aprovada na Plenária Final do Evento, defendendo como tarefa desse Forum um **BRASIL SEM MANICÔMIOS** . Defende esse movimento como um movimento Social e apresenta relatórios dos grupos de trabalho com várias temáticas como: a tragédia nacional e a produção social do sofrimento; a construção de práticas antimanicomiais, as intervenções culturais sobre o movimento, a legislação e a reconstrução dos direitos , e a luta antimanicomial e as instituições estatais.
9. DIVERSAS ENTIDADES ORGANIZADORAS – dez/1993- Santos – *Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de serviços de saúde mental* – III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial – Dando consequência às definições dos I e II Encontros Nacionais (realizados respectivamente em S. Paulo/1991 e em Salvador/set/1993) elabora e aprova em Assembléia Carta de Direito dos Usuários – Por uma Sociedade sem Manicômios – que retrata o movimento nacional de Luta Antimanicomial, que pontua os direitos gerais na sociedade, as características dos serviços de saúde mental e dos serviços complementares oferecidos no sistema público de saúde, as características dos tratamentos recomendados em Saúde Mental, os direitos dos usuários dos serviços de S.M., as reivindicações, os temas de Luta e as moções apresentadaspor esse Forum.
10. MOVIMENTO NACIONAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL- nov/1995 – Belo Horizonte- *Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial* . Retoma a história do Movimento Nacional, e apresenta os Relatos do mesmo por Estado da Federação Brasileira, apresenta uma avaliação e os eixos de inentidade do referido movimento, sua estrutura organizativa, sua estratégias de luta, e as principais deliberações dos eventos e representações do Movimento . Apresenta ainda seu eixo temático, que põe em discussão a exclusão na cultura, a exclusão no trabalho, a exclusão na assistência, a exclusão no Direito, e apresenta porpostas de ação para cada Temática discutida nesse Forum.
11. CONGRESSO NACIONAL- Projeto-Lei 08191 – 1989 e abril/2001 – Brasília – *Projeto -Lei* proposto pelo Deputado Paulo Delgado ao Senado em 1989, que inicialmente dispunha sobre a progressiva extinção dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e porposta de regulamentação da internação psiquiátrica. Tramitou no Congresso Nacional por quase dez anos e com algumas alterações foi aprovada em abril de 2001. Denominada Lei da Reforma Psiquiátrica dispõe sobre os direitos do paciente mental e apresenta diretrizes de gestão pública, determinando que os Governos invistam recursos comunitários no sistema ambulatorial, afim de atender ao paciente que não tem necessidade de internação.

RESUMOS DOS RELATÓRIOS DAS ASSOCIAÇÕES E ANAIS DE EVENTOS CIENTÍFICOS

**Índice dos Relatórios das Associações e Anais de Eventos por Banco de
Dados :**

AMARANTE, P e Col: 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 23,
24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 33, 35, 36, 37, 39.

LILACS: 1, 3, 8, 9, 14, 15, 16, 17, 25, 27, 32, 34, 38, 40, 41.

RELATÓRIOS DE ASSOCIAÇÕES E ANAIS DE EVENTOS CIENTÍFICOS

1. ALVES,D.SAVIO; SEIDL,E.M.F;SCHECHTMAN,A;SILVA,R.C.,1990 *Elementos para uma análise da Assistência em Saúde Mental no Brasil*, Anais da II Conferência Nacional de Saúde Mental p. 46-59. Apresenta um diagnóstico da situação da assistência em Saúde Mental no Brasil apontando prioridades e ações estratégicas desenvolvidas ou a desenvolver, relacionadas de maneira sucinta. Aponta os avanços no modelo assistencial e apresenta posição favorável na busca de uma nova lógica nas relações do campo "psi" com os usuários dos serviços de saúde mental.
2. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 1985. Diretrizes para uma política de saúde mental do governo de transição democrática - Proposta para discussão final. In: *Psiquiatria Hoje*, 10(03), Rio de Janeiro. O documento refere-se à trajetória da ABP, que desde 1977 vem se dedicando à tarefa política da restauração da democracia no país. Faz uma síntese diagnóstica da situação, faz referências às condições de vida relacionando com o modelo econômico e social adotados nas últimas duas décadas e as conseqüências na saúde mental da população. Fala sobre a crise da previdência e da dicotomia entre o MS e o INAMPS, das condições péssimas da assistência psiquiátrica e a ausência de políticas que definam esta assistência. Faz sugestões que vão desde melhoria das condições sociais, até um sistema de saúde federado.
3. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Comissão de Saúde Mental, 1990. I Conferência Nacional de Saúde Mental, 2, Brasília, 1-4 Dez, p. 32-45. *Reforma psiquiátrica : a questão das novas tecnologias de cuidado; relatório final*. Conferência Nacional de Saúde Mental, 2ª. Brasília. A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. Ministério da Saúde, p. 32-45. Apresenta novos paradigmas para uma nova prática dentro da reforma psiquiátrica. Argumenta que o manicômio não se aplica num sistema de saúde equitativo, de acesso democrático e condizente com a Constituição em vigor. Os desafios gerenciais do novo modelo são: atenção integral em saúde mental, equacionamento do financiamento, capacitação de equipes e controle social na gestão dos serviços.
4. ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DA BAHIA E CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 1981. Políticas de Saúde Mental no Brasil. In: *Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia*, 4: 07-15, Salvador. Em abordagem gramsciana o texto trata da política de saúde como estratégia de hegemonia. São distintos três projetos: o das forças democráticas, o dos grupos repressores e o do governo, onde a atuação do Estado é analisada pelo conceito de complexo médico-industrial. Programas (como PREV-SAÚDE, PPA) e discursos apontam incorporações de propostas ideológicas como comunidade terapêutica e ambulatorização ao lado de um modelo asilar privatizante. Identifica grupos adversários (FBH, REME) e a necessidade de racionalidade da Previdência para análise da saúde/mental.

5. ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DA BAHIA, 1978. A questão das perícias. In: *Conflito*, I(1): 02, Salvador. Discute a questão da perícia psiquiátrica, do excessivo número de pacientes por médico no atendimento psiquiátrico público e privado, comprometendo a relação médico-paciente, a qualidade do tratamento e as condições de trabalho.
6. ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DA BAHIA, 1979. Documento dos Trabalhadores de Saúde Mental da Bahia - Aprovado em Assembléia Geral no dia 11/12/78. In: *Conflito*, II(4): 08, Salvador. Diante das más condições de trabalho e assistência psiquiátrica, os trabalhadores em saúde mental da Bahia (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e auxiliares), elaboraram um documento, aprovado em assembléia geral. O documento aponta: a) a má qualidade e o caráter hospitalar-cronificador da assistência, b) o caráter privatizante das políticas de saúde mental e c) as distorções trabalhistas. Reivindica-se assim: a) melhoria das condições de trabalho e salariais, b) discussão dos planos e políticas oficiais, e c) melhorias na estruturação e assistência psiquiátrica.
7. ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DA BAHIA, 1980. *Relatório*. Salvador, 01-05, mimeo. Relatório das atividades da Associação Psiquiátrica da Bahia (APB) entre 1977-80 e do MTSM da Bahia enviado à Secretaria Nacional do movimento. Comenta a independência prática e ideológica das entidades associativas ou de classes presentes no 'movimento' dado ao caráter eventual das articulações entre elas. Após citar episódios e realizações finaliza com sugestões para as associações psiquiátricas (reformulação de estatutos) e demais associações na busca de uma maior articulação. Discute conceitualmente o 'MTSM'.
8. BASTOS, Adauri & MAMEDE, Luiz Antônio, 1980. I Encontro Regional do Trabalhador em Saúde Mental. In: *Rádice*, 3(13): 03, Rio de Janeiro. Notícia sobre a reunião dos trabalhadores em saúde mental de 23 a 25 de maio de 1980, no Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, para discutirem problemas ligados à área da saúde mental. Entre painéis e grupos de discussão, estudou-se a política nacional de saúde mental, as alternativas de atração que estão surgindo aos poucos para o profissional da área, as condições de trabalho atuais a privatização da medicina, a realidade político-social da população brasileira, além de denúncias sobre barbaridades nas instituições psiquiátricas com destaque para a Colônia Juliano Moreira.
9. CAVALARI, Celi Denise; CIPOLA, Antonia Maria Brandão; PINHEIROS, Odete de Godoy; TOFOLO, Tania Maria José Aiello, 1991. Conselho Regional de Psicologia, 6ª Região (São Paulo). Anais do II Congresso de Psicologia, São Paulo, Oboré, p. 193-216. *O psicólogo na saúde pública*.
10. CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE/GRUPO DE SAÚDE MENTAL/SP, 1978. *Carta*. São Paulo, p. 03. Carta do Grupo de Saúde Mental do CEBES/SP, anexando documento aprovado no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (Camboriú/SC, em 30/10/78) para discussão no I Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental em São Paulo nos dias 20-21/01/79, em continuidade a luta por melhores condições de trabalho e atendimento. Constatam considerações críticas ao modelo assistencial psiquiátrico, denúncias às péssimas condições e exclusão no trabalho, e à situação política do país que necessita de maior participação popular. Moções em anexo.

11. CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE/SP, 1979. *Condições de trabalho do psiquiatra*. São Paulo, mimeo. Documento elaborado pelo CEBES (SP) e apresentado no I Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (SP, 20,21/01/79). Criticando a psiquiatrização da sociedade e a mitificação da transformação social, o documento analisa as relações de poder e saber médicos, para dimensionar a questão das condições de trabalho. O documento relata duas experiências: em um hospital psiquiátrico infantil em São Paulo e na implantação do PISAM em Brasília.
12. CHUTORIANSCY, Daniel, 1984. *Excluído/incluído: o hospício dentro de casa*. Niterói: Grupo Saúde Mental: Sem Mágicas. Conjunto de reflexões e de relatos de experiências do 'Grupo Saúde Mental: Sem Mágicas' sobre a atenção à crise de psicóticos e sobre o trabalho com as famílias nestas situações, com uma proposta de romper com o modelo manicomial tradicional.
13. CHUTORIANSCY, Daniel, 1988. *Unidade/comunidade/saúde pública/saúde mental*. Niterói: Grupo Saúde Mental: Sem Mágicas. Proposta de atuação comunitária em saúde mental de caráter coletivo e socializado em unidades de saúde pública em Niterói/RJ.
14. COSTA, Jurandir Freire, 1990. Os Interstícios da Lei. In: *Saúde mental e cidadania*, (Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo, orgs.), 45-56, São Paulo: Mandacaru, 2ª edição. O texto é parte integrante do livro decorrente do II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental de São Paulo. Através de abordagem histórica sobre o discurso da psiquiatria no Brasil, o autor propõe uma discussão sobre cidadania que passe pelos interstícios da lei, ou seja, pelo que se chama de norma, de relações de poder.
15. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS, 1992. Conferência Nacional de Saúde Mental, 2ª Brasília. A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. Ministério da Saúde, p. 67-73. *Programa de atenção em saúde mental : proposta da Federação Brasileira de Hospitais*. Proposta de estrutura assistencial em saúde mental nos seguintes estágios : hospital 24 hrs., hospital parcial e ambulatório de urgência. As características da atenção seriam contínuas, parciais, ambulatoriais e de urgência. A família como núcleo social básico deverá ser mobilizada no processo complementar de tratamento visando a reabilitação social do paciente.
16. KUPFER, Maria Cristina, DELOSI, Mrisa Elizabeth; CAPISTRANO, David, 1991. Congresso de Psicologia, 2, São Paulo. *Saúde e instituições*.
17. LIMA, Maria Elisabeth Antunes, 1993. ENANPAD, 17, Salvador.. Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração (Brasil). Florianópolis. *Novas políticas de recursos humanos e saúde mental*. Discute os resultados de uma pesquisa realizada numa empresa brasileira, que importou de maneira bastante fiel as práticas gerenciais japonesas. Tem por objetivo estudar os efeitos destas políticas sobre a saúde mental dos empregados (AU).
18. MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL DE SÃO PAULO, 1993. A luta antimanicomial e intervenção cultural: a cultura como alvo e a cultura como meio. *Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial*, 17-19, Salvador: Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios. Debate-se o tema 3 do encontro: 'Luta antimanicomial e intervenção cultural: a cultura como alvo e a cultura como meio', da delegação de São Paulo no Encontro Nacional da Luta

Antimanicomial de Salvador. É abordada a questão da estagnação da sociedade diante de fatos concretos e lesivos. As informações se dão de forma vertical, onde a comunicação é elitizada. Neste contexto, sem transformação, ainda se cultua, o saber que está em poder dos técnicos. Segundo o movimento, há que se conscientizar que todos podem participar deste saber. É necessário organizar movimentos que construam uma nova visão; criar formas de intervenção na estagnação da sociedade, atuando na formação dos indivíduos.

19. MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL DE SÃO PAULO, 1993. Relatório Final do Encontro Estadual da Luta Antimanicomial de São Paulo. In: *Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial*, p.53, Salvador: Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios. Relatório final do Encontro Estadual da Luta Antimanicomial de São Paulo apresentado no Encontro Nacional em Salvador. Discute-se a questão da indenização no contexto do tema 4 - 'Legislação psiquiátrica: a (re) construção dos direitos pela via legal.
20. MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL DO CEARÁ, 1993. Manifesto do Movimento da Luta Antimanicomial do Ceará. In: *Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial*, 75-76, Salvador: Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios. Relatório do manifesto do movimento da Luta Antimanicomial do Ceará apresentado no Encontro Nacional de Salvador. Entende-se que a assistência psiquiátrica no Brasil, assim também como no Ceará, tem como consenso entre técnicos, prestadores de serviços, governo e opinião pública em geral, a constatação de sua má qualidade, calcada no modelo hospitalocêntrico, segregador e cristizador de alienação. A cultura manicomial, sustentada na proliferação de um número excessivo de leitos psiquiátricos, teve seu grande incremento durante a ditadura militar, quando vários hospitais psiquiátricos foram abertos e/ou tiveram leitos aumentados.
21. MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL DO ESPÍRITO SANTO, 1993. Relatório do Encontro Estadual da Luta Antimanicomial, realizado em 6 de agosto de 1993 - Vitória, ES. In: *Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial*, 69-70, Salvador: Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios. Trata-se de considerações gerais do relatório do Encontro Estadual da Luta Antimanicomial realizado em Vitória, apresentado no Encontro Nacional de Salvador. O documento relata as dificuldades encontrada no Estado do Espírito Santo nos últimos anos, onde assiste-se a uma diminuição progressiva dos investimentos no setor saúde e nas Políticas Públicas Sociais que mais diretamente afetam este campo.
22. MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL DO RIO GRANDE DO SUL, 1993. A luta por uma sociedade sem manicômios: intervenções culturais. In: *Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial*, p.17, Salvador: Núcleo de Estudo pela Superação dos Manicômios. Este relatório se refere ao tema 3 do encontro: 'Luta antimanicomial e intervenção cultural: a cultura como alvo e a cultura como meio', apresentado pela delegação do Rio Grande do Sul no Encontro Nacional de Salvador. Debate-se a questão dos desiguais e diferentes, perpetuada ao longo das civilizações, e a desinformação servindo para legitimar a exclusão. A sociedade exclui para se descomprometer, para não compartilhar com aqueles que não entende. Entende-se que é preciso haver mobilização popular para que se transforme o quadro cultural, e construtores de cidadania capazes de conviver com as diferenças.

23. MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL DO RIO GRANDE DO SUL, 1993. Relatório final do encontro estadual do movimento da luta antimanicomial do Rio Grande do Sul. In: *Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial*, 60-61, Salvador: Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios. Relatório final do encontro estadual do movimento da luta antimanicomial do Rio Grande do Sul apresentado no Encontro Nacional em Salvador. O documento traz o relato da produção social do sofrimento no campo, na cidade, e nas reservas indígenas. A vida no campo como tranqüila, farta e sem ansiedades faz parte, hoje, de realizações e de mitos. Os povos têm sua história de vida marcada pela fome, falta de moradia, falta de ensino, lazer e isolamento. Na cidade, nos últimos 60 anos o processo de urbanização acelerou-se. O modelo 'apartheid', de desigualdade social, agravado pelo neo-liberalismo, existe em todos os lugares. Nas reservas indígenas exterminam-se, silenciosamente, a cultura e os filhos dos índios.
24. MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 1993. A invenção da assistência: impasses e possibilidades na construção das práticas antimanicomiais. In: *Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial*, 11-14, Salvador: Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios. Este relatório se refere ao tema específico 'A Invenção da Assistência: Impasses e possibilidades na Construção das Práticas Antimanicomiais' do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial de Salvador. Debate-se que o fazer clínico deve ser pensado como um ato político, na medida que identifica o sujeito na construção das alternativas assistenciais; a invenção da assistência passa por uma mudança de postura e mentalidade dos técnicos e das pessoas que lidam com o sofrimento psíquico.
25. MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 1993. A luta antimanicomial e as instituições estatais: autonomia, contradições, parcerias, ambigüidades. In: *Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial*, 23-24, Salvador: Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios. Trata-se do relatório do tema 5 ('a luta antimanicomial e as instituições estatais...') do Encontro Nacional de Salvador. Conclui-se que o Estado Brasileiro tem se pautado historicamente pelo autoritarismo, paternalismo, que responde aos interesses das classes dominantes. Portanto, admite-se que as instituições estatais são dispositivos que viabilizam políticas coerentes com as conjunturas determinadas pelos países capitalistas centrais. Em seu caráter libertário e democrático, a invenção permanente da assistência, a liberdade como um bem universal e a cidadania evitam a manutenção do parque asilar e o fortalecimento do setor empresarial.
26. MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 1993. A tragédia nacional e a produção social do sofrimento. In: *Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial*, p.10, Salvador: Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios. Trata-se do relatório do tema 01: 'A tragédia nacional e a produção social do sofrimento', do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em Salvador, entre 23 a 26 de setembro. Diante da realidade brasileira, que se configura como produtora de sofrimento psíquico, o movimento pretende se posicionar inserindo a questão da saúde mental em todos os movimentos sociais, atentando para as raízes capitalistas da sociedade na elaboração de propostas de intervenção e considerando de extrema importância o engajamento dos usuários no sentido de se apropriarem da luta,

participando e reproduzindo discussões.

27. MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 1993. Legislações psiquiátricas: a (re)construção dos direitos pela via legal. In: *Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial*, 20-22, Salvador: Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios. Trata-se do relatório do tema 4 do Encontro Nacional de Salvador. Conclui-se que dentre as várias possibilidades de intervenção política do movimento, o encaminhamento de projetos de lei constitui um dos instrumentos de luta que se pode utilizar, e ainda, que deve ser sempre expressão da luta concreta do movimento em cada Estado. As leis propostas deverão conter só princípios básicos que norteiam a luta. discutiu-se ainda sobre discriminação entre Legislação Psiquiátricas e portarias ministeriais; Legislação civil, Legislação penal e direito dos usuários e a questão da revisão constitucional.
28. MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 1993. O movimento antimanicomial enquanto um movimento social. In: *Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial*, p.07, Salvador: Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios. Trata-se do relatório do tema central 'O movimento antimanicomial enquanto um movimento social', do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial realizado entre os dias 23 a 26 de setembro, em Salvador. Conclui-se que o movimento da Luta Antimanicomial é plural, social, autônomo, e visa manter parcerias com outros movimentos sociais na intenção de que toda sociedade se aproprie da Luta. Entende-se que, desde o Congresso de Bauru, o movimento avançou de uma posição de caráter teórico e técnico para um movimento social mais amplo. O movimento não conhece a existência de regras e formas prontas, e pode produzir efeitos tanto para 'dentro' como para 'fora' da 'oficialidade'.
29. MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 1993. Relatório da Reunião da Articulação Latino-americana da Luta Antimanicomial realizada nos dias 23 a 26/9/1993 no Encontro Nacional da Luta Antimanicomial de Salvador. In: *Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial*, p.35, Salvador: Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios. Trata-se do relatório da reunião da articulação latino-americana da luta antimanicomial realizada no Encontro de Salvador. Compreende-se a articulação latino-americana na perspectiva da participação ampla e democrática que facilite e promova a circulação e o intercâmbio entre os atores dos processos de transformação. Alguns pontos de dificuldades são levantados: a falta de troca entre as experiências; a não circulação de relatórios e produções geradas nos eventos e encontros; a não disputa organizada de canais na mídia deixando que ela seja ocupada por grupos contrários ao movimento, etc.
30. MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 1993. Relatório síntese das reuniões ocorridas durante a realização do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em Salvador. In: *Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial*, 38-39, Salvador: Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios. Este relatório trata de 2 reuniões realizadas durante o Encontro Nacional de Salvador, no sentido de encaminhar a proposta de organização do 3 Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares na Baixada Santista. Destacam-se algumas questões como, por exemplo: garantia de espaço para a manifestação organizada de usuários

e familiares nos próximos encontros do movimento; a necessidade de abordagem de temas como o trabalho, a sexualidade, a religiosidade, o desencadeamento de medidas legais de natureza civil, reparatorias e indenizatórias, a questão da interdição, da periculosidade, da imputabilidade, etc.

31. MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 1993. Luta Antimanicomial e intervenção cultural: a cultura como alvo e a cultura como meio. In: *Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial*, 15-16, Salvador: Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios. Trata-se do relatório do tema 3 do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial de Salvador. Conclui-se que o movimento deve mobilizar a sociedade patrocinando palestras para informar e formar agentes multiplicadores da Luta. Nas instituições formadoras deve-se trabalhar no sentido da reformulação dos currículos. Assim também deve articular vários segmentos culturais através da promoção de atividades expressivas. É preciso que o movimento atinja todas as classes sociais. Discute-se ainda algumas concepções do termo loucura.
32. MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, 1979. *Relatório final do I Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental*. Relatório, São Paulo: MTSM. Relatório final do I Encontro Nacional dos TSM realizado em São Paulo (20-21/01/79). Fornece um perfil das primeiras estratégias do movimento da rede pública. O movimento propõe articulação com outros movimentos sociais, e as moções reivindicam questões amplas como anistia, além das reivindicações do setor. Os temas são: Política Nacional de Saúde Mental (analisando os limites ideológicos e práticos das mudanças meramente legais); as condições de assistência ao doente mental (criticando o modelo asilar e a medicalização do social); e as condições de trabalho em Saúde Mental (baixos salários, 'estágios' irregulares e demasiado número de atendimento de consultas para os técnicos da rede pública).
33. MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, 1980. *Documento final do II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental - Moções*. 01-03, mimeo. Moções aprovadas no II Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Salvador (BA) nos dias 22 a 27 de agosto de 1980, ao longo do VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria.
34. NÚCLEO DE PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA SOCIAL/INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 1978. *Aos profissionais e estudantes na área de saúde mental*. p.04, São Paulo: ISS, mimeo. Histórico do Núcleo de Psiquiatria e Psicologia Social do Instituto Sedes Sapientiae (SP-1978) cujas temáticas são a formação profissional em saúde mental, o desenvolvimento de novas formas de atendimento e experiências alternativas. Seu objetivo é formar uma rede de intercâmbio com outros grupos, discutindo políticas de saúde mental, elaborando críticas às técnicas, práticas e teorias. O texto foi preparado para o simpósio da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) em SP.
35. OLIVEIRA, Carmen Silveira de, 1992. Desconstruindo R.H.: de Recurso Humano a Cidadão. Rio Grande do Sul: UNISINOS, mimeo. Trata-se do texto parcial da conferência apresentada no 12º Simpósio GAPE de Recursos Humanos em Recife/PE, abril de 1992. A autora discute a desconstrução no campo dos Recursos Humanos a partir da constatação da falência do modelo paradigmático em vigor, ou seja, do modo como até agora se concebeu e se operou a

área das relações de trabalho. Propõe a hipótese de que o esgotamento desse modelo vem dando passagem a outros paradigmas em construção.

36. PLENÁRIO DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1990. In: *Saúde mental e cidadania*, São Paulo: Edições Mandacaru, 2ª edição. Trata-se de uma coletânea dos trabalhos apresentados no II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo. Reúne artigos de Regina Giffoni Marsiglia, Dalmo de Abreu Dallari, Jurandir Freire Costa, Francisco Drumond Marcondes de Moura Neto, Roberto Tykanori Kinoshita e Antonio Lancetti.
37. RIBAS, João Carvalho, 1983. O hospital psiquiátrico e a psiquiatria de comunidade. In: *Psiquiatria em Revista*, 2(1): 03-05, Rio de Janeiro. Relatório oficial do Seminário Nacional de Assistência Médico Hospitalar realizado em Ouro Preto. O texto fala basicamente sobre a reforma da assistência aos doentes mentais em função da Psiquiatria de Comunidade. Defende a criação de ambulatórios comunitários de saúde mental, onde o psiquiatra assessorado de uma equipe paramédica, propõe-se a promover a prevenção primária, prevenção secundária e a prevenção terciária, esta para os pacientes mais graves e crônicos. O autor critica ainda o 'sensacionalismo da Antipsiquiatria' e defende que 'a loucura existe inexoravelmente como doença embora suscetível de ser encarada em função de múltiplas concepções'.
38. RODRIGUES FILHO, Salomão, 1992. Conferência Nacional de Saúde Mental, 2ª Brasília. A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. Ministério da Saúde, p. 96-106. *Saúde mental e cidadania : necessidade de uma nova legislação*. Discute o projeto que propõe a extinção progressiva dos manicômios, sua substituição por outros recursos assistenciais e a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória.
39. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO DE JANEIRO/PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL, 1987. *Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro - Convite aos participantes*. Rio de Janeiro, mimeo. Documento informativo da comissão organizadora da 1ª Conferência Estadual de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, solicitando ainda indicações para participantes das diversas instituições e entidades.
40. TOMASINI, Mário; SILVA, João Ferreira da, 1991. Encontro "Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde", Santos. Maria Eunice Xavier Kalil, org. *Saúde Mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde*. Anais. São Paulo, HUCITEC, 1992 – p.81-7. *Ação intersectorial : o papel do SILOS na estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde mental*. Discorre sobre a participação popular na construção dos serviços de saúde, em particular na renovação das culturas dos serviços, na cidade de Parma, Itália. O "Castelo do Direito de Todos" é um projeto sobre convivência da diversidade com a normalidade, pois, neste lugar, deverão viver e trabalhar jovens com problemas psiquiátricos, toxicômanos, presos, trabalhadores e intelectuais, que deverão coabitar em cooperativas sociais. O problema dos anciãos também é abordado, bem como o problema de internação do doente mental e seu isolamento.
41. VASCONCELOS, Eduardo Mourão, 1992. Conferência Nacional de Saúde Mental, 2ª Brasília.

A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. Ministério da Saúde, p. 107-114.

Avaliação dos avanços recentes em legislação psiquiátrica no plano internacional : uma contribuição ao debate sobre a reforma da lei psiquiátrica no Brasil. Contribuição ao atual debate sobre a reforma da lei psiquiátrica no Brasil, como um esforço de sistematização das principais mudanças na legislação psiquiátrica no plano internacional, tanto nas questões administrativas como nas estruturas de serviços, admissão e procedimentos hospitalares, e nas salvaguardas legais dos usuários dos serviços psiquiátricos. Dadas as condições específicas neste campo e a complexidade do assunto, é necessário expandir a discussão por todos os interessados.

QUADROS

Índice de Quadros

Quadro I - Classificação e análise das Teses

Quadro II - Classificação e análise das Dissertações

Quadro III - Classificação e análise dos Artigos de Revistas Científicas

Quadro IV - Classificação e análise dos Relatórios Oficiais

Quadro V - Classificação e análise dos Relatórios de Legislação e Orientações - ROII

Quadro VI - Classificação e análise dos relatórios de Associações e Anais de Eventos

Quadro VII - Vide Corpo do Texto pg, 83

Quadro VIII -Vide Corpo do Texto pg, 85

Quadro IX - Percentual de presença das Temáticas nos Artigos de Revistas, Relatórios Oficiais de Associações e Anais de Eventos

Quadro X - Documentos por categorias de Classificação – Ano de Publicação

Quadro XI - Documentos por categorias de Classificação Meios de Publicação

Quadro XII - Documentos por categorias de Classificação - Instituição

Quadro XIII - Documentos por categorias de Classificação – Área

Quadro XIV - Documentos por categorias de Classificação – Natureza do Documento

Quadro I - Classificação e Análise das Teses de Doutorado em Saúde Mental

Ano	Autor	Metodologia	Téc. Investigação	Base Teórica	Sujeito	Tip. Trabalho	Publicação	Instituição	Área/Depo	Local	Nat. do Docum	Tip. Atividade	Temática Abordada
1990	ALENCASTRE, Márcia Buchi, 1	Q / Ac	Tcd / Tad	Fenomenol	Eq	T	AC	USP	ENFERM	Rib Preto SP	An	Adp	RS / CT / RIP / RT / IP
1999	AMARAL, Alete Maria Moreira do, 2	Q			Eq	T	AC	UFRJ	ENFERM	R J	T	Cd / Se	RS / CT / CDH / RSM / BTI / MA
	AMARAL, Alete Maria Moreira do, 2	Ac				T					Hs	Cd / Se	
	AMARAL, Alete Maria Moreira do, 2					T					An	Cd / Se	
1994	AMARAL, Alete Maria Moreira do, 2	Q / Ac	Tad	Sociol.	Si / In	T	AC	FIOCRUZ	ENSP	R J	Ep	Cs	RSM / BTI / CC / IP / SM
1998	BARROS, Denise Dias, 4	Q / Adi	Tcd	Sociol.	Cl	T	AC	USP	CS SOC.	S P.	El	Os	RS / PM / CDH / CC / LO / RIP / RP / RPF
	BARROS, Denise Dias, 4	Q / Adi	Tcd	Sociol.	Cl	T					An	Os	
1995	BASTOS, Francisco Inácio Pinhusfeld Montolio, 5	Q / Ac / Qi / Ep	Tcd	Socio Cultural	Cl / Pc	T	AC	FIOCRUZ	ENSP	R J	Ep	Cd	RS / DA
1993	BOARINI, Maria Lúcia, 6	Q / Adi	Tcd	Psicologia Social	Pc / Fa / Eq	T	AC	USP	PSICOLOGIA	S P.	AN	Cd / Se	RS / PM / EI
1995	BRASIL, Marco Antonio Alves, 7	Q / Ep	Tcd	Psicologia Social	Pc / Cl	T	AC	UFRJ	PSIQUIATRIA	R J.	Ec	Cd / Da	RS / PM / MA / NA
	BRASIL, Marco Antonio Alves, 7	Q / Ep	Tcd	Psicologia Social	Pc / Cl	T					An		
2000	CABREIRA, Catharina Camas, 8	Q / Adi / Qi / Ep	Tcd	Socio Cultural	Eq / In	T	AC	USP	MEDICINA	Rib Preto SP	An	Cd / Se / Ads	RSM / A / BTI / G / MA
2000	CAMPOS, Flórida Coelho Braga, 9	Q		Sociologia	Si / In	T	AC	UNICAMP	PSICOLOGIA	Campinas SP	CRT	Cd / Se / Ads	RSM / A / BTI / PP / NA
	CAMPOS, Flórida Coelho Braga, 9	Q		Sociologia	Si / In	T					An	Cd / Se / Ads	
1993	CIAMPONE, Maria Helena Trench, 10	Q / Adi		Psicanálise	Pc	T	AC	USP	PSICOLOGIA	S P.	An	Cd / Adp	RS / PM / CT
1998	CORREIA, Maria Rita Almeida, 11	Q		Psicosocial	Eq	T	AC	UNICAMP	Saúde Mental	Campinas SP	CRT	Cd	MGP / MA / NA
	CORREIA, Maria Rita Almeida, 11	Q		Psicosocial	Pc	T					An	Cd	
1996	COSTA, Marisa Pacini, 12	Q	Tad	Materialismo Dialético	Pa / Fa	T	AC	USP	MEDICINA	Rib Preto SP	An	Cd / Se	RS / RB / CDH
	COSTA, Marisa Pacini, 12	Q	Tad	Materialismo Dialético	Pa / Fa	T					Hs	Cd / Se	
1992	DELGADO, Pedro Gabriel Godinho, 13	Q / Adi			In	T	AC	USP	MEDICINA	S P.	CRT	Ads	RS / CDH / ED / AL / MA
	DELGADO, Pedro Gabriel Godinho, 13	Q / Adi			In	T					An	Ads	
1985	DUARTE, Luiz Fernando Dias, 14	Q		Socio Histórica	Pc	T	AC	UFRJ	Museu Nac.	R J	El	Cs / Da	RS / PM / EM / ED
	DUARTE, Luiz Fernando Dias, 14	Q		Socio Histórica	Pc	T					An	Cs / Da	
1995	ENGEL, Magali Gouveia, 15	Q			Pc / Cl	T	AC	UNICAMP	FILOS.	Campinas SP	Hs	Cs	RS / PM / LO / SM
	ENGEL, Magali Gouveia, 15	Q			Pc / Cl	T					An	Cs	
1996	FERREIRA, Ademir Pacelli, 16	Q / Adi		Socio Cultural	Pc	T	AC	PUC - RIO	PSICOLOGIA	R J.	El	Cd	RS / EM / RB / CDH
	FERREIRA, Ademir Pacelli, 16	Q / Adi		Socio Cultural	Pc	T					An	Cd	
1996	FIGUEREDO, Gabriel, 17	Q / Adi		Socio Cultural	In	T	AC	UNIFESP	MEDICINA	S P.	Hs	Cs	CC / IP / LO / SM
	FIGUEREDO, Gabriel, 17	Q / Adi		Socio Cultural	In	T					An	Cs	
1992	FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira, 18	Q / Ac / Ad	Tcd	Socio Histórica	Eq	T	AC	USP	ENFERM	Rib Preto SP	Hs	Adp	RS / CT / AL / MA
	FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira, 18	Q / Ac / Ad	Tcd	Socio Histórica	Eq	T					An	Adp	
1998	GOLDBERG, Jairo Idel, 19	Q / Adi	Tcd	Psiqu. Soc.	Pc / In	T	AC	USP	MEDICINA	S P.	CRT	Cd	RS / RB / AL / PM / NA
	GOLDBERG, Jairo Idel, 19	Q / Adi	Tcd	Psiqu. Soc.	Pc / In	T					An	Cd	
1998	KANTORSKI, Luciane Prado, 20	Q		Marxismo Gramsci	Eq	T	AC	USP	ENFERM	Rib Preto SP	An	Em	FP / C / MC / RSM / G
1995	KEUSEN, Alexandre Lins, 21	Q / Ep		Socio Cultural	Pc / Cl / Fa	T	AC	UFRJ	PSIQUIATRIA	R J	Ec		RSM / BTI / MA / NA / ALJ
	KEUSEN, Alexandre Lins, 21	Q / Ep		Socio Cultural	Pc / Cl / Fa	T					An		
	KEUSEN, Alexandre Lins, 21	Q / Ep		Socio Cultural	Pc / Cl / Fa	T					Hs		
2000	KINOSHITA, Roberto Tyanori, 22	Q				T	AC	UNICAMP	Saúde Coletiva	Campinas SP	Bl	Cs	RS / PM / EM / CC / RSM / BTI
	KINOSHITA, Roberto Tyanori, 22	Q				T					An	Cs	
1994	KIRSCHBAUM, Débora Isane Ralner, 23	Q / Adi	Tcd		Eq	T	AC	UNICAMP	MEDICINA	Campinas SP	Hs	Cd	RS / CT
1995	LANCMAN, Selma, 24	Q			In	T	AC	UNICAMP	MEDICINA	Campinas SP	Ec	Ads	EI
1995	MACHADO, Maria Christina Loussada, 25	Q / Adi	Tcd / Tad		Pc / In	T	AC	USP	PSICOLOGIA	S P.	C	Da	RS / PM / EM / CC / LO / DM

Ano	Autor	Metodologia	Téc. Investigação	Base Teórica	Suporte	Tip. Trabalho	Publicação	Instituição	Área/Deplo	Local	Nat. do Docum	Tip. Ativ. Abordada	Temática Abordada
1999	MACHADO, Maria Christina Lousada, 25	Q / Adl	Tod / Tad		Pc / In	T	AC	UNICAMP	MEDICINA	S.P.	An	Da	RS / PM / CC / LO / DM
	MACIEL, Rubens Romano, 26	Q / Adl									CRT	Cs	RS / PM / CC / LO / DM
2000	MÁNGIA, Elisabete Ferreira, 27	Q / Ac	Tod	Foucault e Castel	In / Si	T	AC	USP	FILOS	S.P.	CRT	Cd / Se	RS / PM / CC / LO / DM
	MÁNGIA, Elisabete Ferreira, 27	Q / Ac	Tod	Foucault e Castel	In / Si						An	Cd / Se	RS / PM / CC / LO / DM
1994	MEDEIROS, Maria Heloisa da Rocha, 28	Q			Pc / Eq	T	AC	UNICAMP	PSIQUIATRIA	S.P.	CRT	Cd / Se	RS / PM / CC / LO / DM
1999	MEDEIROS, Tácio Augusto, 29	Q / Ac / QT / Ep		Sociologia	Pc / In	T	AC	UFRJ	PSIQUIATRIA	R.J.	Hs	Cd / Se	RS / PM / CC / LO / DM
1993	MEDEIROS, Tácio Augusto, 29	Q / Ac / QT / Ep		Sociologia	Pc / In	T	AC	UFRJ	PSIQUIATRIA	R.J.	Hs	Cd / Se	RS / PM / CC / LO / DM
1993	NOGUEIRA, Alexandre Barbosa, 30	Q / Ac	Tod	Socio Política	Pc / In	T	AC	USP	PSIQUIATRIA	R.J.	Hs	Cd / Se / Ads	RS / PM / CC / LO / DM
1998	OLIVER, Fátima Corrêa, 31	Q / Adl / Adl / Ql / Ep	Tod		Pc / Cl	T	AC	USP	Saúde Pública	S.P.	Ep	Cd / Hs	RS / PM / CC / LO / DM
	OLIVER, Fátima Corrêa, 31	Q / Adl / Adl / Ql / Ep	Tod		Pc / Cl						Hs	Cd / Hs	RS / PM / CC / LO / DM
1998	PAULIN, Luiz Fernando Ribeiro da Silva, 32	Q / Adl		Psic Social	In / Si	T	AC	UNICAMP	MEDICINA	Campinas SP	Hs	Cd / Se / Ads	RS / PM / CC / LO / DM
1989	PITTA, Ana Maria Fernandes, 33	Q / A / QT / Ee	Tod		Eq / Si / In	T	AC	USP	MEDICINA	S.P.	Ep	Cd / Se	RS / PM / CC / LO / DM
	PITTA, Ana Maria Fernandes, 33	Q / A / QT / Ee	Tod		Eq / Si / In						An	Cd / Se	RS / PM / CC / LO / DM
1996	POMPEI, Maria Sálvia, 34	Q / Adl			Pc	T	AC	USP	Saúde Pública	S.P.	Ep	Cd / Se	RS / PM / CC / LO / DM
1990	PORTOCARRERO, Vera Maria, 35	Q		A. Sociais		T	AC	UFRJ	FILOS	R.J.	T	Cs	CC / SM / IP / PP / EI
	PORTOCARRERO, Vera Maria, 35	Q		A. Sociais							C	Cs	CC / SM / IP / PP / EI
	PORTOCARRERO, Vera Maria, 35	Q		A. Sociais							An	Cs	CC / SM / IP / PP / EI
1993	RODRIGUES, Antonia Regina Furegato, 36	Q		Socio Cultural	Pc / Eq	T	AC	USP	ENFERM	Rib Preto SP	T	Cn / Cd	RIP / RP / SO / RS / CT
	RODRIGUES, Antonia Regina Furegato, 36	Q		Socio Cultural	Pc / Eq						An	Cn / Cd	RIP / RP / SO / RS / CT
1994	SAEKI, Toyoko, 37	Q			Eq	T	AC	USP	ENFERM	Rib Preto SP	Ec	Ads / Adp	RS / CT / GC / MC
	SAEKI, Toyoko, 37	Q			Eq						An	Ads / Adp	RS / CT / GC / MC
1992	SAMPAIO, José Jackson Coelho, 38	Q				T	AC	USP	MEDICINA	Rib Preto SP	Ep	Cs	CC / SM / DM
	SAMPAIO, José Jackson Coelho, 38	Q									Hs	Cs	CC / SM / DM
1991	SCATENA, Maria Cecília Moraes, 39	Q / Adl	Tod		Pc	T	AC	USP	ENFERM	Rib Preto SP	An	En / Cd	RS / EM / PM
1988	SOUZA, Ivanildo Cortez de, 40	Q / Adl	Tod	Socio Político	Cl	T	AC	USP	MEDICINA	Rib Preto SP	T	Cs	CC / SM / DM
	SOUZA, Ivanildo Cortez de, 40	Q / Adl	Tod	Socio Político	Cl						C	Cs	CC / SM / DM
1988	TEIXEIRA, Marina Borges, 41	Q / Adl			Eq	T	AC	USP	PSICOLOGIA	S.P.	T	En	CC / SM / RS / RIP / IP / CT / CT / FP
	TEIXEIRA, Marina Borges, 41	Q / Adl			Eq						C	En	CC / SM / RS / RIP / IP / CT / CT / FP
	TEIXEIRA, Marina Borges, 41	Q / Adl			Eq						An	En	CC / SM / RS / RIP / IP / CT / CT / FP
1986	TSU, Tânia Maria José Aiello, 42	Q / Adl	Tod		Pc / Fa / In	T	AC	USP	PSICOLOGIA	S.P.	An		RIP / RP / MGP / AQ
1992	VILLELA, Wilza Vieira, 43	Q / Ep			Pc	T	AC	USP	MEDICINA	S.P.	Ec	Cd / Da / Se	RS / AL / PM / CDH
	VILLELA, Wilza Vieira, 43	Q / Ep			Pc						Ep	Cd / Da / Se	RS / AL / PM / CDH

Quadro II - Classificação e Análise das Dissertações em Saúde Mental

Ano	Autor	Temática Abord.	Tipo Trabalho	Publicação	Instituição	Área/Deplo	Local	Nat. do Docum
2000	ABOUD, Ana Claudia S. Vasquez, 1	RS / EM	D	AC	UERJ	MED. SOC.	R.J.	An
1998	ABRANCHES, Cecy Dunshee de, 2	FP / SO / RS / CT	D	AC	FIOCRUZ	ENSP	R.J.	Ec
	ABRANCHES, Cecy Dunshee de, 2							An
1996	ALMEIDA, Roberto Santoro Pires de Carvalho, 3	RSM / A / P	D	AC	UERJ	PSIQUIATRIA	R.J.	Ec
1982	AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho, 4	RSM / H / L	D	AC	UERJ	MED. SOC.	R.J.	Hs
	AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho, 4							An
1997	AMORIM, Anibal Coelho de, 5	CC / DM	D	AC	UERJ	PSIQUIATRIA	R.J.	T
	AMORIM, Anibal Coelho de, 5							CRT
1992	ANDRADE, Marcia Schmidt, 7	RSM / BTI	D	AC	UERJ	MED. SOC.	R.J.	Ec
	ANDRADE, Marcia Schmidt, 7							T
1989	ARCARO, Nicolau Tadeu, 6	RS / PM	D	AC	USP	PSIQUIATRIA	S.P.	Ec
	ARCARO, Nicolau Tadeu, 6							Ep
1992	BALDI, Vivian Melhado, 8	RS / CT	D	AC	USP	ENFERM.	S.P.	Ec
	BALDI, Vivian Melhado, 8							An
1992	BARBOSA, João Ilo Coelho, 9	RS / PM	D	AC	USP	PSIQUIATRIA	S.P.	Ep
1989	BARCELLOS, Daisy Macedo de, 10	MGP / PP / RIP	D	AC	UFRGS	ARQUIT	R.G.S	Ec
	BARCELLOS, Daisy Macedo de, 10							CRT
1998	BARRETO, Jubel, 11	MGP / MA	D	AC	UERJ	MED. SOC.	R.J.	T
	BARRETO, Jubel, 11							CRT
1990	BARROS, Denise Dias, 12	RSM / H / BTI / ALJ	D	AC	PUC - SP	CS SOC.	S.P.	Ec
	BARROS, Denise Dias, 12							T
1999	BENTES, Ana Lucia Seabra, 13	MGP / MA / PP	D	AC	FIOCRUZ	ENSP	R.J.	Ec
	BENTES, Ana Lucia Seabra, 13							Ep
	BENTES, Ana Lucia Seabra, 13							CRT
1993	BRAGA, Violante Augusta Batista 14	FP / GC / CC	D	AC	USP	ENFERM.	Rib Preto SP	Ec
	BRAGA, Violante Augusta Batista 14							An
	BRAGA, Violante Augusta Batista 14							C
1982	BRASIL, Marco Antonio Alves 15	MGP / MA / FP / MC	D	AC	UFRJ	PSIQUIATRIA	R.J.	Bi

Ano	Autor	Temática Abord.	Tipo Trabalho	Publicação	Instituição	Área/Deplo	Local	Nat. do Docum
	BRASIL, Marco Antonio Alves 15							CRT
1994	BRAZ, Marlene, 16	FP / MC	D	AC	FIOCRUZ	INST.F. Figueira	R.J.	Hs
	BRAZ, Marlene, 16							T
	BRAZ, Marlene, 16							An
1997	CAETANO, Gustavo A P B Vieira 17	MGP / AQ / NA	D	AC	FIOCRUZ	ENSP	R.J.	Ep
1993	CALACHE, Ivanhoê, 18	RS / EM	D	AC	USP	ENFERM	Rib, Preto SP	An
	CALACHE, Ivanhoê, 18							Ep
2000	CAMMAROTA, Fabio Cidreira 19	MGP / MA / AQ / RS / PM	D	AC	UFBa	Saude Coletiva	Salvador Ba	Ec
	CAMMAROTA, Fabio Cidreira 19							An
1998	CAMPOS, Célia Maria Sivalli 20	MGP / AQ / PP	D	AC	USP	ENFERM	S.P.	CRT
	CAMPOS, Célia Maria Sivalli 20							An
1988	CAMPOS, Florianita Coelho Braga 21	MGP / AQ	D	AC	PUC - SP	Psic. Soc.	S.P.	Ec
	CAMPOS, Florianita Coelho Braga 21							An
1988	CAMPOY, Marcos Antonio 22	MGP / AQ / MA / NA	D	AC	UNIFESP	MEDICINA	S.P.	Ec
	CAMPOY, Marcos Antonio 22							Ep
1987	CARRARA, Sérgio Luiz 23	RS / DS / PM	D	AC	UFRJ	Museu Nac.	R.J.	Hs
	CARRARA, Sérgio Luiz 23							Ec
	CARRARA, Sérgio Luiz 23							An
1997	CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de, 24	CC / SM / SO	D	AC	FIOCRUZ	ENSP	R.J.	T
	CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de, 24							Hs
	CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de, 24							C
1999	CASTRO, Rosiani de Cassia Boamorte Ribeiro de, 25	RIP / RP / RS	D	AC	USP	ENFERM.	S.P.	An
1992	CAVALCANTI, Maria Tavares, 26	RSM / BTI	D	AC	UFRJ	PSIQUIATRIA	R.J.	Ec
	CAVALCANTI, Maria Tavares, 26							An
	CAVALCANTI, Maria Tavares, 26							C
1986	CHARAM, Isaac, 27	RS / CDH / AL / ALJ / PP	D	AC	UFRJ	PSIQUIATRIA	R.J.	Hs
	CHARAM, Isaac, 27							CRT
1994	COLVERO, Luciana de Almeida 28	RI / IP / PT / FO	D	AC	USP	ENFERM	S.P.	Ec
	COLVERO, Luciana de Almeida 28							An

Ano	Autor	Temática Abord.	Tipo Trabalho	Publicação	Instituição	Área/Deplo	Local	Nat. do Docum
1997	COSTA, Maria Henriqueta Camarotti 29	MGP / MA / RI / RP / RPF	D	AC	UNB	PSQUIATRIA	Brasília D.F.	Ec
	COSTA, Maria Henriqueta Camarotti 29							Ep
	COSTA, Maria Henriqueta Camarotti 29							CRT
1991	COSTA, Marisa Pacini, 30	PM / EP	D	AC	USP	MEDICINA	Rib.Preto SP	Ep
	COSTA, Marisa Pacini, 30							CRT
1987	COUTINHO, Evandro da Silva Freire 31	RS / PM / CC / DM	D	AC	FIOCRUZ	ENSP	R.J.	Ep
	COUTINHO, Evandro da Silva Freire 31							An
	COUTINHO, Evandro da Silva Freire 31							C
1992	CRISPIM, Mario Antonio, 32	RIP / RPF	D	AC	UNB	PSQUIATRIA	Brasília D.F.	Ep
	CRISPIM, Mario Antonio, 32							An
1983	DELGADO, Pedro Gabriel Godinho 33	EI / RS / CT / AL	D	AC	UFRJ	PSQUIATRIA	R.J.	Ep
	DELGADO, Pedro Gabriel Godinho 33							CRT
	DELGADO, Pedro Gabriel Godinho 33							An
1997	FRAGA, Ana Paula Vieira, 34	RI / RP / CC / RS / CT	D	AC	UNB	PSQUIATRIA	Brasília D.F.	Ep
	FRAGA, Ana Paula Vieira, 34							An
	FRAGA, Ana Paula Vieira, 34							C
1979	FROTA, Leopoldo Hugo, 35	MGP / AQ / NA / PP / RT	D	AC	UFRJ	PSQUIATRIA	R.J.	An
	FROTA, Leopoldo Hugo, 35							CRT
1998	GATTO, Clarice, 36	EI / SO	D	AC	FIOCRUZ	ENSP	R.J.	An
1992	GERALDES, Paulo Cesar, 37	RSM / MGP / PP	D	AC	FIOCRUZ	ENSP	R.J.	Hs
	GERALDES, Paulo Cesar, 37							An
1989	GIORDANO JUNIOR, Sylvio 38	MGP / PP	D	AC	USP	MEDICINA	S.P.	Ec
	GIORDANO JUNIOR, Sylvio 38							Hs
1994	GODOI, Alcinda Maria Machado, 39	RS / DS / AL	D	AC	USP	MEDICINA	S.P.	Ep
	GODOI, Alcinda Maria Machado, 39							An
1992	GOLDBERG, Jairo Idel, 40	RSM / ABTI / MGP / MA	D	AC	USP	MEDICINA	S.P.	Ec
1993	GOMES, Maria Paula Cerqueira 41	RSM / A	D	AC	UERJ	MED. SOC.	R.J.	Ec
	GOMES, Maria Paula Cerqueira 41							CRT
	GOMES, Maria Paula Cerqueira 41							An
S/DATE	GOULART, Benedito Donizeti 42	RS / PM / CC / LO / MA	D	AC	PUCAMP	FILOS.	Campinas SP	T

Ano	Autor	Temática Abord.	Tipo Trabalho	Publicação	Instituição	Área/Depto	Local	Nat. do Docum
1988	GOULART, Benedito Donizeti 42	RSM / A / RS / CDH	D	AC	PUC - RIO	PSICOLOGIA	R. J.	An
	GUIMARAES, Cristiane de Carvalho, 43							Ec
	GUIMARAES, Cristiane de Carvalho, 43							An
	GUIMARAES, Cristiane de Carvalho, 43						Florianópolis SC	Bi
2000	HIRDES, Alice, 44	RS / CDH / MA / RPF	D	AC	UFSC	PSIQUIATRIA		Ec
	HIRDES, Alice, 44							An
1982	JACOBINA, Ronaldo Ribeiro, 45	RS / CDH / RSM / AI	D	AC	UFBa	MEDICINA	Salvador Ba	Hs
	JACOBINA, Ronaldo Ribeiro, 45							An
	JACOBINA, Ronaldo Ribeiro, 45							Ec
1988	LANCMAN, Selma 46	RS / PM / RSM / H / A / PP	D	AC	UFBa	MEDICINA	Salvador Ba	An
	LANCMAN, Selma 46							Ec
1993	LIMA, Lucia Abelha, 47	RS / DS / CDH / MGP / MA / PP	D	AC	FIOCRUZ	ENSP	R. J.	Ec
	LIMA, Lucia Abelha, 47							Ep
1987	LOUGON, Mauricio, 48	DSM	D	AC	UFRJ	Museu Nac.	R. J.	Ec
	LOUGON, Mauricio, 48							Hs
1993	LOVISI, Giovanni Marcos, 49	RS / ED / RIP / RPF	D	AC	FIOCRUZ	ENSP	R. J.	Ep
	LOVISI, Giovanni Marcos, 49							CRT
1981	MACEDO, Mauricio Roberto Campelo 50	MGP / PP / RSM / G	D	AC	UERJ	MED SOC.	R. J.	Hs
1999	MACIEL, Laurinda Rosa, 51	CC / IP / MGP / MA / PP	D	AC	UFF	HISTÓRIA	Niterói R. J.	Ec
	MACIEL, Laurinda Rosa, 51							Hs
	MACIEL, Laurinda Rosa, 51							An
1984	MARANHÃO, Rosa Maria Carvalhal Silva, 52	RS / IMP / CDH	D	AC	PUC - RIO	PSICOLOGIA	R. J.	Ep
1997	MEDEIROS, Ana Paula Roland Rocha, 53	RS / PM / RIP / RPF	D	AC	PUC - SP	Psic Soc.	S. P.	An
1977	MEDEIROS, Tácito Augusto, 54	RSM / G / MGP / PP	D	AC	UFRJ	PSIQUIATRIA	R. J.	Hs
S/IDATA	MELLO, Rosâne, 55	RTP / RP / RT / FP / C / SO	D	AC	UFRJ	ENFERM	R. J.	Ec
	MELLO, Rosâne, 55							An
1998	MELMAN, Jonas, 56	RIP / RP / RPRO / RDF	D	AC	USP	MEDICINA	S. P.	An
1993	MIRON, Vera Lúcia, 57	RIP / RT / FP / C / SO	D	AC	USP	ENFERM.	S. P.	Ec
1996	MONTEIRO, Ana Ruth Macedo, 58	RIP / RDF / RS / PM	D	AC	UFCE	ENFERM.	Ceará	An

Ano	Autor	Temática Abord.	Tipo Trabalho	Publicação	Instituição	Área/Deplo	Local	Nat. do Docum
1980	MOREIRA FILHO, Alonso Augusto, 59	MA / NA	D	AC	UFRJ	PSIQUIATRIA	R. J.	T
	MOREIRA FILHO, Alonso Augusto, 59	MA / NA						
1995	MORENO, Vania, 60	RS / RSM / SO / BTI	D	AC	EERP	ENF. PSIQ.	Rib. Preto SP	C
	MORENO, Vania, 60	RS / RSM / SO / BTI						
1998	MULLER, Tania Mara Pedrosa, 61	EI / MA / NA	D	AC	UERJ	FEEESPECIAL	R. J.	Hs
	MULLER, Tania Mara Pedrosa, 61	EI / MA / NA						
1991	MUZA, Gilson Maestri, 62	RS / DA / AL / RIP / RPF	D	AC	USP	MEDICINA	Rib. Preto SP	An
	MUZA, Gilson Maestri, 62	RS / DA / AL / RIP / RPF						
1994	NICÁCIO, Maria Fernanda de Sílvia, 63	RSM / BTI / MA / RS / CDH	D	AC	PUC - SP	CS SOC.	S. P.	An
	NICÁCIO, Maria Fernanda de Sílvia, 63	RSM / BTI / MA / RS / CDH						
	NICÁCIO, Maria Fernanda de Sílvia, 63	RSM / BTI / MA / RS / CDH						
1992	OGATA, Márcia Niltuma, 64	RS / CT / CC / IP	D	AC	USP	ENFERM.	Rib. Preto SP	Hs
	OGATA, Márcia Niltuma, 64	RS / CT / CC / IP						
	OGATA, Márcia Niltuma, 64	RS / CT / CC / IP						
1998	OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro, 65	RS / PM / CC / LO / IP	D	AC	UFMT		Cuiabá	Ec
	OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro, 65	RS / PM / CC / LO / IP						
1996	OLIVEIRA, Maria Luisa de, 66	RS / CDH / AL / DA	D	AC	USP	MEDICINA	Rib. Preto SP	An
	OLIVEIRA, Maria Luisa de, 66	RS / CDH / AL / DA						
1998	ONOCKO, Rosana Teresa, 67	RSM / P / CC / EI	D	AC	UNICAMP	MEDICINA	Campinas SP	Ec
	ONOCKO, Rosana Teresa, 67	RSM / P / CC / EI						
1994	PALMEIRA, Guido Antonio E S, 68	RS / PM	D	AC	FIOCRUZ	ENSP	R. J.	An
	PALMEIRA, Guido Antonio E S, 68	RS / PM						
1984	PASSOS, Marci Dória, 69	MA / FP / MC	D	AC	PUC - RIO	PSIQUIATRIA	R. J.	Bi
	PASSOS, Marci Dória, 69	MA / FP / MC						
1997	PEREIRA, Rosemary Correa, 70	RS / PM / RSM / BTI / MA / INA	D	AC	FIOCRUZ	ENSP	R. J.	CRT
	PEREIRA, Rosemary Correa, 70	RS / PM / RSM / BTI / MA / INA						
1997	PERES, Maria Fernanda Tourinho, 71	EI / ALJ / PP	D	AC	UFBa	CS SOC.	Salvador Ba	An
1984	PITTA, Ana Maria Fernandes, 72	RSM / G / H / BTI	D	AC	USP	MED. PREV.	S. P.	An
1989	POLEZI, Maria do Carmo, 73	MGP / MA / NA / PP	D	AC	USP	MEDICINA	Rib. Preto SP	Ep
1999	PONTE, Carlos Fidelis, 74	FC / C / MC	D	AC	FIOCRUZ	ENSP	R. J.	Hs

Ano	Autor	Temática Abord.	Tipo Trabalho	Publicação	Instituição	Área/Deplo	Local	Nat. do Docum
	PONTE, Carlos Fidelis, 74	FC / C / MC						An
	PONTE, Carlos Fidelis, 74	FC / C / MC						T
1980	PORTOCARRERO, Vera Maria, 75	RS / PM / DS / MA / CC / LO / IP	D	AC	PUC - RIO	FILOS.	R. J.	An
	PORTOCARRERO, Vera Maria, 75	RS / PM / DS / MA / CC / LO / IP						Hs
1992	REGO, Marisa Palacios da Cunha e Melo de Almeida, 76	RS / CI / SO / IP	D	AC	UERJ	MED. SOC.	R. J.	CRT
1994	REIS, José Roberto Franco, 77	RS / DS / AL	D	AC	UNICAMP	FILOS.	Campinas SP	An
1996	REIS, Valéria Lagrange Moulinhos dos, 78	RSM / H / A / BTI	D	AC	FIOCRUZ	ENSP	R. J.	An
1986	RIBEIRO, Lizele Castanho, 79	MGP / AQ / MA / PP	D	AC	USP	Saude Pública	S. P.	Hs
S/DATA	ROCHA, Roberta dos Santos, 80	MA / NA	D	AC	PUC - RIO	PSICOLOGIA	R. J.	Hs
	ROCHA, Roberta dos Santos, 80	MA / NA						An
1996	RODRIGUES, Mavi Pacheco, 81	RS / PM / CC / LO	D	AC	UFRJ	SERV. SOC.	R. J.	T
	RODRIGUES, Mavi Pacheco, 81	RS / PM / CC / LO						An
1995	SALVADOR, Ajax Pérez, 82	RSM / G / BTI / PP / AQ	D	AC	USP	Saude Pública	S. P.	T
	SALVADOR, Ajax Pérez, 82	RSM / G / BTI / PP / AQ						CRT
1988	SAMPAIO, José Jackson Coelho, 83	RSM / A / NA / CC / IP	D	AC	UERJ	MED. SOC.	R. J.	T
	SAMPAIO, José Jackson Coelho, 83	RSM / A / NA / CC / IP						An
1997	SANTOS, Antonio, Weimar Gomes dos, 84	RSM / P / A / G	D	AC	UECE	Saude Pública	Fortaleza Ce	An
	SANTOS, Antonio, Weimar Gomes dos, 84	RSM / P / A / G						CRT
1994	SANTOS, Edna Maria, 85	MGP / MA / FP / C	D	AC	USP	FAC. EDUCA.	S. P.	Ec
	SANTOS, Edna Maria, 85	MGP / MA / FP / C						An
1984	SANTOS, Nancy Ramaciotti de Oliveira, 86	RS / PM / CC / DM	D	AC	PUC - SP	PSICOLOGIA	S. P.	Ep
	SANTOS, Nancy Ramaciotti de Oliveira, 86	RS / PM / CC / DM						An
1992	SANTOS, Nelson Alfonso Garcia, 87	RS / PM / CC / DM / PP	D	AC	UFSC	CS SOC.	Florianópolis SC	Hs
	SANTOS, Nelson Alfonso Garcia, 87	RS / PM / CC / DM / PP						An
1998	SCARCELLI, Ianni Régia, 88	FP / C / GC / MC / RIP / RP	D	AC	USP	PSICOLOGIA	S. P.	An
1990	SCAZUFCA, Marcia, 89	RS / MA	D	AC	USP	PSICOLOGIA	S. P.	Ep
1986	SCHIAVON, João Perci, 90	MGP / MA / AQ / PP / IP	D	AC	USP	PSICOLOGIA	S. P.	An
	SCHIAVON, João Perci, 90	MGP / MA / AQ / PP / IP						CRT
2000	SILVA, Ana Carla Souza Silveira da, 91	RSM / G / BTI / PP	D	AC	PUC - RIO	PSICOLOGIA	R. J.	An

Ano	Autor	Temática Abord.	Tipo Trabalho	Publicação	Instituição	Área/Deplo	Local	Nat. do Docum
1997	SILVA, Ana Luisa Aranha e, 92	RS / CT / CDH / RSM / ALJ / BTI	D	AC	USP	ENFERM.	S. P.	An
1994	SILVA, Cláudia Osório, 93	RS / CT / FP / SO	D	AC	FIOCRUZ	ENSP	R. J.	An
	SILVA, Cláudia Osório, 93	RS / CT / FP / SO						CRT
2000	SILVA, Cristina Aparecida, 94	RS / PM / CC / IP / MA / NA	D	AC	USP	PSIC. EDUC.	Rib. Preto SP	Hs
	SILVA, Cristina Aparecida, 94	RS / PM / CC / IP / MA / NA						An
1991	SILVA, Maria Concepción Pezo, 95	FP / C / GC / MC	D	AC	USP	ENFERM.	S. P.	Ep
1988	SILVA, Thereza, Maria Galvão, 96	RIP / RPF / RS / PM	D	AC	PUC - RIO	PSICOLOGIA	R. J.	An
1997	SOALHEIRO, Nina, 97	RSM / A / BTI / G	D	AC	FIOCRUZ	ENSP	R. J.	T
	SOALHEIRO, Nina, 97	RSM / A / BTI / G						An
1980	SOARES, Simone Simões Ferreira, 98	RS / DS / CDH	D	AC	UNB	ANTROPOLOG.	Brasília D.F.	An
1998	SOTT, Oswaldino Welerson, 99	RSM / A / MGP / AQ / PP	D	AC	FIOCRUZ	ENSP	R. J.	An
	SOTT, Oswaldino Welerson, 99	RSM / A / MGP / AQ / PP						CRT
1999	SOUZA, Waldir da Silva, 100	RSM / PP / RIP / RT	D	AC	FIOCRUZ	ENSP	R. J.	An
1995	TAVARES, Cláudia Mara de Melo, 101	RS / PM / ED / PP / FP / C	D	AC	PUC - SP	ENF. PSIQ.	S. P.	An
1997	TAVARES, Idésio Milani, 102	MGP / AQ / PP / G	D	AC	FIOCRUZ	ENSP	R. J.	An
	TAVARES, Idésio Milani, 102	MGP / AQ / PP / G						Ep
1985	TORRES, Marcia Leite de Oliveira, 103	RS / PM / DS / AL	D	AC	UERJ	MED. SOC.	R. J.	An
1985	TUNDIS, Silvério Almeida, 104	CC / PP / PM	D	AC	FIOCRUZ	Saúde Pública	R. J.	Hs
	TUNDIS, Silvério Almeida, 104	CC / PP / PM						C
	TUNDIS, Silvério Almeida, 104	CC / PP / PM						CRT
1991	URQUIZA, Lygia Maria de Franca Pereira, 105	MGP / PP / AQ	D	AC	UNICAMP	MEDICINA	Campinas SP	Hs
1983	VAISSMAN, Magda, 106	RS / AL / CDH / MGP	D	AC	UFRJ	PSICOLOGIA	R. J.	An
1983	VALENTE, Luiz Carlos Holanda, 107	RS / CT / ALJ / SO	D	AC	UFRJ	PSICOLOGIA	R. J.	An
1994	VAZ, Ricardo Duarte, 108	RS / PM / CC / LO	D	AC	UFRJ	PSICOLOGIA	R. J.	An
1990	VENANCIO, Ana Teresa Acatuassú, 109	RS / CT / MA / NA	D	AC	UFRJ	Museu Nac.	R. J.	An
	VENANCIO, Ana Teresa Acatuassú, 109	RS / CT / MA / NA						Ec
1980	VILLANO, Luiz Augusto Brites, 110	RS / CT / MGP / G	D	AC	UFRJ	Museu Nac.	R. J.	An
	VILLANO, Luiz Augusto Brites, 110	RS / CT / MGP / G						CRT
1999	XAVIER, Maria Lelita, 111	RS / DA / CT	D	AC	UFRJ	ENFERM.	R. J.	An
1999	YASUI, Silvio, 112	RSM / ALJ / PP	D	AC	UNESP	PSICOLOGIA	Assis SP	CRT
	YASUI, Silvio, 112	RSM / ALJ / PP						An

Quadro III - Classificação e Análise de Artigos Publicados em Revistas Nacionais

Ano	Autor	Num	Publicação	Instituição	Local	Nat. do Docum	Tipo Docum	Temática Abordada
1982	ALESSI, Neiry Primo,	1	REI		RECIFE	CRT	AR/AID	GP/BTI
	ALESSI, Neiry Primo,	1				An	AR/AID	GP/BTI
1992	ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J. de J. COUTINHO,	2	OS				OP	
1983	ALMEIDA FILHO, Naomar,	3	REI		RIO DE JANEIRO	CRT	AR/AID	P/MAT
1985	ALMEIDA FILHO, Naomar,	4	REI	ANA	RIO DE JANEIRO	HS	AR/AID	EP/CL
	ALMEIDA FILHO, Naomar,	4				An	AR/AID	EP/CL
S/DATA	ALVES, Domingos Savio,	5	REI	ANA		AV	AR/AG	SE/MAT/GP/MA
	ALVES, Domingos Savio,	5				DT	AR/AG	SE/MAT/GP/MA
1982	ALVES, Domingos Savio,	6	REV	GT	RIO DE JANEIRO	DT	AR/AG	MAT/MA/CDU
	ALVES, Domingos Savio,	6				An	AR/AG	MAT/MA/CDU
1991	AMARAL, A. A.; ARAUJO, M. do C. SOARES, T. C.,	7	REI			CRT	AR/AG	NA/SE/FP/CT/MAT
1977	AMARAL, José Julio,	8	REV	AES	SALVADOR	DT	AR/AID	MS/FP
	AMARAL, José Julio,	8				RE	AR/AID	MS/FP
1997	AMARAL, Marcia ^a do,	9	REV		CAMPINAS	An	AR/AID	EP/NA/CDU
	AMARAL, Marcia ^a do,	9				Av	AR/AID	EP/NA/CDU
1992	AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho,	10	REI	ANA	SÃO PAULO	An	AR/AID	CL/MAT
	AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho,	10				HS	AR/AID	CL/MAT
1994	AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho,	11	REV		LONDRINA		AR/AL/CEC	NS/CDH/RSM/CL
1995	AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho,	12	REI	ANA	RIO DE JANEIRO	CRT	AR/AID	RSM/MAT/CC
1993	AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho,	13	REV		RIO DE JANEIRO	Av	AR/AG	MS/CC/MAT/IE/RSM
	AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho,	13				CRT	AR/AG	MS/CC/MAT/IE/RSM
1982	ANDRADE, Marcia Schmidt,	14	REV		MINAS GERAIS	An	AR/AID	FO/CT/MAT
	ANDRADE, Marcia Schmidt,	14				An	AR/AID	FO/CT/MAT
2000	ARANTES, ESTHER M.,	15	REV		RIO DE JANEIRO	CRT	AR/AID	GP/SR/RP
1993	ASSIS, Marluce Maria Araujo,	16	REI	ANA	SALVADOR	CRT	AR/AID	MAT/SE/GP
1994	BANDEIRA, Marina,	18	REI	ANA	RIO DE JANEIRO	CRT	AR/AID	RSM/MAT/MA/SR/INT
	BANDEIRA, Marina,	18				AV	AR/AID	RSM/MAT/MA/SR/INT
1992	BANDEIRA, Marina,	17	REI	ANA	BRASILIA	CRT	AR/AID	EP/RS/FP
1992	BARBOSA, Rosana Machin,	19	REV		SÃO PAULO	HS	AR	EP/FP/MAT
1990	BARROS, Denise Dias,	21	REI	ANA	SÃO PAULO		AR	MAT/FP/RP/INT
1993	BARROS, Denise Dias,	22	REV		LONDRINA	HS	AR	RSM/CR/I-ID
	BARROS, Denise Dias,	22				CRT	AR	RSM/CR/I-ID
1994	BARROS, Denise Dias,	23	REV		RIO DE JANEIRO	CRT	AR/AID	RSM/CDH
1990	BARROS, Denise Dias,	20	REI	ANA	SÃO PAULO	HS	AR	RSM/MAT
	BARROS, Denise Dias,	20				CRT	AR	RSM/MAT
1979	BARROS, Rinaldo,	24	REV		RIO DE JANEIRO	CRT	AR/AG	CC/BTI
1994	BARROS, Sonia; EGRY, Emiko Yoshikawa,	25	REI	ANA		HS	AR/AG	CC/FP
	BARROS, Sonia; EGRY, Emiko Yoshikawa,	25				DT	AR/AG	CC/FP
1981	BASTOS, Adauri,	26	REV		RIO DE JANEIRO	CRT	AR/AID/CEC	MAT/SE/GP
	BASTOS, Adauri,	26				RE	AR/AID/CEC	MAT/SE/GP
1993	BASTOS, Olhon,	27	REI	ANA		HS	AR/AID	CC/MAT

Ano	Autor	Num	Publicação	Instituição	Local	Nat. do Docum	Tipo Docum	Temática Abordada
1993	BENARRÓS, Jayme; LOUREIRO, Maria de Nazaré Paes,	28	REI		BELÉM	S	AR / AG	CDU / MAT / INT
	BENARRÓS, Jayme; LOUREIRO, Maria de Nazaré Paes,	28				HS	AR / AG	CDU / MAT / INT
	BENARRÓS, Jayme; LOUREIRO, Maria de Nazaré Paes,	28				CRT	AR / AG	CDU / MAT / INT
1993	BENZATO, Eduardo Muller,	29	REI	ANA	CAMPINAS	AV	AR / AG	EP / CDF / MAT / MA
	BENZATO, Eduardo Muller,	29				AN	AR / AG	EP / CDF / MAT / MA
1982	BIRMAN, Joel,	30	REI	ANA	RIO DE JANEIRO	AN	AR / AG	RSM / RS
	BIRMAN, Joel,	30				CRT	AR / AG	RSM / RS
1978	BOCAI, David & BUSCHINILLI, Maria,	31	RE V		RIO DE JANEIRO	CRT	AR / AID	MS / RP / CR / P
1982	CAMARINHA, Heimar Saldanha,	32	RE V		RIO DE JANEIRO	AV	AR / AID	MS
	CAMARINHA, Heimar Saldanha,	32				CRT	AR / AID	MS
1984	CAMARINHA, Heimar Saldanha,	33	RE V		RIO DE JANEIRO	AN	AR / AID	SR / CDF
	CAMARINHA, Heimar Saldanha,	33				CRT	AR / AID	SR / CDF
1996	CAMAROTTI, Henriqueta; TEIXEIRA, Helga Alvares,	34	RE V		BRASILIA	CRT	AR / AG	CC / MAT / EP
	CAMAROTTI, Henriqueta; TEIXEIRA, Helga Alvares,	34				AN	AR / AG	CC / MAT / EP
1986	CAMPOS FILHO, Claudio José & ARAÚJO, Francisco de Assis,	35	RE V		RIO DE JANEIRO	CRT	AR / AG	MAT / RP / INT
	CAMPOS FILHO, Claudio José & ARAÚJO, Francisco de Assis,	35				AN	AR / AG	MAT / RP / INT
1988	CAMPOS FILHO, Claudio José & ARAÚJO, Francisco de Assis,	36	REI	ANA	RIO DE JANEIRO	CRT	AR / AG	RSM / CC
1992	CAMPOS, Florianita Coelho Braga,	37	RE V		CAMPINAS	CRT	AR / AID	RSM / MAT / INT
1992	CAMPOS, Gastão Wagner de Souza,	38	RE V		CAMPINAS	DP	AR / AID	RP / INT / MAT
	CAMPOS, Gastão Wagner de Souza,	38				DT	AR / AID	RP / INT / MAT
1993	CARDOSO, Antonio José Costa,	39	REI	ANA	RIO DE JANEIRO	CRT	AR / AID	MAT
1996	CARDOSO, Lidia Soares,	40	REI	ANA	RIO DE JANEIRO	CRT	AR / AID	RS / CC
1981	CARMO, Celso Assis,	41	REI	ANA	RIO DE JANEIRO	AN	AR / AID / CEC	CL / ADF / EP
1990	CARVALHO, Cristina V e Silva, LUCIA Cecília,	42	REI	ANA	BRASILIA	CRT	AR / AG	RS / MA / MAT / GP
	CARVALHO, Cristina V e Silva, LUCIA Cecília,	42				AN	AR / AG	RS / MA / MAT / GP
1994	CONTEL, José Onildo B.,	43	REI	ANA	RIBEIRÃO PRETO	AN	AR / AID	EP / RSM
	CONTEL, José Onildo B.,	43				CRT	AR / AID	EP / RSM
1995	CORREIA, José Roberto de Almeida,	44	REI	ANA		AN	AR / AID	RSM / MS / CR-1 / CC
	CORREIA, José Roberto de Almeida,	44				CRT	AR / AID	RSM / MS / CR-1 / CC
1984	COSTA, Juranir Freire; BEZERRA JUNIOR, Benilton,	45	RE V		RIO DE JANEIRO	CRT	AR	PR / CR-I
2000	CUNHA, José Ricardo,	46	RE V	ANA	RIO DE JANEIRO	AN	AR / AID	MAT
1993	DEJOURS, Christophe; DESSORS, Dominique;	47	RE V			AN	AR / AG	SR / SO / FP
1982	DESRIAUX, François,	48	RE V		RIO DE JANEIRO	AN	AR / AID	FP / SR / NA
1992	DELGADO, Pedro Gabriel Godinho,	49	RE V	CEBES	LONDRINA	AV	AR / AID	RMS / CDH / MAT / GP
	DELGADO, Pedro Gabriel Godinho,	49				CRT	AR / AID	RMS / CDH / MAT / GP
1982	DEPARTAMENTO de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais,	50	RE V		RIO DE JANEIRO	AV	AR / RA	RS / CR-1 / SE / INT

Ano	Autor	Num	Publicação	Instituição	Local	Nat. do Docum	Tipo Docum	Temática Abordada
1996	DIAS, Cintia de Camargo; FIGUEREDO, Gabriel Roberto,	51	R E V	U N	CAMPINAS	HS	AR / AG	MAT / RS
1989	DUARTE, Luiz Fernando Dias,	52	REI	ANA	RIO DE JANEIRO	AN	AR / AID	BTI
1993	DUARTE, Luiz Fernando Dias,	53	REI	ANA	RIO DE JANEIRO	HS	AR / AID	CR-I / RS
	DUARTE, Luiz Fernando Dias,	53				CRT	AR / AID	CR-I / RS
	DUARTE, Luiz Fernando Dias,	53				AN	AR / AID	CR-I / RS
1996	FEFERBAUM, S. W.,	54	REI	ANA	SÃO PAULO	AN	AR / AID	MAT / PR
	FEFERBAUM, S. W.,	54				CRT	AR / AID	MAT / PR
1993	FERNANDES, João Claudio Lara,	55	R E V		RIO DE JANEIRO	CRT	AR / AID	NA / GP
1986	FORTES, Sandra L. & INFANTE, Rafaelle Giovanni,	56	R E V		RIO DE JANEIRO	HS	AR / AG	CC / FP
	FORTES, Sandra L. & INFANTE, Rafaelle Giovanni,	56				AV	AR / AG	CC / FP
1981	FRANÇA, Jairo Coutinho & Carmo, Célio Assis,	57	R E V	ARE	RIO DE JANEIRO	AV	AR / AG / CEC	GP / E / P
1998	FRANÇA, Jairo Coutinho & Carmo, Célio Assis,	57				AN	AR / AG / CEC	GP / E / P
	FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de,	58	REI		RIO DE JANEIRO	AV	AR / AID	MAT / GP / EP / MS / SR
	FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de,	58				AN	AR / AID	MAT / GP / EP / MS / SR
1980	FROTA, Leopoldo Hugo,	59	REI	ANA	RIO DE JANEIRO	AV	AR / AID	MA / GP / ADF / ADP
1995	GALÃO, A. O. BALLESTER, D A P ,	60	REI	UN	RIO DE JANEIRO	AV	AR / AID	EP / MA / MAT / NA
	GALÃO, A. O. BALLESTER, D A P ,	60				AN	AR / AID	EP / MA / MAT / NA
1982	GERALDES, Paulo Cesar,	61	R E V		RIO DE JANEIRO	AN	AR / AID	GP / FP / CT
	GERALDES, Paulo Cesar,	61				CRT	AR / AID	GP / FP / CT
1984	GERALDES, Paulo Cesar,	62	R E V		RIO DE JANEIRO	HS	AR / AID	CR / PI / GP
	GERALDES, Paulo Cesar,	62				CRT	AR / AID	CR / PI / GP
1994	GERALDES, Paulo Cesar; MELLO, José Hélio de;	63	REI	ANA		AN	AR / AG	SE / GP
	GERALDES, Paulo Cesar; MELLO, José Hélio de;	63				AV	AR / AG	SE / GP
1989	GOLDEBERG, Jairo Idel,	64	R E V		RIO DE JANEIRO	AN	AR / AID	MAT / SE / NA
	GOLDEBERG, Jairo Idel,	64				CRT	AR / AID	MAT / SE / NA
1996	GOMES, Maria Paula Cerqueira,	65	R E V	UN	RIO DE JANEIRO	CRT	AR / AID	FP / ADP / MA
1994	GRAMINHA, Sonia Santa Vitalino,	66	REI	ANA	RIBEIRÃO PRETO	AV	AR / AID	EP / MA / SE / GP
	GRAMINHA, Sonia Santa Vitalino,	66				CRT	AR / AID	EP / MA / SE / GP
1992	GUAGLIARDI, Eduardo Cesar,	67	REI	ANA	RIO DE JANEIRO	HS	AR / AID	MAT / MA / CC / BTI
	GUAGLIARDI, Eduardo Cesar,	67				CRT	AR / AID	MAT / MA / CC / BTI
1986	INFANTE, Rafaelle Giovanni; GONÇALVES, Lucia M R & SAGGESE,	68	REI	ANA	RIO DE JANEIRO	CRT	AR / AG / CEC	MS
1995	INSTITUTO dePsiquiatria da Universidade Fed. Rio de Janeiro,	69	R E V		RIO DE JANEIRO	AN	AR / RA / CEC	CC / SO
	INSTITUTO dePsiquiatria da Universidade Fed. Rio de Janeiro,	69				CRT	AR / RA / CEC	CC / SO
1993	ISERHARD, Raul; FREITAS, Carmen Silvia Cò,	70	REI	ANA		HS	AR / AG	EP / GP
	ISERHARD, Raul; FREITAS, Carmen Silvia Cò,	70				CRT	AR / AG	EP / GP
1990	KATZ, Chaim Samuel,	71	OS		RIO DE JANEIRO	AN	AR / AID	RMS / SR
	KATZ, Chaim Samuel,	71				CRT	AR / AID	RMS / SR
1986	KINOSHITA, Roberto Tykanori,	72	R E V		SÃO PAULO	AN	AR / AID	CC / BTI / RSM
	KINOSHITA, Roberto Tykanori,	72				CRT	AR / AID	CC / BTI / RSM
1986	LANCETTI, Antonio,	73	R E V		SÃO PAULO	AN	AR / AID / CEC	RSM / CC / MS
1986	LANCETTI, Antonio,	74	R E V			AN	AR / AID / CEC	CL / MAT / MS
	LANCETTI, Antonio,	74				CRT	AR / AID / CEC	CL / MAT / MS

Ano	Autor	Num	Publicação	Instituição	Local	Nat. do Docum	Tipo Docum	Temática Abordada
1989	LANCETTI, Antonio,	75	RE V		SÃO PAULO	AN	AR / AID	CC / PR / NA
	LANCETTI, Antonio,	75				CRT	AR / AID	CC / PR / NA
1988	LECOVITZ, Sergio,	76	RE V		RIO DE JANEIRO	AN	AR / AID	MAT / CR-I
1994	LEVAV, Ilzhak; RESTREPO, Helena; MACEDO, Carlyle Guerra de,	77	REI	ANA		AN	AR / AG	RSM / EP / MAT
	LEVAV, Ilzhak; RESTREPO, Helena; MACEDO, Carlyle Guerra de,	77				CRT	AR / AG	RSM / EP / MAT
1984	LOUGON, Mauricio,	78	RE V		RIO DE JANEIRO	AV	AR / AID	CR-E / ADP / IC / GP
1993	LOUGON, Mauricio,	79	REI	ANA	RIO DE JANEIRO	CRT	AR / AID	CR-E / ADP / IC / GP
	LOUGON, Mauricio,	79				AN	AR / AID	RSM / BTI
1984	LOUGON, Mauricio; AZEVEDO, Creuza daSilva & SAUD, Patricia,	80	RE V		RIO DE JANEIRO	AN	AR / AG	RSM / MAT / PR
	LOUGON, Mauricio; AZEVEDO, Creuza daSilva & SAUD, Patricia,	80				CRT	AR / AG	RSM / MAT / PR
2000	LUCENA, Maria Gomes,	81	RE V	UN	RIO DE JANEIRO	CRT	AR / AID	CT / SR
	LUCENA, Maria Gomes,	81				AN	AR / AID	CT / SR
1983	MADALENA, Caruso,	82	RE V		RIO DE JANEIRO	CRT	AR / AID	MAT / CT
1990	MANGIA, Elisabete F. OLIVER, Fatima C & MARCONDES, Francisco D,	83	REI	ANA	SÃO PAULO	AV	AR / AID	MAT / MA
1993	MARTURANO, Edna Maria; DEGANI, Iara Cristina Camparis;	84	REI	UN	RIBEIRÃO PRETO	AV	AR / AID	MAT / CR-I
	MARTURANO, Edna Maria; DEGANI, Iara Cristina Camparis;	84				CRT	AR / AID	MAT / CR-I
1996	MEDEIROS, Maria Heloisa da Rocha,	85	REI	ANA		AN	AR / AID	INT / RSM / CDH
	MEDEIROS, Maria Heloisa da Rocha,	85				CRT	AR / AID	INT / RSM / CDH
1992	MELMAN, Jonas,	86	REI	ANA	SÃO PAULO	AV	AR / AID	MAT / CC
1993	MENEZES, Paulo R; MANN, Anthony H,	87	RE V		SÃO PAULO	AV	AR / AG	SR / RSM
	MENEZES, Paulo R; MANN, Anthony H,	87				CRT	AR / AG	SR / RSM
	MENEZES, Paulo R; MANN, Anthony H,	87				DT	AR / AG	SR / RSM
1978	MOREIRA, Ana,	88	RE V		RIO DE JANEIRO	AN	AR / AID	MAT / CDU / MA
	MOREIRA, Ana,	88				CRT	AR / AID	MAT / CDU / MA
1994	MORGADO, Anastácio; LIMA, Lucia Abelha,	89	REI	ANA		AN	AR / AG	RSM
1995	MORGADO, Anastácio; LIMA, Lucia Abelha,	90	REI	ANA		AV	AR / AG	IE / FP / CDH
	MORGADO, Anastácio; LIMA, Lucia Abelha,	90				CRT	AR / AID	IE / FP / CDH
	MORGADO, Anastácio; LIMA, Lucia Abelha,	90				DT	AR / AID	IE / FP / CDH
1996	NICÁCIO, Einaldo Matias,	91	REI	ANA		AN	AR / AID	RSM / RP / INT
1988	NORONHA, Marcos,	92	REI	ANA	RIO DE JANEIRO	AV	AR / AID	CL / CT / FP / GP
	NORONHA, Marcos,	92				AN	AR / AID	CL / CT / FP / GP
1996	NORONHA, Marcos,	93	REI	ANA	RIO DE JANEIRO	AN	AR / AID	CL / MAT
1992	PADRAO, Messias Ligouri,	94	RE V			AV	AR / AID	BTI
1992	PEDUZZI, Marina,	95	RE V		SANTA MARIA RS	AV	AR / AID / CEC	FP / CT / SO
	PEDUZZI, Marina,	95				AN	AR / AID / CEC	FP / CT / SO
1992	PENTEADO, Angela Figueredo C; SCARCELLI, Ianni Régia;	96	RE V		SÃO PAULO	AV	AR / AG	MA / MAT / CT
	PENTEADO, Angela Figueredo C; SCARCELLI, Ianni Régia;	96				AN	AR / AG	MA / MAT / CT

Ano	Autor	Num	Publicação	Instituição	Local	Nat. do Docum	Tipo Docum	Temática Abordada
1992	PITTA, Ana Maria Fernandes ,	97	RE V	SES	SÃO PAULO	AV	AR /AID	EP / MA / NA
	PITTA, Ana Maria Fernandes ,	97				CRT	AR /AID	EP / MA / NA
1994	PITTA, Ana Maria Fernandes ,	98	REI	ANA	RIO DE JANEIRO	AV	AR /AID	CDH / SR / IE / GP
	PITTA, Ana Maria Fernandes ,	98				AN	AR /AID	CDH / SR / IE / GP
1992	PITTA, Ana Maria Fernandes ,	99	REI	ANA	SÃO PAULO	AV	AR /AID	EP / CT / SO
1992	PITTA, Ana Maria Fernandes e DALLARI, Sueli Gandolfi,	100	RE V		SÃO BERNARDO	CRT	AR / AG	EP / CDH / CL
	PITTA, Ana Maria Fernandes e DALLARI, Sueli Gandolfi,	100				AN	AR / AG	EP / CDH / CL
1995	PONTES, Polyana Alexandre Rolim, SOUZA, Angela Maria Alves e ,	101	REI	ANA	BRASILIA	AV	AR / AG	SE / CDU / CT / FP / IE
	PONTES, Polyana Alexandre Rolim, SOUZA, Angela Maria Alves e ,	101				AN	AR / AG	SE / CDU / CT / FP / IE
1988	PORTOCARRERO, Vera Maria,	102	RE V		RIO DE JANEIRO	CRT	AR /AID	MA / SE
	PORTOCARRERO, Vera Maria,	102				DT	AR /AID	MA / SE
1992	PRADO, Marysia M R & RICO, Debora F N,	103	RE V	UN	SÃO PAULO	AN	AR / AG	INT / MA
1993	PRADO, Marysia M R & RICO, Debora F N,	103				CRT	AR / AG	INT / MA
	QUEIROZ FILHO, José Pinto de,	104	REI	ANA		AN	AR /AID	INT / RS
	QUEIROZ FILHO, José Pinto de,	104				CRT	AR /AID	INT / RS
1992	QUINTO NETO, Antonio .,	105	RE V		RIO GRANDE SUL	AN	AR /AID / CEC	RSM / CDH / CDU
	QUINTO NETO, Antonio .,	105				CRT	AR /AID / CEC	RSM / CDH / CDU
1978	RADICE,	106	RE V	ANA	RIO DE JANEIRO	CRT	AR	CDH / CDU
	RADICE,	106				AN	AR	CDH / CDU
1993	RAMOS, Luiz Roberto, ROSA, Tereza Etsuko da C.;	107	RE V	OPAS	SÃO PAULO	AV	AR / AG	EP / GP
	RAMOS, Luiz Roberto, ROSA, Tereza Etsuko da C.;	107				AN	AR / AG	EP / GP
1996	REVERBEL, Carmen M Fernandes,	108	REI	ANA	BRASILIA	AN	AR /AID	RSM / BTI / MS
1994	REVERBEL, Carmen M Fernandes,	108				CRT	AR /AID	RSM / BTI / MS
	RIBEIRO, Mario Sergio,	109	REI	ANA	JUIZ DE FORA	AN	AR /AID	EP / MAT
	RIBEIRO, Mario Sergio,	109				AV	AR /AID	EP / MAT
1988	RIBEIRO, Thais da Cruz Carneiro,	110	RE V		RIO DE JANEIRO	HS	AR /AID	CC / RP / MA
	RIBEIRO, Thais da Cruz Carneiro,	110				AN	AR /AID	CC / RP / MA
1982	SABBAG, Milton,	111	RE V		RIO DE JANEIRO	AV	AR /AID	CR-E / ADF / GP
	SABBAG, Milton,	111				DP	AR /AID	CR-E / ADF / GP
1992	SANTOS, José Quirino dos,	112	RE V		SÃO PAULO	AV	AR / AG	EP / CC / CR-S-E
1984	SANTOS, Oswaldo,	113	RE V		RIO DE JANEIRO	AV	AR /AID	MAT / ADP
	SANTOS, Oswaldo,	113				CRT	AR /AID	MAT / ADP
1981	SERRANO, Alan Indio,	114	RE V	UN	RIO DE JANEIRO	AN	AR /AID	RSM / MAT
	SERRANO, Alan Indio,	114				HS	AR /AID	RSM / MAT
S/DATA	SILVEIRA, Nise,	115	RE V		RIO DE JANEIRO	DT	AR /AID	MA / BTI / FP
	SILVEIRA, Nise,	115				AN	AR /AID	MA / BTI / FP
1979	SOCIEDADE, de Psicossintese do Rio de Janeiro,	116	RE V	ARE	RIO DE JANEIRO	AV	AR / AG	CC / BTI / MA
1979	SOCIEDADE, de Psicossintese do Rio de Janeiro,	116				AN	AR / AG	CC / BTI / MA
	SOCIEDADE, de Psicossintese do Rio de Janeiro,	117	RE V	ARE	RIO DE JANEIRO	DT	AR / RA	MS / RSM
	SOCIEDADE, de Psicossintese do Rio de Janeiro,	117				DP	AR / RA	MS / RSM
	SOCIEDADE, de Psicossintese do Rio de Janeiro,	117				AN	AR / RA	MS / RSM
1995	SONENREICH, Carol, SILVA FILHO, L. Allenfelder,	118	REI	ANA	SÃO PAULO	AV	AR / AG	RSM / MAT / IE

Ano	Autor	Num	Publicação	Instituição	Local	Nat. do Docum	Tipo Docum	Temática Abordada
	SONENREICH, Carol. SILVA FILHO, Luis de M Allenfelder,	118				CRT	AR / AG	RSM / MAT / IE
1989	SOUZA, Abnoel Leal,	119	REI	ANA	RIO DE JANEIRO	AV	AR / AID	RSM / GP / MAT
1977	SOUZA, André Luiz Nogueira & VERAS, Renato Paixoto,	120	R E V		RIO DE JANEIRO	HS	AR / AG	P / BTI
	SOUZA, André Luiz Nogueira & VERAS, Renato Paixoto,	120				CRT	AR / AG	P / BTI
1983	SOUZA, Maria Cristina Gueiros,	121	R E V	DOF	BRASILIA	AV	AID	EP / MAT
	SOUZA, Maria Cristina Gueiros,	121				AN	AID	EP / MAT
1992	SPINK, Mary Jane Paris,	122	REI	U N	SÃO PAULO	DT	AR / AID	INT / RP / MA
	SPINK, Mary Jane Paris,	122				AN	AR / AID	INT / RP / MA
1993	TEIXEIRA, Mario,	123	DOF		SANTA CATARINA	CRT	AR / AI	CR-P / I / MAT
	TEIXEIRA, Mario,	123				DP	AR / AI	CR-P / I / MAT
1996	TENÓRIO, Fernando,	124	DOF	SE	RIO DE JANEIRO	CRT	AR / AID	SE / NA / GP
	TENÓRIO, Fernando,	124				OR	AR / AID	SE / NA / GP
1981	TREIGER, Jaime,	125	REI	ANA	RIO DE JANEIRO	HS	AR / AID	GP / CC / P
	TREIGER, Jaime,	125				DP	AR / AID	GP / CC / P
1981	VAISSMAN, Magda,	126	R E V		RIO DE JANEIRO	DP	AR / AID	GP / MAT / IE
	VAISSMAN, Magda,	126				AN	AR / AID	GP / MAT / IE
1989	VAISSMAN, Magda,	127	REI	ANA	RIO DE JANEIRO	HS	AR / AID	GP / MS
	VAISSMAN, Magda,	127				DP	AR / AID	GP / MS
1987	VAISSMAN, Magda,	128	REI	ANA	RIO DE JANEIRO	DP	AR / AID	RSM / MAT
	VAISSMAN, Magda,	128				AN	AR / AID	RSM / MAT
1995	VASCONCELOS, Eduardo Mourão,	129	REI	ANA	RIO DE JANEIRO	AV	AR / AID	SE / MA / RSM / EP
	VASCONCELOS, Eduardo Mourão,	129				AN	AR / AID	SE / MA / RSM / EP
1989	VENANCIO, Ana Teresa Acalauassu & DELGADO, Pedro Gabriel Godinho,	130	R E V	ARE	RIO DE JANEIRO	DT	AR / AG	CDU / CDF / MAT
	VENANCIO, Ana Teresa Acalauassu & DELGADO, Pedro Gabriel Godinho,	130				AN	AR / AG	CDU / CDF / MAT
1993	VENANCIO, Ana Teresa Acalauassu ,	131	REI		RIO DE JANEIRO	HS	AR / AG	RS / CR-S
	VENANCIO, Ana Teresa Acalauassu ,	131				AN	AR / AG	RS / CR-S
1978	VIANA, Carlos Ralph ,	132	R E V		RIO DE JANEIRO	AN	AR / AG	MAT / MS
1980	VIANA, Carlos Ralph ,	133	R E V		RIO DE JANEIRO	DT	AR / AID	MAT / INT
1990	VIANA, Carlos Ralph ,	134	R E V	UN	RIO DE JANEIRO	DT	AR / AID	FP / MA / EP
	VIANA, Carlos Ralph ,	134				AN	AR / AID	FP / MA / EP
	VILELA, Jonas,	135	R E V		BELO HORIZONTE	AV	AR / AID	FP / MAT / RSM
1981	VILELA, Jonas,	135				AN	AR / AID	FP / MAT / RSM
1981	VIOLA, Eugênio,	136	R E V		RIO DE JANEIRO	AV	AR / AID	CDU / SE
1998	WICKERT, Luciana Firm,	137	REI	ANA		AV	AR / AID	CDU / MA
	WICKERT, Luciana Firm,	137				CRT	AR / AID	CDU / MA
1993	WOLF, Sonia Maria Ribeiro,	138	R E V	ANA		AN	AR / AID	MAT / CDU / RP

Quadro IV - Classificação e Análise dos Relatórios Oficiais em Saúde Mental

Ano	Autor	Tipo Doc	Publicação	Instituição	Local	Nat. do Docum	Temática Abordada
1989	ALMEIDA, FILHO, Naomar, Santana, 1	AG	DOF	MSA	BRASILIA DF	OR	CC
	ALMEIDA, FILHO, Naomar, Santana, 1			GT			BTI
1992	BRASIL, Ministério da Saúde Confe. Nac. Saúde, 2	RO	DOF	MSA	BRASILIA DF	OR	MA / CDU / CDF / GP
1992	BRASIL, Ministério da Saúde Confe. Nac. Saúde, 2	RO				NO	
1992	BRASIL, Ministério da Saúde Confe. Nac. Saúde, 3	RO	AE	MSA	BRASILIA DF	G	G
1993	BRASIL, Ministério da Saúde Confe. Nac. Saúde, 3	RGT		GT		N	BTI
1993	BRASIL, Ministério da Saúde Confe. Nac. Saúde, 4	RO	B	MSA	BRASILIA DF	NO	MAT
1993	BRASIL, Ministério da Saúde Confe. Nac. Saúde, 5						
1994	BRASIL, Ministério da Saúde Confe. Nac. Saúde, 6	RO	DOF	MSA	BRASILIA DF	HS	BTI
	BRASIL, Ministério da Saúde Confe. Nac. Saúde, 6					AN	GP
1985	COORDENAÇÃO de Saúde Mental Estado Rio de Janeiro, 8	RO	MI	GT	RJ	AV	GP / MAT
	COORDENAÇÃO de Saúde Mental Estado Rio de Janeiro, 8	RO				AM	GP / MAT
	COORDENAÇÃO de Saúde Mental Estado Rio de Janeiro, 8	RO					GP / MAT
1985	COORDENAÇÃO de Saúde Mental Estado São Paulo, 7	RO	AE	SES	SP	AV	MAT
	COORDENAÇÃO de Saúde Mental Estado São Paulo, 7		MI			OR	GP
1985	COORDENADORES de Saúde Mental Região Sudeste, 10	RO	MI	GT	ES	DT	MAT / RP / CR / E / INT
	COORDENADORES de Saúde Mental Região Sudeste, 10					DP	MAT / RP / CR / E / INT
	COORDENADORES de Saúde Mental Região Sudeste, 10						MAT / RP / CR / E / INT
1985	COORDENADORES de Saúde Mental Região Sudeste, 11	RO	MI	GT	RJ	DP	INT / CT
	COORDENADORES de Saúde Mental Região Sudeste, 11					OR	INT / CT
1985	COORDENADORES de Saúde Mental Região Sudeste, 11	RO					INT / CT
	COORDENADORES de Saúde Mental Região Sudeste, 9		MI	GT	RJ	AV	MAT / GP
	COORDENADORES de Saúde Mental Região Sudeste, 9					HS	MAT / GP
1987	COORDENADORES de Saúde Mental Região Sudeste, 9					OR	MAT / GP
1983	GRUPO de Trabalho em Saúde Mental INAMPS/IMPAS, 12	RGT	DOF	GT	BRASILIA DF	OR	MAT / NA
1983	MINISTÉRIO da Previdência e Assistência Social/CONASP, 13	RO	DOF	MSA	BRASILIA DF	DP	INT / MAT
	MINISTÉRIO da Previdência e Assistência Social/CONASP, 13					DT	INT / MAT
1983	MINISTÉRIO da Previdência e Assistência Social/INAMPS/CONASP, 14	RO	DOF	MSA	RJ	OR	MAT / GP
	MINISTÉRIO da Previdência e Assistência Social/INAMPS/CONASP, 14					DT	MAT / GP
1985	MINISTÉRIO da Saúde Divisão Nac. de Saúde Mental, 16	RO	MI	MSA	BRASILIA DF	DP	MAT / GP
	MINISTÉRIO da Saúde Divisão Nac. de Saúde Mental, 16	RGT	MI	MSA	BRASILIA DF	NO	MAT / GP
1988	MINISTÉRIO da Saúde Divisão Nac. de Saúde Mental, 17	RO	DOF	MSA	RJ	AV	CDH / E
	MINISTÉRIO da Saúde Divisão Nac. de Saúde Mental, 17		AE			CRT	CDH / E
1994	MINISTÉRIO da Saúde, 15	RO	DOF	MSA	BRASILIA DF	NO	MAT / GP
	MINISTÉRIO da Saúde, 15				BRASILIA DF	DP	MAT / GP
1992	ORGANIZAÇÃO das Nações Unidas, 18	ONU	AE	MSA	BRASILIA DF	DP	MAT
	ORGANIZAÇÃO das Nações Unidas, 18				BRASILIA DF	RE	
1981	PROFISSIONAIS de Saúde do Rio de Janeiro, 19	RA	R E V	AES	RJ	AV	ADP
	PROFISSIONAIS de Saúde do Rio de Janeiro, 19					RE	ADP
1992	SÃO PAULO, Secretaria da Saúde, 20	RO	DOF	GT	SP	AV	SE / MAT
	SÃO PAULO, Secretaria da Saúde, 20					AN	SE / MAT

Ano	Autor	Tipo Doc	Publicação	Instituição	Local	Nat. do Docum	Temática Abordada
1992	SÃO PAULO, Secretaria da Saúde, 20						SE / MAT
	SÃO PAULO, Secretaria da Saúde, 21	RO	AE	GT	SP	OR	CDH
	SÃO PAULO, Secretaria da Saúde, 21						
1985	SÃO PAULO, Secretaria da Saúde, 21						
	Secretaria de Estado Saúde do Rio / Coordenação de Saúde Mental, 23	RO	AE	GT	RJ	AV	MAT / GP
	Secretaria de Estado Saúde do Rio / Coordenação de Saúde Mental, 23					AN	MAT / GP
1988	Secretaria de Estado Saúde do Rio / Coordenação de Saúde Mental, 23						MAT / GP
	Secretaria de Estado Saúde do Rio / Programa de Saúde Mental, 22	RO	MI	GT	RJ	AV	MAT / NA
	Secretaria de Estado Saúde do Rio / Programa de Saúde Mental, 22					AN	MAT / NA
	Secretaria de Estado Saúde do Rio / Programa de Saúde Mental, 22						MAT / NA

Quadro V- Classificação e Análise dos Relatórios Oficiais Referente à Legislação

Ano	Autor	Tipo Doc	Publicação	Instituição	Local	Nat. do Docum	Temática Abordada
1990	Presidência da República, Set, 1	RO	DOF	MSA	BRASILIA DF	NO	SE / GP
	Presidência da República, Set, 1					DT	SE / GP
1990	Presidência da República, Dez, 2	RO	DOF	MSA	BRASILIA DF	NO	GP / ADF
	Presidência da República, Dez, 2					DP	GP / ADF
1990	Organização Mundial de Saúde e Panamericana de Saúde, 3	RO	AE	ANA	CARACAS VE	DO	BTI / GP / NA
	Organização Mundial de Saúde e Panamericana de Saúde, 3			MSA		DT	BTI / GP / NA
	Organização Mundial de Saúde e Panamericana de Saúde, 3					OR	BTI / GP / NA
	Organização Mundial de Saúde e Panamericana de Saúde, 3					AV	BTI / GP / NA
1991	ONU Organização das Nações Unidas, Dez, 4	RO	AE	ANA		DP	MAT / CDU
	ONU Organização das Nações Unidas, Dez, 4			MSA		DT	MAT / CDU
	ONU Organização das Nações Unidas, Dez, 4					OR	MAT / CDU
1992	Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Ass. Saúde, Jan, 5	RO	DOF	MSA	BRASILIA DF	NO	GP / BTI / NA
	Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Ass. Saúde, Jan, 5			ANA		DP	GP / BTI / NA
	Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Ass. Saúde, Jan, 5					DT	GP / BTI / NA
1995	Assembleia Legislativa e Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 6	RO	DOF	SES	SÃO PAULO	NO	MAT / IE / GP
	Assembleia Legislativa e Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 6	AI				DT	MAT / IE / GP
	Assembleia Legislativa e Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 6					DP	MAT / IE / GP
1992	II Conferencia Nacional de Saúde Mental, Dez, 7	RO	AE	ANA	BRASILIA DF	OR	CC / BTI / IE
	II Conferencia Nacional de Saúde Mental, Dez, 7			MSA		DT	CC / BTI / IE
	II Conferencia Nacional de Saúde Mental, Dez, 7					DP	CC / BTI / IE
1993	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, Set, 8	RA	AE	ANA	SALVADOR	AV	MS / CL / MAT / CDH
	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, Set, 8			GT		AN	MS / CL / MAT / CDH
	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, Set, 8					OR	MS / CL / MAT / CDH
	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, Set, 8					DT	MS / CL / MAT / CDH
	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, Set, 8					DP	MS / CL / MAT / CDH
1993	Diversas Entidades Organizadoras, Dez, 9	RA	AE	GT	SANTOS	OR	MAT / NA / GP / SE
	Diversas Entidades Organizadoras, Dez, 9					DT	MAT / NA / GP / SE
	Diversas Entidades Organizadoras, Dez, 9					DP	MAT / NA / GP / SE
	Diversas Entidades Organizadoras, Dez, 9						MAT / NA / GP / SE

Ano	Autor	Tipo Doc	Publicação	Instituição	Local	Nat. do Docum	Temática Abordada
1995	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, Nov. , 10	RA	AE	ANA	BELO HORIZONTE	HS	CL / MAT / CDH
	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, Nov. , 10			GT		OR	CL / MAT / CDH
	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, Nov. , 10					AV	CL / MAT / CDH
	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, Nov. , 10					DT	CL / MAT / CDH
	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, Nov. , 10					DP	CL / MAT / CDH
1989	Congresso Nacional - Projeto Lei 08191 / 1989 e Abril 2001, 11	RO	DOF	MSA	BRASILIA DF	NO	CDH / IE / GP / ADF
	Congresso Nacional - Projeto Lei 08191 / 1989 e Abril 2001, 11	AI				DP	CDH / IE / GP / ADF
	Congresso Nacional - Projeto Lei 08191 / 1989 e Abril 2001, 11					DT	CDH / IE / GP / ADF
2001	Congresso Nacional - Projeto Lei 08191 / 1989 e Abril 2001, 11	RO	DOF	MSA	BRASILIA DF	NO	CDH / IE / GP / ADF
	Congresso Nacional - Projeto Lei 08191 / 1989 e Abril 2001, 11	AI				DP	CDH / IE / GP / ADF
	Congresso Nacional - Projeto Lei 08191 / 1989 e Abril 2001, 11					DT	CDH / IE / GP / ADF

Quadro VI - Classificação e Análise dos Relatórios de Associações e Anais de Eventos

Ano	Autor	Tipo Doc	Publicação	Instituição	Local	Nat. do Docum	Temática Abordada
1992	ALVES, Domingos Savio do Nascimento, SEIDL, ETC... 1	DO	AE	MSA	BRASILIA DF	AV	GP / RF
	ALVES, Domingos Savio do Nascimento, SEIDL, ETC... 1		CNSM			AN	GP / RF
1985	ASSOCIAÇÃO Brasileira de Psiquiatria, 2	DA	RE	ANA	RJ	DP	CR / E / I
	ASSOCIAÇÃO Brasileira de Psiquiatria, 2					HS	CR / E / I
	ASSOCIAÇÃO Brasileira de Psiquiatria, 2					AV	CR / E / I
1992	ASSOCIAÇÃO Brasileira de Saude Coletiva, 3	DA	AE	ANA	BRASILIA DF	OR	GP / ADP / ADF
	ASSOCIAÇÃO Brasileira de Saude Coletiva, 3		CNSM		BRASILIA DF	DT	GP / ADP / ADF
1981	ASSOCIAÇÃO Psiquiátrica da Bahia e Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 4	DA	RE	ANA	SALVADOR	AV	RP / CR / I
	ASSOCIAÇÃO Psiquiátrica da Bahia e Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 4				SALVADOR	HN	RP / CR / I
	ASSOCIAÇÃO Psiquiátrica da Bahia e Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 4				SALVADOR	OR	RP / CR / I
	ASSOCIAÇÃO Psiquiátrica da Bahia e Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 4				SALVADOR	DP	RP / CR / I
1979	ASSOCIAÇÃO Psiquiátrica da BAHIA, 5	RA	R E V	ANA	SALVADOR	AV	CT / SE / CDU
1979	ASSOCIAÇÃO Psiquiátrica da BAHIA, 6	RA	R E V	ANA	SALVADOR	AV	CT / IE
	ASSOCIAÇÃO Psiquiátrica da BAHIA, 6					RE	CT / IE
1980	ASSOCIAÇÃO Psiquiátrica da BAHIA, 7	RA	BA	ANA	SALVADOR	DP	GP / CC / BTI
1980	BASTOS, Adauri & Mamede, Iuiz Antonio, 8	CEC	R E V	ARE	RJ	DT	CT / CDU / CR / SE
	BASTOS, Adauri & Mamede, Iuiz Antonio, 8					DP	CT / CDU / CR / SE
1991	CAVALARI, Cell Denise, ETC..., 9	CEC	AE	ARE	SP		RIT
1978	CENTRO Brasileiro de Estudos Saúde / Grupo de Saúde Mental, 10	RGT	AE	CB	CAMBURIU SC	DP	BTI / GP
	CENTRO Brasileiro de Estudos Saúde / Grupo de Saúde Mental, 10					AV	BTI / GP
1979	CENTRO Brasileiro de Estudos Saúde de SP, 11	RGT	MI	CB	SP	AV	CT / BTI
	CENTRO Brasileiro de Estudos Saúde de SP, 11					AN	CT / BTI
1984	CHUTORIANSKY, Daniel, 12	RGT	BA	ARE	NITEROI RJ	OR	CDU / CDF
	CHUTORIANSKY, Daniel, 12	AI				DT	CDU / CDF
1988	CHUTORIANSKY, Daniel, 13	RGT	BA	ARE	NITEROI RJ	OR	
	CHUTORIANSKY, Daniel, 13	AI					
1990	COSTA, Jurandir Freire, 14	RGT	R E V	AES	SP	HS	CDH
	COSTA, Jurandir Freire, 14	AI				NO	CDH
1992	FEDERAÇÃO Brasileira de Hospitais, 15	RA	DOF	ANA	BRASILIA DF	SE	CDU / CDF
	FEDERAÇÃO Brasileira de Hospitais, 15					BTI	CDU / CDF

Ano	Autor	Tipo Doc	Publicação	Instituição	Local	Nat. do Docum	Temática Abordada
1991	KUPFER, Maria Cristina, DELOSI, Mirsa Elizabeth, 16	AIG	AE		SP		
1993	LIMA, Maria Elisabeth Antunes, 17	DA	AE	ANA	FLORIANÓPOLIS SC	DP	ADP
	LIMA, Maria Elisabeth Antunes, 17	AI				AV	ADP
1993	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial de São Paulo, 18	RA	AE	AES	SALVADOR	NA	CR / S
	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial de São Paulo, 18	RGT					CR / S
1993	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial de São Paulo, 19	RA	AE	AES	SP	NO	ADP
	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial de São Paulo, 19	RGT					ADP
1993	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial do Ceará, 20	RA	AE	AES	CEARÁ	AV	CDH / CL
1993	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial do Espírito Santo, 21	RA	AE	AES	VITÓRIA ES	AV	ADF / CR / S / E
	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial do Espírito Santo, 21	RGT					ADF / CR / S / E
1993	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial do Rio Grande do Sul, 22	RA	AE	AES	RS	DP	CDH / CL / CR / S
	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial do Rio Grande do Sul, 22	RGT					CDH / CL / CR / S
1993	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial do Rio Grande do Sul, 23	RA	AE	AES	RS	AN	CR / S / CL
	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial do Rio Grande do Sul, 23	RGT				AV	CR / S / CL
1993	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial, 24	RA	AE	AES	SALVADOR	AV	ADP / CT / SO
	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial, 24	RGT				AN	ADP / CT / SO
1993	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial, 25	RA	AE	AES	SALVADOR	DP	CDH / CR / S / I
	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial, 25	RGT					CDH / CR / S / I
1993	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial, 26	RA	AE	AES	SALVADOR	NA	CR / S / CDH
1993	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial, 27	RA	AE	AES	SALVADOR	DP	RP / IE
	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial, 27	RGT					RP / IE
1993	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial, 28	RA	AE	AES	SALVADOR	DP	CDH / GP
	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial, 28	RGT				AN	CDH / GP
1993	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial, 29	RA	AE	AES	SALVADOR	CDH	RP
	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial, 29	RGT					RP
1993	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial, 30	RA	AE	AES	SALVADOR	AN	CR / S / CL
	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial, 30	RGT					CR / S / CL
1993	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial, 31	RA	AE	AES	SALVADOR	AN	CL / CC
	MOVIMENTO da Luta Antimanicomial, 31	RGT					CL / CC
1979	MOVIMENTO dos Trabalhadores em Saúde Mental, 32	RA	AE	AES	SP	DP	MS / CT
	MOVIMENTO dos Trabalhadores em Saúde Mental, 32	RGT				AN	MS / CT

Ano	Autor	Tipo Doc	Publicação	Instituição	Local	Nat. do Docum	Temática Abordada
1980	MOVIMENTO dos Trabalhadores em Saúde Mental, 33	RA	MI	ANA	SALVADOR	DP	MS / RP
1978	NÚCLEO de Psiquiatria e Psicologia Social Inst. SEDES SAPIENTIAE, 34	RGT	MF	AES	SP	DP	FP / MH / RP
1992	OLIVEIRA, Carmen Silveira de, 35	AI	MI		RS	DP	ADP / RP / A / S
	OLIVEIRA, Carmen Silveira de, 35					AN	ADP / RP / A / S
1990	PLENÁRIO de Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo, 36	RGT	AE	AES	SP		CDH
1983	RIBAS, João Carvalhal, 37	RA	AE	ANA	RJ	AN	MA / MS / CDU
	RIBAS, João Carvalhal, 37	AI				AV	MA / MS / CDU
1992	RODRIGUES FILHO, Salomão, 38	AI	AE	ANA		DP	CDH / MA
	RODRIGUES FILHO, Salomão, 38					NO	CDH / MA
1987	SECRETARIA de Estado da Saúde do Rio de Janeiro Progr. De Saúde Mental, 39	RO	B	SES	RJ	RE	ADP / RP
1991	TOMASINI, Mario; SILVA, João Ferreira da, 40	AG	AE	GT	SANTOS SP	AV	MS / MA / CL
	TOMASINI, Mario; SILVA, João Ferreira da, 40					AN	MS / MA / CL
1992	VASCONCELOS, Eduardo Mourão, 41	AI	AE	GT	BRASILIA DF	AV	MA / MS
	VASCONCELOS, Eduardo Mourão, 41					AN	MA / MS

Quadro VII - Percentual das Temáticas nas Teses e Dissertações - CTD

Cód.	CATEGORIAS	DISSERTAÇÕES 112		TESES 43	
		N	%	N	%
RS	Representações Sociais	52	46.43	29	67.44
V	Violencia	0	0.00	0	0.00
PM	Patologias Mentais	23	20.54	13	30.23
EM	Estados Mentais	2	1.79	5	11.63
DA	Drogadição e Alcoolismo	3	2.68	1	2.33
CDH	Cidadania e Direitos Humanos	11	9.82	7	16.28
ED	Discriminação Social	2	1.79	5	11.63
CT	Condições de Trabalho	11	9.82	8	18.60
AL	Alienação / Isolamento Social	8	7.14	5	11.63
CT	Ensino /Agentes em Saude Mental	10	8.93	9	20.93
Rso	Reabilitação Social	0	0.00	3	6.98
RSM	Reforma Psiquiatrica e Desospitalização	25	22.32	11	25.58
P	Planejamento	3	2.68	0	0.00
L		1	0.89	0	0.00
G	Gestão	9	8.04	2	4.65
H	Retorspectiva Histórica	2	1.79	0	0.00
A	Avaliação	8	7.14	2	4.65
BTI	BasesTeoricas e Ideologicas	13	11.61	6	13.95
ALJ	Aspectos Legais e Juridicos	6	5.36	1	2.33
MGP	Metodologia da Gestão Pública em Saude Mental	24	21.43	5	11.63
MA	Modelo de Atenção	23	20.54	12	27.91
AQ	Avaliação da Qualidade	13	11.61	3	6.98
PP	Políticas Publicas	26	23.21	5	11.63
NA	Níveis de atenção em Saude Mental	11	9.82	7	16.28
CC	Conceituação ou Concepções	18	16.07	10	23.26
Lo	Loucura	5	4.46	5	11.63
DM	Doença Mental	4	3.57	4	9.30
SM	Saude Mental	1	0.89	7	16.28
IP	Instituição Psiquiatrica	9	8.04	5	11.63
FP	Formação dos Profissionais	25	23.32	3	6.98
C	Capacitação	7	6.25	2	4.65
GC	Gestão da Capacitação	3	2.68	1	2.33
MC	Modelos de Capacitação	6	5.36	3	6.98
SO	Saude Ocupacional	8	7.14	2	4.65
RIP	Relações Interpessoais	13	11.61	5	11.63
RT	Relações de Trabalho	4	3.57	2	4.65
RP	Relações Profissional Paciente	8	7.14	2	4.65
RPF	Relações Paciente Familia	7	6.25	2	4.65
RPRO	Relações Profissional Familia	1	0.89	0	0.00
IMP	Imagem Profissional	1	0.89	0	0.00
EI	Estudos Interdisciplinares xxxxx	5	4.46	3	6.98

**Quadro VIII - Percentual das Temáticas nos Artigos em Revistas, Relatórios
Oficiais, relatórios de Associações e Anais de Eventos – CROA**

Cód.	Categorias	Artigos de Revistas 138		Relat Oficiais 34		Relat de Assoc. 31		Anais de Eventos 41	
		N	%	N	%	N	%	N	%
CdU	Cuidados ao Usuario	11	7.86	1	9.09	1	4.35	5	12.20
CdF	Cuidados a Família	3	2.14	0	0.00	1	4.35	2	4.88
Se	Serviços	13	9.29	2	18.18	1	4.35	2	4.88
NA	Níveis de Atenção	9	6.43	3	27.27	2	8.70	0	0.00
MA	Modelos de Atuação	23	16.43	0	0.00	1	4.35	4	9.76
MAt	Modelos de Atenção	56	40.00	5	45.45	14	60.87	0	0.00
MS	Movimentos Sociais	14	10.00	1	9.09	0	0.00	5	12.20
CI	Cultura	9	6.43	2	18.18	0	0.00	6	14.63
Cc	Conceituação	20	14.29	1	9.09	1	4.35	2	4.88
FP	Formação Profissional	18	12.86	0	0.00	0	0.00	1	2.44
GP	Gestão Pública	26	18.57	7	63.64	10	43.48	5	12.20
BTI	Bases Teóricas ou Ideológicas	11	7.86	3	27.27	3	13.04	3	7.32
CDH	Cidadania	9	6.43	3	27.27	2	8.70	8	19.51
CT	Condições de Trabalho	10	7.14	0	0.00	1	4.35	6	14.63
SO	Saúde Ocupacional	5	3.57	0	0.00	0	0.00	1	2.44
AdF	Administração de Recursos Financeiros	6	4.29	2	18.18	0	0.00	2	4.88
AdP	Administração de Recursos Humanos	4	2.86	0	0.00	1	4.35	6	14.63
INT	Interdisciplinaridade	13	9.29	0	0.00	3	13.04	0	0.00
RSM	Reforma e Desinstitucionalização	31	22.14	0	0.00	0	0.00	0	0.00
RS	Representações Sociais	8	5.71	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Ep	Epidemiologia	22	15.71	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Rso	Reabilitação Social	5	3.57	1	9.09	2	8.7	1	2.44
Ie	Infraestrutura	5	3.57	3	27.27	0	0.00	2	4.88
RP	Relações Profissionais	10	7.14	0	0.00	1	4.35	7	17.07
Cr	Crise	3	2.14	0	0.00	1	4.35	10	24.39
CrS	Crise Social	2	1.43	0	0.00	0	0.00	8	19.51
CrE	Crise Economica	4	2.86	0	0.00	2	8.70	2	4.88
CrI	Crise Institucional	8	5.71	0	0.00	0	0.00	0	0.00
CrD	Crise Ideologica	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
CrP	Crise Politica	7	5.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
OS	Outros	2	1.43						

**Quadro IX - Percentual das Temáticas nos Artigos em Revistas, Relatórios
Oficiais, relatórios de Associações e Anais de Eventos - CROA**

Cód.	Categorias	Artigos de Revistas		Relat Oficiais		Relat de Assoc.		Anais de Eventos	
		N	%	N	%	N	%	N	%
CdU	Cuidados ao Usuario	11	7.86	1	9.09	1	4.35	5	12.20
CdF	Cuidados a Família	3	2.14	0	0.00	1	4.35	2	4.88
Se	Serviços	13	9.29	2	18.18	1	4.35	2	4.88
NA	Níveis de Atenção	9	6.43	3	27.27	2	8.70	0	0.00
MA	Modelos de Atuação	23	16.43	0	0.00	1	4.35	4	9.76
MA_t	Modelos de Atenção	56	40.00	5	45.45	14	60.87	0	0.00
MS	Movimentos Sociais	14	10.00	1	9.09	0	0.00	5	12.20
CI	Cultura	9	6.43	2	18.18	0	0.00	6	14.63
Cc	Conceituação	20	14.29	1	9.09	1	4.35	2	4.88
FP	Formação Profissional	18	12.86	0	0.00	0	0.00	1	2.44
GP	Gestão Pública	26	18.57	7	63.64	10	43.48	5	12.20
BTI	Bases Teóricas ou Ideológicas	11	7.86	3	27.27	3	13.04	3	7.32
CDH	Cidadania	9	6.43	3	27.27	2	8.70	8	19.51
CT	Condições de Trabalho	10	7.14	0	0.00	1	4.35	6	14.63
SO	Saúde Ocupacional	5	3.57	0	0.00	0	0.00	1	2.44
AdF	Administração de Recursos Financeiros	6	4.29	2	18.18	0	0.00	2	4.88
AdP	Administração de Recursos Humanos	4	2.86	0	0.00	1	4.35	6	14.63
INT	Interdisciplinaridade	13	9.29	0	0.00	3	13.04	0	0.00
RSM	Reforma e Desinstitucionalização	31	22.14	0	0.00	0	0.00	0	0.00
RS	Representações Sociais	8	5.71	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Ep	Epidemiologia	22	15.71	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Rso	Reabilitação Social	5	3.57	1	9.09	2	8.7	1	2.44
Ie	Infraestrutura	5	3.57	3	27.27	0	0.00	2	4.88
RP	Relações Profissionais	10	7.14	0	0.00	1	4.35	7	17.07
Cr	Crise	3	2.14	0	0.00	1	4.35	10	24.39
CrS	Crise Social	2	1.43	0	0.00	0	0.00	8	19.51
CrE	Crise Economica	4	2.86	0	0.00	2	8.70	2	4.88
CrI	Crise Institucional	8	5.71	0	0.00	0	0.00	0	0.00
CrD	Crise Ideologica	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
CrP	Crise Política	7	5.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
OS	Outros	2	1.43						

Quadro X - Documentos por Categorias de Classificação - Ano de Publicação

Doc.	Teses				Dissertações				Artigos de Revista				Relatórios Oficiais				Relatórios Of. ROI				Relatórios de Associações & Anais e Eventos				Total						
	Meio de Publicação	Instituição	Área	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Instituição	Área	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Instituição	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Instituição	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Instituição	Perc. %	Área	Perc. %	Ano	Perc. %	Natureza do Doc.	Perc. %				
1977	-	-	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	0,82	-	-				
1978	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	6	1,63	-	-				
1979	-	-	-	-	1	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	8	2,17	-	-				
1980	-	-	-	-	4	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	9	2,45	-	-				
1981	-	-	-	-	1	-	-	-	8	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	11	2,99	-	-				
1982	-	-	-	-	3	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	3,26	-	-				
1983	-	-	-	-	3	-	-	3	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	9	2,45	-	-				
1984	-	-	-	-	4	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	11	2,99	-	-				
1985	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	7	-	-	-	1	-	-	-	-	-	12	3,26	-	-				
1986	-	-	-	-	3	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	2,72	-	-				
1987	-	-	-	-	3	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	6	1,63	-	-				
1988	-	-	-	2	-	-	-	4	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	14	3,80	-	-				
1989	-	-	-	2	-	-	-	6	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	4,35	-	-				
1990	-	-	-	2	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2	-	-	-	-	-	10	2,72	-	-				
1991	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	46	12,50	-	-				
1992	-	-	-	4	-	-	-	19	-	-	-	-	-	5	-	-	2	6	-	-	-	-	-	48	13,04	-	-				
1993	-	-	-	4	-	-	-	6	-	-	-	-	-	2	-	-	2	15	-	-	-	-	-	26	7,07	-	-				
1994	-	-	-	4	-	-	-	9	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	5,16	-	-				
1995	-	-	-	6	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	19	5,16	-	-				
1996	-	-	-	4	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	3,53	-	-				
1997	-	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	5,43	-	-				
1998	-	-	-	6	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	2,45	-	-				
1999	-	-	-	2	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	3,26	-	-				
2000	-	-	-	4	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	1,36	-	-				
Sem Data	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	368	100,00	-	-				
Totais:	-	-	-	43	-	-	-	112	-	-	-	-	-	23	-	-	11	41	-	-	-	-	-	-	-	-	-				

Quadro XI - Documentos por Categorias de Classificação - Meios de Publicação

Documentos	Teses				Dissertações				Artigos de Revista				Relatórios Oficiais				Relatórios Of. ROI				Relatórios de Associações & Anais e Eventos				Total									
	Meio de Publicação	Instituição	Área	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Instituição	Área	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Instituição	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Instituição	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Instituição	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Perc. %	Instituição	Perc. %	Área	Perc. %	Ano	Perc. %	Natureza do Doc.	Perc. %		
Revista não indexada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Revista indexada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Academia	43	-	-	-	-	112	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Anais de Eventos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Boletins Oficiais de Associações	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Publicação Oficial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	9	-	-	-	-	6	-	1	-	18	4,96	1	100,00	-	-	-	-	-	-	-
Mimógrafo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	3	-	11	3,03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totais:	43	-	-	-	-	112	-	-	-	-	135	1	-	-	24	-	-	-	12	-	37	-	363	100,00	1	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-

Quadro XII - Documentos por Categorias de Classificação - Instituição

Documentos	Teses				Dissertações				Artigos de Revista				Relatórios Oficiais				Relatórios Of. ROLL				Relatórios de Associações & Anais e Eventos				Total								
	Meio de Publicação	Instituição	Área	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Instituição	Área	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Instituição	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Instituição	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Instituição	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Perc. %	Instituição	Perc. %	Área	Perc. %	Ano	Perc. %	Natureza do Doc.	Perc. %	
FIOCRUZ	-	2	-	-	-	-	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	8,03	-	-	-	-	-	-	-	
EERP	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,36	-	-	-	-	-	-	-	
PUC - RIO	-	1	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	2,92	-	-	-	-	-	-	-	
PUC - SP	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	2,19	-	-	-	-	-	-	-	
PUCCAMP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
UECE	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,36	-	-	-	-	-	-	-	
UERJ	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	4,38	-	-	-	-	-	-	-	
UFBA	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1,46	-	-	-	-	-	-	-	
UFCE	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,36	-	-	-	-	-	-	-	
UFF	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,36	-	-	-	-	-	-	-	
UFMT	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,36	-	-	-	-	-	-	-	
UFRGS	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,36	-	-	-	-	-	-	-	
UFRJ	-	7	-	-	-	-	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	8,76	-	-	-	-	-	-	-	
UFSC	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,73	-	-	-	-	-	-	-	
UNB	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1,46	-	-	-	-	-	-	-	
UNESP	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,36	-	-	-	-	-	-	-	
UNICAMP	-	10	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	4,74	-	-	-	-	-	-	-	
UNIFESP	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,73	-	-	-	-	-	-	-	
USP	-	23	-	-	-	-	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51	18,61	-	-	-	-	-	-	-	
Ministério da Saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	18	6,57	-	-	-	-	-	-	-	
Secretaria Estadual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	4	1,46	-	-	-	-	-	-	-	
Associação Nacional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	64	23,36	-	-	-	-	-	-	-	
Associação Regional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	2,92	-	-	-	-	-	-	-	
CEBES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,73	-	-	-	-	-	-	-	
Grupos de Trabalho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	6,20	-	-	-	-	-	-	-	
Universidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	2,19	-	-	-	-	-	-	-	
Totais:	-	44	-	-	-	-	111	-	-	-	-	22	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	274	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-

Quadro XIII - Documentos por Categorias de Classificação - Área

Documentos	Teses				Dissertações				Artigos de Revista				Relatórios Oficiais				Relatórios Of. ROLI				Relatórios de Associações & Anais e Eventos				Total							
	Meio de Publicação	Instituição	Área	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Instituição	Área	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Instituição	Área	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Instituição	Área	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Instituição	Perc. %	Instituição	Perc. %	Área	Perc. %	Ano	Perc. %	Natureza do Doc.	Perc. %	
Antropologia	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,65	-	-	-	-	-	
Arquitetura	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,65	-	-	-	-	-	
Ciências Sociais	-	-	1	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	3,27	-	-	-	-	-	
Enfermagem Psiquiátrica	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,31	-	-	-	-	-	
Enfermagem	-	-	7	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	13,07	-	-	-	-	-	
Escola Nac. de Saúde Pública	-	-	2	-	-	-	-	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	13,07	-	-	-	-	-	
Faculdade de Educação	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,65	-	-	-	-	-	
Faculdade de Ed. Especial	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,65	-	-	-	-	-	
Filosofia	-	-	2	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	3,27	-	-	-	-	-	
História	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,65	-	-	-	-	-	
Instituto F. Figueira	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,65	-	-	-	-	-	
Medicina Social	-	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	5,88	-	-	-	-	-	
Medicina	-	-	13	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26	16,99	-	-	-	-	-	
Museu Nacional	-	-	1	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	3,27	-	-	-	-	-	
Psicologia Educacional	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,65	-	-	-	-	-	
Psicologia Social	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,31	-	-	-	-	-	
Psicologia	-	-	8	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21	13,73	-	-	-	-	-	
Psiquiatria	-	-	5	-	-	-	-	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21	13,73	-	-	-	-	-	
Saúde Coletiva	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,31	-	-	-	-	-	
Saúde Mental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,65	-	-	-	-	-	
Saúde Pública	-	-	2	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	3,92	-	-	-	-	-	
Serviço Social	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,65	-	-	-	-	-	
Totais:	-	-	43	-	-	-	-	110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	153	100,00	-	-	-	-	-	

Quadro XIV - Documentos por Categorias de Classificação - Natureza do Documento

Documentos	Teses					Dissertações					Artigos de Revista					Relatórios Oficiais					Relatórios Of. ROI					Relatórios de Associações & Anais e Eventos					Total									
	Meio de Publicação	Instituição	Área	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Instituição	Área	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Instituição	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Instituição	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Instituição	Ano	Natureza do Doc.	Meio de Publicação	Instituição	Perc. %	Área	Perc. %	Ano	Perc. %	Área	Perc. %	Natureza do Doc.	Perc. %							
Histórico	-	-	-	-	12	-	-	-	-	24	-	-	-	19	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60	12,30								
Normativo / Legislador	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	2,46								
Orientador	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	3,89								
Reivindicatório	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1,23								
Diretrizes Técnicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	6,15								
Diretrizes Políticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39	7,99								
Análise	-	-	-	-	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45	9,22								
Avaliação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67	13,73								
Crítico	-	-	-	-	8	-	-	-	-	25	-	-	-	70	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	104	21,31								
Teórico	-	-	-	-	6	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	3,89								
Conceitual	-	-	-	-	4	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	2,25								
Estudo de Caso	-	-	-	-	5	-	-	-	-	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37	7,58								
Epidemiológico	-	-	-	-	7	-	-	-	-	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31	6,35								
Bibliográfico	-	-	-	-	1	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	1,02								
Etnográfico	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	0,61								
Totais:	-	-	-	-	75	-	-	-	-	129	-	-	-	154	-	-	-	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	488	100,00								