

A PSICANÁLISE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: DIÁLOGOS POSSÍVEIS E DESAFIOS CLÍNICO-INSTITUCIONAIS

ÉTORE GOMES MAZINI¹, ANDREA ALVES DE OLIVEIRA², GEDERSON CÂMARA MARQUES³, MÁRCIA HELENA DE CARVALHO⁴, MÁRCIO ROCHA DAMASCENO⁵

1 Mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense, Professor no Centro Universitário UniFacig. E-mail: etore.gomes@sempre.unifacig.edu.br.

2 Mestre em Ensino pela PUC-MG, Professora no Centro Universitário UniFacig. E-mail: andrea.alvesoliveira@sempreunifacig.edu.br.

3 Mestrando em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais, Professor no Centro Universitário UniFacig. E-mail: gederson.marques@sempre.unifacig.edu.br.

4 Mestre em Serviço Social pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Professora no Centro Universitário UniFacig. E-mail: marciacarvalho@sempre.unifacig.edu.br.

5 Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Mestre em Psicanálise e Saúde Mental, Pós-graduado em Dependência Química, Psicólogo, Professor e Coordenador do Curso de Psicologia do UNIFACIG, e-mail: marciorocha@sempre.unifacig.edu.br.

RESUMO

O presente trabalho tem como tema de estudo desenvolver uma interlocução do campo da saúde mental com a psicanálise. Realizou-se um estudo de revisão teórica partindo da experiência de atuação do psicólogo em um Centro de Atenção Psicossocial, articulando esta experiência com o saber psicanalítico e sua inserção nos dispositivos de saúde mental. Foram abordados os seguintes eixos: O discurso e a hegemonia do poder psiquiátrico (a institucionalização da loucura); O movimento de reforma psiquiátrica e seus efeitos clínicos e políticos; Os CAPS como dispositivos estratégicos de saúde mental e o conceito de atenção psicossocial; A interlocução da psicanálise com o campo da saúde mental, os diálogos possíveis e os desafios encontrados.

Palavras-chave: Saúde Mental; Psicanálise; Instituição; Reforma psiquiátrica.

PSYCHOANALYSIS IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH: POSSIBLE DIALOGUES AND CLINICAL-INSTITUTIONAL CHALLENGES

ABSTRACT

The present work has as its subject of study to develop a dialogue between the field of mental health and psychoanalysis. A theoretical review study was carried out based on the psychologist's experience in a Psychosocial Care Center, articulating this experience with psychoanalytic knowledge and its insertion in mental health devices. The following axes were addressed: The discourse and the hegemony of psychiatric power (the institutionalization of madness); The psychiatric reform movement and its clinical and political effects; CAPS as strategic mental health devices and the concept of psychosocial care; Interlocution between psychoanalysis and the field of mental health, possible dialogues and challenges encountered.

Keywords: Mental health; Psychoanalysis; Institution; Psychiatric reform.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objeto de estudo estabelecer uma interlocução do campo da saúde mental com a psicanálise. Um dos dispositivos fundamentais da saúde mental pública em nosso país é o Centro de Atenção Psicossocial, um dispositivo estratégico do Sistema

Único de Saúde que realiza uma função clínica e política de acolhimento e tratamento para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, principalmente, neuroses e psicoses graves, e transtornos por uso de substâncias psicoativas. Os CAPS funcionam de modo interdisciplinar e intersetorial, isto é, o trabalho é construído em equipes multiprofissionais e atua, ao mesmo tempo, em uma lógica de trabalho em rede.

O tema central é, pois, o desenvolvimento de um estudo de revisão teórica partindo da experiência de atuação do psicólogo no campo da saúde mental, mais especificamente, em um CAPS, articulando esta experiência com o saber psicanalítico em sua inserção nestes dispositivos de saúde. É reconhecida a presença do discurso e do fazer psicanalítico no campo da saúde mental e no movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, nos âmbitos clínico e político, a psicanálise contribuiu de forma significativa para o avanço do processo de desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais graves que antes eram tratadas no modelo manicomial e biomédico.

Para atingir os objetivos propostos neste estudo, organizamos alguns tópicos fundamentais para orientar as discussões teóricas que nortearão o trabalho. São os seguintes pontos que serão abordados: 1. O discurso e a hegemonia do poder psiquiátrico (a institucionalização da loucura); 2. O movimento de reforma psiquiátrica e seus efeitos clínicos e políticos; 3. Os CAPS como dispositivos estratégicos de saúde mental e o conceito de atenção psicossocial; 4. A interlocução da psicanálise com o campo da saúde mental: os diálogos possíveis e os desafios encontrados; 5. As considerações finais apontando quais são os desdobramentos possíveis do tema proposto.

As inquietações e tensões cotidianas no trabalho em equipe de saúde mental, os desafios da clínica com a psicose e outros transtornos graves e persistentes, o trabalho intersetorial com a atenção básica de saúde e outros setores envolvidos, estes e outros pontos foram cruciais para pensar a inserção da psicanálise nesse campo multifacetado da saúde mental no âmbito do SUS.

Sabemos, segundo Tenório (2007) que a clínica desenvolvida pelos CAPS não é uma “clínica nova”, mas, herdeira da tradição psiquiátrica, tendo em vista que, historicamente, foi outorgado à psiquiatria o mandato social de se ocupar de um determinado tipo de pessoas reconhecidas como diferentes e dissonantes do laço social, mas, por outro lado, a tradição psicanalítica se inseriu nesse campo e produziu (produz) efeitos nas práticas de saúde, através da “clínica do sujeito” e pela via da singularidade.

2 O DISCURSO E A HEGEMONIA DO PODER PSIQUIÁTRICO

Desde a hegemonia do tratamento psiquiátrico em espaço asilar até as experiências de reforma psiquiátrica contemporâneas, o lugar social da loucura é colocado em questão; ora se confinou esse lugar da loucura dentro do aparato institucional do manicômio, ora se propôs a liberação do enclausuramento e o questionamento da exclusiva autoridade psiquiátrica sobre os loucos.

A partir de Hegel e da tradição alienista sustentada por Pinel na França, Entre os séculos XVIII e XIX, a loucura passa a ser constituída como uma contradição no interior da razão. Daí em diante a loucura seria conflito do sujeito consigo mesmo e não uma total ausência de razão, mas uma relação de *contradição* interior à razão (PELBART, 2009).

Como subversão da ordem e conflito no interior da totalidade da razão, a loucura permanece capturada por determinações internas ao sujeito. A partir de Hegel, portanto, a loucura será pensada como um “Outro da Razão” que lhe é interior, uma espécie de subjetividade dilacerada, passível de cura; e foi somente a partir dessa brecha que o Alienismo pôde então agir e intervir sobre o postulado da curabilidade da loucura. Com Hegel e a tradição alienista, a loucura como figura da alteridade absoluta e da diferença, se transformou em um fora interior à razão. Assim, a experiência da loucura já não podia mais manifestar qualquer caráter sagrado ou trágico do mundo, mas tão somente uma contradição do homem com suas própria natureza.

A partir do século XVIII emerge uma forma de gestão, tratamento e disciplina muito mais refinados nos espaços de confinamento sobre a figura do louco. A *síntese alienista* tal como Castel (1978) a define se constituía em três eixos que tornaram possíveis a apreensão da loucura pela psiquiatria nascente da época; são eles: a classificação do *espaço institucional* como o recurso por excelência da terapêutica e do tratamento; o *arranjo nosográfico* das doenças mentais e a imposição da *relação de poder* entre o médico e o alienado através da consolidação do alienista como o agente principal no tratamento moral.

Ao liberar os loucos das correntes, Pinel instaura, ao mesmo tempo, a tecnologia do tratamento asilar sob um regime de total isolamento terapêutico entre o alienado e o meio social. O princípio terapêutico do tratamento moral inaugurado por Pinel e a tradição alienista pressupunha que as causas da alienação estão presentes no meio social, o que impõe a tática do isolamento, isto é, a reclusão no espaço asilar, estratégia para afastar o sujeito das causas de sua alienação mental, “transportando o indivíduo enfermo para um meio onde elas não podem mais prejudicá-lo” (AMARANTE, 2007, p. 29).

Na instituição manicomial, a loucura é apreendida como verdade médica. A importância de Pinel encontra-se, sobretudo, na operação do deslocamento da loucura de um objeto da filosofia que tratava das questões da alma, das paixões e da moral, para se tornar, principalmente, um objeto de saber da medicina. A partir disso, ocorrem transformações práticas e institucionais na relação com a loucura, na medida em que Pinel estabelece o estatuto teórico da alienação mental “ao entender que a alienação é produto de um distúrbio da paixão, no interior da própria razão, e não a sua alteridade” (AMARANTE, 2007, p. 42).

Por intermédio da medicalização da loucura inventou-se um novo estatuto de tutela, isto é, outro estatuto regulador para legitimar uma relação mais específica com a loucura será construído, sobretudo, nas bases de uma ordem médica. O médico/alienista se torna então o tutor legal e o agente da razão hegemônica que poderá confrontar o alienado no cerne de sua loucura. Dentro desta lógica, “o alienista foi antes de tudo o encarregado de um perigo; ele se postou como a sentinela de uma ordem que é a da sociedade em seu conjunto” (FOUCAULT, 2006a, p. 325).

A racionalidade alienista irá preparar o terreno para a consolidação da psiquiatria como especialidade médica. O conceito de alienação mental, segundo Amarante (2007, p. 31) “contribuiu para produzir, como consequência inerente à própria noção, uma atitude social de medo e discriminação” em relação aos indivíduos identificados como potencialmente perigosos para a sociedade.

As relações entre periculosidade e loucura serão possíveis em função de um conjunto de ações políticas, administrativas e sociais que procuravam desqualificar o louco como um improdutivo social na medida em que ele não poderia participar ativamente do processo de produção e aquisição necessários nas relações e trocas sociais. A inaptidão ao trabalho se caracterizou como o primeiro critério para determinar a loucura em um indivíduo (FOUCAULT, 2006). Restará para o louco o isolamento social e, conseqüentemente, a redução da loucura ao tratamento institucional. Nesse sentido, torna-se necessário um enquadre institucional, uma organização assistencial, um dispositivo de poder, em suma, a objetificação da loucura na forma da doença mental.

Nesse cenário, a psiquiatria do século XIX, buscou definir sua especificidade no domínio da medicina para fazer reconhecer sua cientificidade entre as outras práticas médicas. O reconhecimento da psiquiatria como especialidade médica das “desordens mentais” ou dos “desvios de conduta” se deu, ao mesmo tempo, em que a sua prática funcionava como uma forma de higiene pública. Nesse contexto de afirmação da psiquiatria como especialidade e

prática médica das desordens mentais a loucura será apropriada pela categoria nosográfica de doença mental.

3 OS MOVIMENTOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

O campo da saúde mental pública com o paradigma da atenção psicossocial se constituiu historicamente a partir de uma pluralidade de experiências clínicas, políticas e institucionais, especialmente, a partir dos movimentos reformistas e críticos ao tradicional modelo psiquiátrico desencadeados em meados dos anos 1950 em alguns países europeus. Para alcançarmos, portanto, o atual modelo psicossocial de atenção em saúde mental, é necessário retornar brevemente aos movimentos de reforma psiquiátrica que possibilitaram os caminhos neste processo de mudança de paradigma institucional no tratamento da loucura. Entretanto, para os objetivos deste artigo não iremos percorrer todos os movimentos de reforma psiquiátrica, mas fazer uma delimitação geral sobre os princípios essenciais desta reforma.

O período pós-guerra marca o início de um processo de “reforma humanizadora” das instituições psiquiátricas então existentes. São diversos os modelos de reforma desencadeados na Europa nesse período, sendo o questionamento da instituição psiquiátrica hegemônica como dispositivo de poder manicomial o principal ponto de aproximação entre estes processos reformistas. Vale ressaltar que a instituição que se coloca em questão não é apenas o manicômio enquanto um edifício ou um estabelecimento físico estruturado, mas a própria loucura como objeto institucionalizado e reduzido à categoria de doença mental.

Na esteira desses abalos sobre as bases da psiquiatria podemos falar em experiências de antipsiquiatrias e reformas psiquiátricas em vez de uma única antipsiquiatria ou de um modelo de reforma predominante. O contexto histórico criou condições de possibilidade para um importante movimento de reformas psiquiátricas e transformações institucionais. As experiências de reforma foram influenciadas pelo impacto da guerra e o horror dos campos de concentração que dirigiram os olhares para os hospitais psiquiátricos, para a condição de vida dos loucos e para o estatuto da psiquiatria enquanto saber privilegiado no tratamento à loucura.

Segundo Paulo Amarante (2007), podemos destacar didaticamente três grupos dentre as principais experiências de reforma psiquiátrica na Europa do pós-guerra: as Comunidades Terapêuticas (Reino Unido) e a Psicoterapia Institucional (França); a Psiquiatria de Setor (França), a Antipsiquiatria (Inglaterra) e a Psiquiatria Democrática (Itália).

Podemos destacar a experiência antimanicomial italiana protagonizada pelo psiquiatra Franco Basaglia, que na década de 1960 iniciou um processo de humanização do manicômio de Gorizia. Entretanto, após essa primeira tentativa de humanização institucional, Basaglia toma outros rumos e passa a afirmar que era preciso de fato destruir os manicômios, ou seja, seria preciso confrontá-lo como um lugar de segregação e isolamento, e não apenas reformá-los a partir do pressuposto de humanização destas estruturas.

Para Basaglia (2010), instituições como família, escola, fábrica e hospital são estruturas baseadas em uma clara divisão dos papéis, das forças de trabalho e entre quem dispõe e quem não dispõe de poder. O internamento retira toda a liberdade dos sujeitos, condiciona o interno a assumir para si a instituição como seu próprio corpo, sendo ele obrigado a aderir ao corpo da instituição objetificando-se nele.

O ponto fundamental destes movimentos de reforma era colocar em questão o poder estabelecido pela psiquiatria, evidenciar a complexidade da experiência da loucura (questionando a sua redução à categoria de “doença mental”) e, trazer esta experiência complexa para o laço político e social. Desse modo, a questão essencial seria restaurar a experiência da loucura em interlocução com a dinâmica social e cultural, e, para isso, era necessário confrontar as bases da psiquiatria então dominante.

A instituição em questão se refere tanto às formas sociais estabelecidas, ou seja, o hospital psiquiátrico, a psiquiatria, a categoria de doença mental, como aos processos pelos quais a sociedade se organiza.

Entende-se que em todo processo institucional ocorre uma dinâmica constante entre o que está estabelecido e o que está em movimento ou mudança, isto é, ocorre uma tensão nos processos de institucionalização entre uma dimensão instituída e outra instituinte. No campo da reforma psiquiátrica essa tensão entre instituído e instituinte se refere ao movimento que torna possível as transformações nos processos de institucionalização e a possibilidade de se estabelecer outros modos de organização e funcionamento institucional.

A partir desta perspectiva, a instituição da psiquiatria deixa de ser uma estrutura uniforme, homogênea e fechada em si mesma, para se configurar como um processo institucional, histórico e político produzido no movimento entre forças instituintes e formas instituídas que se modulam provocando uma tensão constante na dinâmica institucional.

É neste processo de tensão entre forças (instituídas e instituintes) que outros saberes e práticas serão possíveis no campo da saúde mental. Se a clínica e o saber psiquiátrico não são mais hegemônicos, outros saberes e práticas como a psicanálise, o saber e a fala do sujeito

que sofre um transtorno psíquico, estes e outros saberes terão possibilidade de serem inscritos, discutidos, escutados.

Vale ressaltar a polissemia do conceito de instituição, que pode ser apreendido a partir de uma perspectiva sociológica ou psicanalítica. Na visão sociológica, a instituição remete a noções como as de organização e estrutura, nesse sentido, a instituição estaria atrelada ao Estado e seria um objeto da realidade social, um estabelecimento instituído e organizado. Em outra perspectiva, podemos tomar a instituição não enquanto uma “coisa” estabelecida, mas, em um nível de significação simbólica da instituição, coloca-se em dúvida as regras estabelecidas, considerando a instituição não como um prédio, um estabelecimento ou uma organização determinada, mas como dinâmica contraditória em processo e movimento de construção no tempo e no espaço.

4 OS DISPOSITIVOS DE SAÚDE MENTAL E A PSICANÁLISE

No caso específico da instituição de saúde mental, podemos dizer que esta é tomada normalmente como o dispositivo instituído de tratamento, isto é, a instituição é identificada com o próprio equipamento, o centro de atenção psicossocial localizado em determinado território, enquanto elemento estratégico da reforma psiquiátrica.

Se tomarmos a instituição de saúde mental tão somente a partir desse estado de coisas, opera-se a manutenção das práticas estabelecidas, a sobreposição do instituído alijando os movimentos e forças dinâmicas instituintes. A ordem do instituído em si mesma não abre possibilidades de criação e reinvenção das práticas, isto é, o instituído permanece identificado à instituição, os sujeitos identificados a seus papéis institucionais, a instituição é assim reduzida ao nível estrutural e organizacional.

Em contrapartida, podemos pensar a partir de outra perspectiva a relação indissociável entre o instituído e os movimentos instituintes que implica em um processo de produção constante das práticas sociais e a construção de outros arranjos institucionais. Desse modo, as forças instituintes se constituem na prática como um movimento em jogo com as formas estabelecidas de tratamento, no sentido de produzir rupturas, crises e mudanças na racionalidade institucional.

Assim, a instituição deixa de se identificar a uma forma totalitária, para se produzir como o efeito das relações entre as faces instituída e instituinte, ou seja, como efeito desta relação que pode cristalizar-se no instituído ou constituir-se em outros processos de institucionalização.

Nesse cenário, a psicanálise pode operar como um saber e uma clínica que dá lugar à singularidade dos processos de subjetivação, às resistências ao poder instituído, ao escutar o sofrimento psíquico dos sujeitos a psicanálise na instituição de saúde mental opera um modo específico de escuta que se contrapõe ao estabelecido, ao protocolo das formas instituídas, tais como: anamneses, ênfase nos diagnósticos estabelecidos no DSM e CID, ênfase nos medicamentos psicotrópicos etc. A psicanálise no contexto institucional se depara com uma série de processos institucionais estabelecidos, mas, ao mesmo tempo, se coloca a tarefa de questionar esses processos e permitir que outras forças venham à tona, as forças inconscientes em jogo na dinâmica institucional, as forças de resistência e de assujeitamento.

A experiência de reforma psiquiátrica não deve ser reduzida a simples reforma ou reformulação dos serviços assistenciais, nesse sentido, os dispositivos de saúde mental não são serviços alternativos ao manicômio, mas, substitutivos à estrutura asilar. Diante disto, Amarante (2007) propõe que o primeiro desafio é superar a visão que reduz o processo de reforma à mera reestruturação de serviços de assistência. No movimento de reforma psiquiátrica a noção de atenção psicossocial deve ser tomada não como um modelo fixo e acabado, mas como uma estratégia ampla e um processo social complexo, isto é, como um movimento em construção e reconstrução permanente.

Conforme aponta Tenório (2007, p. 24)

hoje nós criticamos a redução completa da questão da loucura à categoria de doença ao propormos a tomada em consideração da dimensão da existência (atenção psicossocial), ou da dimensão do sujeito (psicanálise). Porém, essa abordagem da loucura pela medicina psiquiátrica e pela psicopatologia, com os desdobramentos que ela teve na psiquiatria clássica e na psicanálise, situa uma ética da inclusão, e uma ética que deve orientar o trabalho dos CAPS (TENÓRIO, 2007, p. 24)

O movimento da reforma psiquiátrica de forma mais abrangente aspira à transformação nas relações da sociedade com a loucura e não apenas a reestruturação dos serviços de tratamento. Dessa maneira, cabe ao profissional atuante na saúde mental, psicólogos, psicanalistas, levar em consideração a loucura como experiência singular e complexa, não reduzi-la à categoria de “doença mental”, não reduzi-la dentro de formas pré-estabelecidas em manuais de classificação psiquiátricos, isto é, resgatar a loucura enquanto experiência humana em sua dimensão de sofrimento, de ruptura e de reinvenção.

No âmbito das políticas públicas, o conceito de instituição é muitas vezes tomado na forma restrita de uma organização estabelecida por meio de leis, decretos ou normas, que objetiva atender uma necessidade social e humana específicas. A instituição possui um sentido organizacional, contudo não deve ser reduzida aos limites do estabelecimento

destinado a cumprir uma determinada função social.

Há um conjunto de forças em jogo que atravessa esta dimensão institucional estabelecida, e ao psicanalista cabe a função de colocar em análise estas forças, escutar o que está implícito, o que não é dito, ou analisar os discursos e seus pontos de lacuna, desconstruir as formas estabelecidas, questionar os determinismos que tentem reduzir o fenômeno da loucura à biologia, à psicofarmacologia, ao cérebro etc. Fazer com que o sujeito apareça em meio as tentativas de silenciá-lo.

Como apontam Nicolau e Calazans (2016), atualmente muitos psicanalistas têm exercido sua função em instituições de saúde, nas quais a interlocução com outros profissionais e equipes é condição necessária para que seu trabalho seja possível. E nesse encontro entre diferentes saberes e perspectivas, pode suscitar conflitos em relação à orientação do tratamento. É necessário que o psicanalista pense o seu fazer nesse contexto institucional da saúde, pois no encontro com outros saberes, como afirmam os autores, “é preciso manter a especificidade da práxis psicanalítica” (NICOLAU, CALAZANS, 2016, p. 1121).

Nesta perspectiva apontada por Nicolau e Calazans (2016) o psicanalista precisa se haver com uma dimensão assistencialista das instituições de saúde que, na maior parte das vezes, promove um ideal de reparação, saúde e adaptação, “provocando no sujeito uma alienação ao saber do outro diante do qual seu saber é desconsiderado” (2016, p. 1121). Desse modo, há uma dificuldade do sujeito de implicar-se com seu sintoma e responsabilizar-se por seu tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou analisar o campo da saúde mental em interlocução com a psicanálise. Partimos da apresentação do contexto histórico de estabelecimento do discurso psiquiátrico que consolidou o dispositivo manicomial de tratamento à “doença mental”, em seguida desenvolvemos o processo de reforma psiquiátrica e seus desdobramentos na política de saúde mental, e, por fim, buscamos articular este campo institucional com a práxis do psicanalista, tendo em vista, os desafios e impasses que esta articulação de saberes coloca para o campo psicanalítico.

A reforma psiquiátrica e o desenvolvimento de novas práticas, saberes e discursos em torno do sofrimento psíquico, impõe a necessidade de construção permanente de uma práxis ético-política em que a psicanálise é convocada a dialogar com estes saberes e constituir uma

clínica do sujeito que trate a loucura em sua complexidade, não reduzindo-a a fenômenos biológicos e medicamentosos. Desse modo, o saber e a práxis psicanalítica tem um papel fundamental nesse cenário das políticas públicas de saúde, não no sentido “assistencialista”, mas, no sentido de fazer existir o sujeito do desejo, sustentando a importância da dimensão inconsciente do sujeito como eixo do trabalho clínico em instituições.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados** em saúde mental e reforma psiquiátrica. AMARANTE, P. (org.), Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

CASTEL, R. **A Ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

FOUCAULT, M. O asilo ilimitado. In: **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Ditos e escritos v. 1. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a.

FOUCAULT, M. **Ética, sexualidade, política**. In: Ditos e escritos v. 5. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

MAZINI, Étore. **A relação com o Fora**: outra perspectiva para pensar a descontinuidade e o abandono ao tratamento em saúde mental. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2014.

NICOLAU, Roseane Freitas; CALAZANS, Roberto. O Mestre e o Psicanalista: tecendo laços nas políticas públicas. **Estud. pesquis. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. spe, p. 1119-1137, dez. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812016000400004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 abr. 2022.

PELBART, P. P. **Da clausura do fora ao fora da clausura**: loucura e desrazão. 2. ed. São Paulo: Iluminuras, 2009.

TENÓRIO, F. Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica. In: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. (orgs.). **Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica**. NUPPSAM/IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2007. 152p.