



Cuidado en salud mental en tiempos de retrocesos: destellos y resistencias

Mental Health Care in regression times: flashes and resistances

Rosângela Santos Oliveira¹ – Bruno Ferrari Emerich²
Rosana Onocko Campos³ – Pedro C. L. B. de Andrade⁴ – Ellen Cristina Ricci⁵

Resumen

En un escenario de tensiones y reveses político–democrático–sociales en las Políticas de Salud, el presente trabajo reflexiona sobre las prácticas de salud mental y el riesgo de que, en ese contexto, se construyan formas de atención a partir del conservadurismo y la burocratización ya presentes en las instituciones. Se trató de señalar que lo lúdico –como potencial creativo– y los agenciamientos colectivos –en la perspectiva de la construcción democrática– pueden configurarse como antídotos a los modos enyesados de (no) cuidar. A partir del relato de experiencia de una psicóloga residente en salud mental, se presentan experiencias creativas y colectivas en Campinas–SP (Brasil) y en la pasantía electiva realizada en Rosario (Argentina). Se señala el potencial de lo que fue producido por/ a partir de las experiencias, así como los desafíos

respecto a la necesidad de porosidad institucional para la realización de un cuidado libertario, singular y que sostenga la diferencia.

Palabras clave: Salud mental – Lucha antimanicomial – Atención psicosocial – Reveses – Resistencia – Micropolítica.

Summary

In a scenario of tensions and backtracks concerning health political-democratic-social policies, this paper reflects on mental health practices and the risk of conservative and bureaucratic tradition forms of attention already present in the institutions return. This paper tried to point out that the playful –as creative power- and collective empowerment -in the democratic construction perspective- can be configured as antidotes to the inflexible modes of (not) care.

¹ Psicóloga. Especialista en Salud Mental (UNICAMP). Coordinador CAPS AD Itatiba. Brasil. r.oliveirapsi@gmail.com

² Psicólogo. Magister y Doctor en Salud Colectiva (UNICAMP). Departamento de Salud Colectiva de la UNICAMP. Brasil. brunofemerich@gmail.com

³ Médica y psicoanalista. Profesora Doctora del Departamento de Salud Colectiva, Facultad de Ciencias Médicas de la UNICAMP. Brasil. rosanaoc@unicamp.br

⁴ Psicólogo. Especialista en Salud Mental y Colectiva (UNICAMP). CAPS III Novo Tempo. Brasil. pedroandrade99@yahoo.com

⁵ Terapeuta Ocupacional. Magister y Doctora en Salud Colectiva por la UNICAMP. Profesora Adjunta en Terapia Ocupacional de la Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). Brasil. ellenricci@gmail.com

Collective and creative experiences of a psychologist resident in mental health -in Campinas-SP (Brazil) and in elective internship held in Rosario (Argentina)- are developed along the paper: the potential of what was produced by/ from experiences, as well as challenges regarding the need institutional permeability in order to be able to deploy a libertarian care, singular and that sustains the difference.

Keywords: Mental Health – Antimanicomial Fight – Psychosocial Care – Backtraks, Resistance – Micropolitics.

Introducción

Brasil posee profundas desigualdades sociales iniciadas a partir de un proceso histórico de explotación y exterminio de los pueblos indígenas, así como de 300 años de esclavitud de los negros. La dimensión poblacional y territorial heterogénea del país muestran que el acceso al Sistema Único de Salud (SUS) es sin duda un gran logro para el pueblo brasileño (Paim, 2018).

Es en el contexto de lucha contra la dictadura militar (1964–1985) y de la redemocratización del país, que el movimiento social de la Reforma Sanitaria Brasileña – RSB, alrededor de 1970, pasa a proponer transformaciones en la concepción y organización de la salud (Vasconcelos, 2016). Con la construcción del Estado democrático brasileño, la salud pasa a ser considerada un derecho de todos y un deber del Estado garantizado por la Constitución Federal (1988, art. 196). Tenemos, así, una propuesta del SUS como política pública del Estado.

El movimiento de reforma psiquiátrica brasileña – RPB, a mediados de la década de 1970, nasce entrelazado a la RSB y, manteniendo algunas singularidades, se moviliza

a partir de denuncias sobre el abandono, informes de violencia psiquiátrica y violaciones de los derechos humanos en hospitales psiquiátricos (Amarante & Nunes, 2018; Arbex, 2013).

Según Amarante y Nunes (2018), el movimiento RPB pudo articularse con otros movimientos sociales y no solo afectó la salud, sino también otros sectores (cultura, justicia, derechos humanos, trabajo y seguridad social), teniendo el Movimiento Anti–Asilar (MLA) intensa participación social y de otros activistas, constituyendo un movimiento social comprometido en la lucha por la redemocratización de Brasil y por la extinción de las instituciones y las concepciones manicomiales (Vasconcelos, 2016).

Como marco legal histórico, la Ley 10.216 (2001) trata de la protección y los derechos de las personas con trastornos mentales con la redirección del modelo de atención de salud mental, concretizando, según Delgado et al. (2001, p. 452), un reemplazo del paradigma asilar para la “*construcción de una política de salud mental igualitaria, inclusiva, extrahospitalaria y comunitaria*”. Este es el paradigma de la atención psicosocial pautado en la clínica ampliada e interdisciplinaria enfocada en la experiencia de sufrimiento de los sujetos (y no en la enfermedad) y en la inclusión ciudadana y social de los individuos (Costa–Rosa et al., 2003).

Es importante destacar que ya existían experiencias en políticas públicas –como los Centros de Atención Psicosocial– que se desarrollaban en algunos municipios brasileños. Servicios que a partir de la Ley 10.216 (2001) y de varias otras reglamentaciones (189/91; 224/94; 336/02, entre otros) se consolidaron como servicios que reemplazan el modelo hospitalocéntrico de internaciones de largo plazo.

Además, el cierre progresivo de las camas psiquiátricas con la implementación de



Residencias Terapéuticas y del “Programa de regreso a casa”, dirigido a pacientes egresos de hospitales psiquiátricos, fueron algunas de las estrategias para redirigir la atención de salud mental en Brasil (Assis et al., 2013). En 2011, se creó la Red de Atención Psicosocial (RAPS) para personas con sufrimiento mental o con necesidades derivadas del consumo de drogas, estableciendo pautas y objetivos para cada punto de la red de salud en el SUS.

Se trata de un proceso social reciente, complejo, con implementación heterogénea de servicios sustitutos en el territorio brasileño (Macedo et al., 2017). Otras áreas tuvieron una inserción tardía en el debate y en la reorganización del modelo de atención de salud mental, por ejemplo, el modelo de atención para usuarios de drogas y la asistencia a la salud mental de niños y adolescentes (Assis et al., 2013; Bustamante et al., 2017). También ingresa recientemente en escena la discusión sobre la intersección entre raza, género y la lucha antimanicomial (Pereira y Passos, 2017).

Muchos obstáculos se han opuesto a la implementación del modelo de atención psicosocial tal como se lo preconizó. Vasconcelos (2016) destaca: bajos salarios, aumento del desempleo, precariedad e intensificación del trabajo con rotación de trabajadores acen tuada, fuerte institucionalización de prácticas, bajo número de servicios sustitutivos en la modalidad caracterizada por operación de 24 horas – CAPS III.

En el contexto brasileño actual, agravado por la situación político–democrática, se vive un momento dramático con la agenda neoliberal guiando la reducción de la inversión pública en bienestar social y propagando la privatización y la subcontratación (Vasconcelos, 2016; Macedo et al., 2017). En 2015, el Ministerio de Salud se convirtió en objeto de troca política (Amarante y Nunes, 2018).

Después del golpe institucional de 2016 y

con el triunfo conservador en las últimas elecciones presidenciales de 2018, el proceso de graves reveses en el SUS y en la Reforma Psiquiátrica brasileña se intensificó. La aprobación de la enmienda constitucional para congelar el techo de gastos (EC 15/2016), limitó el gasto público en áreas esenciales como educación y salud durante 20 años, lo que agrava, por ejemplo, la situación histórica de la falta de fondos del SUS (Paim, 2018) e incrementa el desguace de los servicios de salud de la RAPS (Souza y Jorge, 2019).

La reglamentación ministerial 3.588 (2017) altera varios aspectos de leyes anteriores, como la ley 10.216 (2001), que para Amarante y Nunes (2018, p. 2073) “*prácticamente rescata el modelo de asilo e inicia un proceso de dismantelamiento completo el proceso construido durante décadas dentro del alcance de las relaciones públicas brasileñas*”. Sobre la base de esta norma y de la Ley 13.840/2019, se puede observar el fortalecimiento, la inversión financiera y la mayor autonomía de las Comunidades Terapéuticas dentro de la RAPS. Esas instituciones son en su mayoría de naturaleza religiosa y trabajan estrictamente en la lógica de la abstinencia y con largas hospitalizaciones y no son consideradas clínicas o establecimientos médicos (IPEA, 2017), siendo incluso objeto de serias denuncias sobre abusos y violaciones de los derechos humanos (CFP et al., 2018).

La ciudad de Campinas–SP (Brasil) cuenta con servicios 24 horas (CAPS y CAPS AD), equipos de salud mental en las unidades de atención primaria de salud (APS), camas de salud mental en el Hospital General y otros dispositivos de la RAPS, como Centros comunitarios. Con los años, ha conseguido importantes logros en la consolidación de la atención psicosocial: se destaca el cierre de las últimas camas psiquiátricas en hospital monovalente en agosto de 2017.

Sin embargo, también ha experimentado

cambios y desafíos, en vista de la dificultad de la esfera pública para asumir totalmente la responsabilidad de la red de salud mental, siguiendo la tendencia actual de tercerización de la gestión de los servicios RAPS. Por lo tanto, existe una mayor inestabilidad, despidos masivos, rotación de trabajadores y restricciones en la asistencia a los usuarios.

Este municipio ha experimentado las contradicciones de una red que expandió y consolidó los servicios respaldados e identificados con los presupuestos de la Reforma Psiquiátrica y la Lucha antimanicomial y actualmente está profundizando una organización de trabajo en salud mental que termina manteniendo la “cultura asilar” (Sampaio et al., 2011 según citado por Macedo et al., 2017).

Dado este escenario, este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre las posibilidades de una práctica clínica ética y antimanicomial en estos tiempos de tantos retrocesos en las políticas públicas y en los paradigmas de cuidado en salud mental. Se pretende discutir la posibilidad de que lo lúdico, como potencial creativo, y lo colectivo en una perspectiva de construcción política democrática, pueden configurarse como resistencia a las formas de (no) cuidar. Se basará en informes de experiencias vividas en dos años (2016–2018) en la Red de Atención Psicosocial (RAPS) de Campinas–SP, incluida la participación de un colectivo (profesionales y usuarios) en el 3er Foro de Derechos Humanos y Salud Mental (Florianópolis) y también en una pasantía electiva realizada en la ciudad de Rosario–Argentina en agosto de 2017 en la condición de psicóloga residente multiprofesional en salud mental – Unicamp.

Crisis en lo contemporáneo y tiempos sombríos

Asistimos a un avance del conservadurismo, a una crisis política, ética, económica y social, no sólo en Brasil, sino en todo el mundo, con un afianzamiento del ajuste neoliberal que afecta a los países del tercer mundo (Vasconcelos, 2016).

Para Castoriadis (2002), en la contemporaneidad, se vive una crisis de las significaciones sociales imaginarias (SSI). Para este autor las SSI apuntan la representación que la sociedad tiene sobre sí misma, los significados que la mantiene unida, y el proceso de identificación, una vez que *“El carácter de la época, tanto en términos de la vida cotidiana como en términos de cultura, no es el ‘individualismo’, sino su opuesto, un conformismo generalizado y pegado. Conformismo que sólo es posible a condición de que no exista un núcleo de identidad importante y sólido”* (Castoriadis, 2002, p. 155).

En la perspectiva de Yasui (2016), hay un proceso de conservadurismo emergente en los discursos actuales, *“fuerzas resistentes a cualquier movimiento creativo de cambio”* (p. 167), que han estado presentes desde el comienzo de la RPB ya que desde su inicio pocos creían en la posibilidad de la atención en el territorio, fuera del asilo. La lucha antimanicomial en Brasil ya nació como una fuerza que se atreve y se opone a *“fuerzas reactivas”*.

El fascismo, para el autor antes mencionado, estaría al lado de discursos y prácticas cotidianas que imponen la estandarización de comportamientos, sentimientos y discursos que buscan controlar y cancelar la producción de diferencias. Con la mayor incidencia de esta fuerza reactiva, en lugar de experimentar lo nuevo, la diferencia y la invención, lo que aparece es el miedo, un cuidado alienante y la repetición. De esta manera, el *“Fascismo que está en cada uno de nosotros, rondando nuestras*



conductas cotidianas, que nos hace gustar del poder, desear eso que nos domina y nos explora” (Yasui, 2016, p. 170).

Constituir prácticas en salud mental convoca a la reflexión sobre el hacer, a discutir los efectos del escenario actual y cuál ética se persigue en este contexto. La pregunta de Foucault (1993, p.199 citada en Yasui, 2016, p. 170) articula esta idea: “¿cómo hacer para no tornarse fascista incluso (y, sobre todo) cuando se cree ser un militante revolucionario?” O todavía:

¿Cómo podemos mantener nuestras apuestas sobre diferentes formas de producir atención, salud y vida, en un escenario de fuerte desinversión en políticas públicas? ¿Cómo podemos sostener nuestro proyecto civilizador que tiene valores como el acceso universal, la integralidad, la equidad, la justicia social, en un escenario donde los sectores conservadores juegan un papel importante en el mantenimiento y la profundización de las desigualdades e inequidades? (Yasui, 2016, p. 165)

Defensas institucionales y la clínica de salud mental

La sociedad es un tejido de instituciones que se articulan e interponen para regular la actividad y la vida humana. Son entidades abstractas y, por lo tanto, se materializan en otras instancias: organizaciones, establecimientos y equipos. Sin embargo, sólo con los *agentes* ganan dinamismo (Baremlitt, 1996).

Un equipamiento de salud es un establecimiento que tiene una singularidad debido a eventos que escapan del proceso organizacional (Moura, 2003), que puede contener varias instituciones al mismo tiempo. Si mantiene su organización normatizada y con lugares rígidos, funcionará esperando que las personas sepan lo que deben hacer y no permitirá espa-

cios para la expresión de dudas.

Sin embargo, mientras un aspecto del equipamiento de salud se basa en pautas, procedimientos, rutinas, repeticiones, protocolos, productividad, ordenanzas y estándares, otro convoca a la “espera activa” (Oury, 1991, p.5) para la imprevisibilidad de la escucha clínica. Existe una relación tensa entre la obsesión organizacional: certezas, rigidez, procesos inmutables y el estado turbulento de los eventos y el fracaso de las tentativas de anticipación, colocando al usuario como un tercero excluido (Moura, 2003).

Para Moura (2003), existe el riesgo de permanecer en “pequeños territorios”⁶ en el trabajo sin tener en cuenta las articulaciones con el equipamiento en su conjunto y con el Colectivo. A medida que se crean pequeños territorios de actividad, se crea una macroidentidad cristalizada⁷ que busca ordenar lo que desborda, perturba y angustia, dada la complejidad de un equipamiento de salud mental. Este autor también afirma que no se trata de eliminar todas y cada una de las diferencias, lo que sería un “*democratismo ingenuo*” (p. 26), porque la democracia es la forma de vivir y procesar las diferencias y discrepancias sin exclusiones, teniendo en cuenta los deseos y singularidades.

Enríquez (1989) aborda la burocratización y la compulsión a repetición en las institucio-

⁶ Es una idea de Guattari para explicar el estrechamiento del coeficiente de transversalidad, en que las prácticas permanecen enfocadas en pequeños territorios, lo que consolida funciones y status, sin considerar su relatividad con el contexto en que están insertos.

⁷ Un concepto ligado a la discusión de pequeños territorios, ya que a medida que profesionales y usuarios permanecen estanques en sus puestos bien demarcados, pasan a construir una macroidentidad cristalizada que deja de ser el mínimo de organización local de que todo equipamiento precisa para controlar toda complejidad heterogénea.

nes cuando hay un trabajo de uniformidad, indiferencia, características mortales, y definen de la importancia del trabajo de muerte en las instituciones – desconfiar de la idealización de cohesión a ser alcanzada abriendo espacios para impugnar el discurso de un modelo de fraternidad impuesto – “intimidad, calidez, comunión” (p. 54).

Campos (2010) aborda el modelo de “racionalidad gerencial hegemónica” en el trabajo, afirmando que cuando se trata de reducir el espacio de reflexión y decisión autónoma durante la ejecución de las tareas, la única posibilidad del trabajador producir es atribuida a los protocolos y al conocimiento previamente acumulado. Sin embargo, cada profesional trae consigo historias previas, conocimientos y deseos, es decir, diferentes instituciones.

Al eliminar la diversidad, tenemos la “institución totalitaria” que no apoya el movimiento para el cambio y que puede usar métodos para controlar el trabajo: “truculencia, poder para excluir a los rebeldes o selección de trabajadores” (Campos, 2010, p. 2338) que se someterán a los procesos de alienación de la organización. Este autor (2005, 2010) apunta la necesidad de expandir la democracia institucional en el trabajo en salud, por medio de un sistema de cogestión llevado a cabo en espacios colectivos y de apoyo institucional donde el poder pueda ser compartido entre gerentes, profesionales y usuarios.

Es importante percibir como la participación popular y los espacios democráticos dentro de los servicios del SUS y la RAPS son un desafío y han sufrido fragmentación y desmovilización (Vasconcelos, 2016; Costa y Vieira, 2013). Si, por un lado, estos espacios en el trabajo diario corren el riesgo de convertirse en espacios burocráticos y poco creativos, como los Consejos Locales de Salud y las Asambleas de usuarios y trabajadores; por otro lado, parece haber una desesperanza con el sentido de

la existencia de estos espacios.

En equipamientos de salud, ha sido difícil mantener espacios en los que todos puedan expresar opiniones, criticar y proponer, especialmente en aquellos momentos en los que tenemos cada vez menos respuestas, cuando necesitamos poner nuestro no saber, nuestra angustia al servicio del Colectivo: ¿cómo construir modos de subjetivación singulares y legítimos en el trabajo en salud mental, que produzcan desvíos en el proceso de repetición, muerte o naturalización del desmantelamiento? Parece más difícil pensar lo nuevo, los cambios, el aliento para la creación e invención cotidianas, sin embargo, en la reflexión sobre las dificultades, las diferencias, los callejones sin salida, la pulsión de muerte puede contribuir a que algo se invente:

Si una organización viva es aquella que puede enfrentar desafíos internos y externos, recibir el significado que circula en ella y dar sentido a lo que hace, la organización mortífera es aquella que, tornando todos los comportamientos no jerarquizables, totalmente conflictivos, pero intratables o, por el contrario, aconflictual y no significativo, conduce al silencio del deseo, al odio de cualquier deseo y, por lo tanto, al establecimiento de un proceso de descomposición al que comparece todo el mundo, lo quiera o no (Enríquez, 1989, p. 72).

La consolidación de la Reforma Psiquiátrica en el SUS y en la vida diaria de los servicios es un proceso social complejo (Amarante, 2008), que convoca a varios actores y sectores sociales para reflexionar sobre el entrelazamiento de la macropolítica con la micropolítica, potencia molecular como campo de intensidades que no “cesa de agitar y reorganizar los segmentos macropolíticos” (Deleuze y Gattari, 1996, p. 402 como se menciona en Neto, 2015).



El arte de vivir, como una afirmación de la diferencia, invención de mundos, es una resistencia micropolítica a los modos de cuidado alienados (Yasui, 2003) y la *“lucha arranca a cada uno de su vida diaria, de su monotonía, de su maldad”* (Enríquez, 1989, p. 78). Prácticas de atención dirigidas a la autonomía y a la creación de espacios para el ejercicio político, para la participación ciudadana en los servicios (tanto de usuarios como de trabajadores en la gestión) contribuyen para que no caigamos en la rigidez institucional. El horizonte no debe alarmarse por la “muerte”, sino reflexionar sobre ella para reinventarse en la adversidad.

[Instituciones que han atravesado una crisis] *Cuando lograron hacer de estas dificultades el emblema de su renacimiento, cuando lograron acercarse al abismo y mirarlo de frente, sintieron que el viento de todo el mundo los castigaba y lograron continuar abriéndose, con más humor e ironía, llevando con más lucidez el camino que han trazado por sí mismas o encontrando nuevos caminos a seguir* (Enríquez, 1989, p. 79).

A continuación, presentamos algunas experiencias/ escenas que se pueden configurar como resistencias micropolíticas en un contexto de avance del conservadurismo y de contratiempos para garantizar políticas públicas, experiencias vividas en el contexto brasileño y argentino. Acercándose al abismo, pero sin dejar de encontrar maneras de caminar.

Lúdicos, colectivos y espacios democráticos: resistencias y destellos

Lo lúdico en la vida cotidiana de los servicios y en las prácticas colectivas

El amplio concepto de lúdico puede ser comprendido en los diversos equipamientos

de salud mental, ya sea por la actitud profesional hacia los sujetos o a la institución en la vida cotidiana, y puede funcionar como un antídoto para el conformismo antes mencionado.

Aquí, este concepto se articula con la concepción winnicotiana, debe tenerse en cuenta que este autor no trata directamente del término *lúdico*, lo coloca como sinónimo de un área intermediaria o de juego, a partir de la cual se manifiesta la creatividad.

Lo lúdico se refiere a hacer cosas, pelear, inventar y crear, y también apunta a poder estar ausente, apostando en la capacidad del otro, de un Colectivo, permitiéndose no saber. Las experiencias creativas, los gestos creativos y espontáneos son esenciales para la búsqueda del verdadero yo. Es en este sentido que Winnicott (1975) entiende que el juego es parte de la vida humana y es por eso por lo que los adultos también juegan, incluso de diferentes maneras.

Al apostar por la discusión sobre lo lúdico, no se trata de proponer un *“entusiasmo expresivo, casi histérico”*, al que se refiere Campos (2005, p. 23) cuando habla de otro lado del autoritarismo recubierto de amabilidad, sino que produce un *“espacio de celebración de la diferencia, experimentación, invención”* (Yasui, 2016, p. 164). Lo lúdico, como una experimentación institucional (manifestada desde los agentes institucionales) que permite aperturas en la organización institucional.

Para Figueiredo (2012) construir espacios de atención requiere “hacer cosas”, pero también, moderación al hacer las cosas cuando el agente de atención logra permanecer en reserva y renuncia a su propia omnipotencia, dejando un espacio vital desobstruido para que el sujeto: *“Ejerza su habilidad para alucinar, soñar, jugar, pensar y, más ampliamente, crear el mundo a su medida y de acuerdo con sus posibilidades”* (Figueiredo, 2012, p.143). Sólo con la

suspensión de la dimensión de “hacer cosas”, el sujeto puede crear y el cuidador también descubre que el objeto de cuidado puede ejercer funciones cuidadoras.

De este modo, cuando decimos que la atención lúdica contribuye con la atención antimanicomial, no estamos diciendo que depende de nosotros, los profesionales de salud, manejar todas las demandas, sino sustentar los espacios creativos. Si nuestras soluciones terapéuticas para cada sujeto son diferentes y tienen en cuenta lo que cada *objeto de atención* ya trae consigo, como capacidad de atención, dejaremos el dualismo de u ofrecer todo, o descuidar al usuario.

Para Oury (1988–89, citado en Souza 1999), a la institución cabe establecer espacios en los que cada sujeto pueda encontrar un *“gancho, un interés, aunque sea parcial, sobre cualquier cosa que no fuera predecible”* (p. 23), el terapeuta necesita escuchar lo nuevo y lo impredecible en cada reunión mediada por el vínculo.

El espacio de la ambienca/ convivencia se presenta como un lugar fértil para esto. La ambienca (o convivencia) no es solamente un espacio físico y técnico en el servicio de salud, sino también un espacio de relación social, profesional e interpersonal, es un espacio libre que permite la expresión de la subjetividad de los sujetos (Willrich et al., 2013).

Aquí, presentamos el ejemplo de la experiencia de realizar un taller terapéutico en el ambiente de un CAPS III. La *“Oficina da Cultura”*, como llamada por los usuarios, tenía como objetivo explorar los recursos culturales y de ocio promoviendo una mayor integración y circulación a través del territorio existencial de los usuarios. El taller se llevaba a cabo en un día preestablecido, era un taller abierto, y en una semana nos quedábamos en el CAPS para conversar y pensar en espacios/ lugares para visitar y alimentar el mural de

programas culturales que tendrían lugar en la ciudad y en el vecindario, y en la otra semana circulábamos por el territorio para conocer los espacios previstos en la semana anterior. Materiales gráficos estaban disponibles en la mesa.

Allí recibimos con beneplácito la diversidad del CAPS (usuarios en crisis, usuarios con un historial de institucionalización, jóvenes) y la participación se llevó a cabo como cada sujeto deseaba y podía estar. Siempre había la sensación de no saber quién estaría y cómo sería el taller ese día, por más que tuviéramos una planificación mínima. Algunos días, sostener el encuentro de las diferencias significaba manejar el caos. Algunos participantes se quejaron de que los usuarios en situación de crisis utilizaron los materiales expuestos en el ambiente del taller, otros simplemente se acercaban para saber qué iba a haber de “bueno en la ciudad” y otros lograron mantener un proceso en el taller, siguiendo discusiones y salidas al territorio.

La diversión sólo es posible siempre que haya espacios para la recreación de la organización, del equipo, incluso dentro de los límites establecidos por la macropolítica. Esto requiere plasticidad institucional para recibir la contribución de los usuarios y espacios donde las palabras de todos tengan legitimidad. Estos espacios ocurren a través de la cogestión, el colectivo, el fortalecimiento de espacios democráticos, entre el equipo, pero principalmente entre trabajadores y usuarios. Espacios de encuentro.

Aún en este punto del entrelazamiento de lo lúdico, de la invención y de los espacios de reunión, me gustaría presentar el relato de la experiencia de una ronda de conversación sobre el tema: El juego y la lucha antimanicomial. La propuesta consistió en reunir profesionales de diferentes puntos de la RAPS con el diálogo/provocación sobre la atención



ofrecida y el análisis de cuánto se brindó desde la autonomía y no desde la tutela de los usuarios y familiares.

La rueda tenía diversidad de núcleos profesionales, profesionales con nivel técnico y superior, trabajadores de la Atención Primaria y Secundaria. Lo que se notó fue un grupo ansioso por hablar y escuchar. La provocación que se hizo fue reflexionar sobre cuán manicomiales eran nuestras ofertas de atención y compartir cómo cada uno se sintió tocado por el tema. Algo que tuvo un efecto muy interesante en ese grupo. Preguntamos si nuestro trabajo era más institucionalizador que libertario, más repetitivo que creativo, más científico que sensible o muy sensible y no muy intervencionista. No se trataba de conocer las respuestas, sino de compartir las perspectivas del discurso de otro colega profesional. Algo en la dirección opuesta a la de buscar ordenar lo que se desborda, perturba y angustia, sino dar paso y construir significado. Incluso a medida que avanzaba la hora y después de un día de trabajo, no conseguíamos abandonar ese espacio.

No fue posible dejar de verse afectado por la vitalidad de este encuentro, revisar las prácticas e incluso considerar que el “juego”, lo “lúdico” antimanicomial exigió una presencia en reserva, exigió renunciar a la omnipotencia, exigió poner a la organización institucional a favor del cuidado y no al revés. Hablábamos de pequeñas transgresiones en la vida cotidiana, en el sentido de no estar sometidos a un puesto de trabajo ideal, sino a lo que tenía sentido para las singularidades en un determinado contexto: servicio individual, grupo, equipo. Incluso discutimos la importancia de que el equipo pueda jugar con las dificultades de la vida cotidiana, sobre la capacidad de extraer placer de esta área intermedia, sin reivindicar del otro la objetividad de un hacer que a menudo nos avergüenza.

Los espacios institucionales democráticos, como la supervisión clínico-institucional necesaria para la atención de salud mental, se han suspendido en los equipamientos de salud mental con el discurso de contener gastos o de ser pérdida de tiempo. Sin embargo, son reuniones como la descrita las que revitalizan el significado del trabajo de salud mental: sentarse y hablar sobre un lugar ex post (Bondía, 2002), dispuesto a expandir las identidades en un colectivo más amplio (además de los del equipo en sí), para analizar la comprensión y las prácticas que se llevan a cabo en la vida diaria: hablar de uno mismo, como trabajador (ya sea un trabajador de taller o un psiquiatra). Espacios como el presentado se desvían de la lógica de la racionalidad gerencial hegemónica, porque ponen sobre la rueda las tensiones del hacer, del no-saber, otros conocimientos.

No estamos hablando de un encuentro pacificador: un democratismo ingenuo o, todavía, un modelo de fraternidad en el que “Eros” se destaca, sino donde Eros se utiliza para el trabajo de detenerse en las fallas, para no caer en un estado estático y violento, pensando con Enríquez (1989). Propuestas como estas son de fundamental importancia para el trabajo de salud mental, para afectar y coser lo que nos colectiviza como trabajadores. A partir de un horizonte donde el usuario es el eje guía, ¿cuánto puede un colectivo de trabajadores? Para Yasui (2016), nuestra práctica antimanicomial en este contexto debe ser poner en peligro los pequeños fascismos cotidianos.

Este es un momento para atreverse más, arriesgarse, invertir en agenciamientos colectivos en múltiples dimensiones. Hacer de la potencia de los encuentros una nueva e ingeniosa guerra de guerrillas. Continuamos (nunca paramos) nuestra lucha en nuestros lugares: en los servicios de salud, en las universidades, en las cooperativas, en resumen, en los espacios

donde será posible afectar, verse afectado y hacer conexiones. Desobediencia civil, ocupación de escuelas, universidades, servicios, puntos de red. Hacer política como una celebración diaria del poder de la vida (Yasui, 2016, pp. 165–166)

Invencción y constitución de un colectivo: viaje a Florianópolis

El viaje a Florianópolis comenzó a soñarse cuando en una reunión de la Comisión de talleres (algunos de ellos usuarios de la red de salud mental) surgió el deseo de participar en el 3er Foro de Derechos Humanos y Salud Mental con el tema “Democracia, salud mental y violaciones de derechos”: la intención era que el artesano fuera presentador en círculos de conversación sobre las actividades que habían estado desarrollando en la RAPS / Campinas.

Esta comisión es un dispositivo de un Núcleo de Generación de Renta compuesto sólo por trabajadores de talleres y residentes de Salud Mental de la Unicamp, un espacio para la reflexión y construcción de propuestas con respecto a los procesos de trabajo para llevar al equipo técnico: una estrategia para dar visibilidad a los trabajadores de taller como trabajadores y artesanos y no como “enfermo y loco”.

Comenzó allí una experiencia única sobre agenciamiento colectivo: primero entre nosotros residentes (cuatro residentes en salud mental participaron de todo el proceso) y luego entre nosotros y los usuarios que deseaban ocupar el lugar de discurso: “nada sobre nosotros sin nosotros, porque ¡el nudo es nuestro!” como nos dice el lema del MLA. Algunas reuniones iniciales se llevaron a cabo para construir los resúmenes para la presentación de trabajos en Florianópolis.

Otros espacios en la red se convirtieron en parte de nuestro colectivo, una asociación de usuarios y familiares en salud mental – AFLORE (*Associação Florescendo a Vida de familiares, amigos y usuarios de los servicios de Salud Mental de Campinas*) y también participantes de la Radio *Maluco Beleza*. Obras aprobadas. Los trabajadores, los participantes de la Radio y los usuarios y familiares de la red de salud mental formaron el grupo “Floripa”, pero no teníamos los recursos financieros para llevar a cabo un viaje con tanta gente a otra provincia.

Las reuniones continuaron con el propósito de articular la viabilidad del proyecto. En este momento, algunas personas se acercaban al colectivo para ayudar en la organización: avión, autobús, autobús alquilado, autobús ganado, activar consejos de clase profesionales, enviar intercambios, ir al Consejo Municipal de Salud, hablar con los consejeros, vender imanes, camisetas, usar algún valor que AFLORE ya tenía en efectivo. Problematizamos todas estas ideas y decidimos que deberíamos tener muchas estrategias para no depender de una sola posibilidad. Fueron días de gran indecisión y sustentarla en un Colectivo fue una tarea difícil. Para nosotros los profesionales, un grupo de cuatro residentes recién graduadas, la idea de viajar con un colectivo de usuarios de la red de salud mental a otra provincia sin garantías estatales parecía audaz. Sustentar eso juntos, lo haríamos realidad, aun cuando nosotros mismos tuviéramos poca seguridad, algo, que incluso, compartimos con el Colectivo.

Todos nuestros intentos de obtener algo más rápido para decidir que el viaje sucedería no fueron posibles. Luego los trabajadores del taller lideraron la venta de rifas con productos hechos a mano por ellos mismos en sus talleres, lo que para este Colectivo fue bastante simbólico. Después de un esfuerzo para publicitar, vender en Internet e involucrar a



todos (de la forma en que cada uno podría hacerlo) obtuvimos un valor en dinero. Después de eso, se decidió colectivamente cómo se dividiría este valor con el panorama de que no tendríamos dinero para subsidiar a todos los interesados en el viaje.

Debido a estos tres grupos diferentes dentro del mismo Colectivo, a veces fue difícil construir una forma de participación en todas las decisiones, y especialmente cuando entendimos que no todos podrían viajar. ¿Cómo llegar a un consenso? ¿Cómo podríamos ser justos?

Finalmente, un Colectivo de 14 personas realizó un viaje en autobús de 12 horas a Florianópolis y ocupamos todo un albergue con esta intensa experiencia. Cuatro días viviendo con muchas diferencias y dificultades, con desayunos colectivos, con conflictos de intereses: ¿ir al congreso o ir a la playa? Con muchas reuniones para «limar las desavenencias» del día y rediscutir los acuerdos tan estrechamente amarrados el día anterior y no cumplidos, muy cansados y muy orgullosos de ver a los usuarios cuestionar el modelo del foro: *“sí es una rueda de conversación, vamos!”* Porque un modelo científico y rígido de conferencias no se conectaba con su experiencia: discusiones, a menudo con poco significado para quienes sufren en el cuerpo, en lo social, en la vida cotidiana, lo que no se considera “normal”.

Como profesionales de la salud, nos preguntábamos el límite entre la tutela y la atención. Arriesgarse y ser negligente. A veces discutíamos sobre no tener que preocuparnos y, de repente, estábamos ansiosos por prever todos los detalles de lo desconocido. Se hizo un esfuerzo para que los desafíos de esta planificación no nos desmovilizaran. Aunque éramos profesionales sin experiencia, estábamos disponibles.

Cuando llegó el día de las conferencias, hicimos té de manzanilla, revisamos las pre-

sentaciones del día siguiente y compartimos la ansiedad de prepararlas. A menudo, era necesario despertarse al amanecer, escucharlos a las 4 de la mañana, sin saber qué hacer y hablando, hablando ... a veces, diciendo de los límites, imposibilidades y del propio cansancio.

¿Qué lugar profesional estábamos inventando allí? En una de nuestras interminables reuniones sobre la participación y la responsabilidad del grupo en las decisiones, uno de los participantes dijo *“[los residentes] están aquí para ayudarnos, pero no son responsables de nosotros, todos aquí somos adultos y debemos cuidarnos”*. Un horizonte común nos conectaba: experimentar habitar un espacio de discurso y visibilidad después de mucho esfuerzo, para hacer que ocurriera lo que, los residentes estábamos seguros (tal vez, la única certeza) que iba a ser antimanicomial. ¡Es bonito ser antimanicomial y muy duro también, no nos engañemos! Atreverse y correr riesgos.

El relato de esta experiencia, al mismo tiempo que aporta su faceta creativa e inventiva frente a los innumerables obstáculos que tuvimos, también presenta el componente de cogestión, del espacio democrático, en el sentido de que todos tienen legitimidad al hablar. Así, la diversión y los espacios colectivos están entrelazados.

En el contexto de crisis y neoliberalismo que hemos señalado, si el Grupo Floripa dependiera del Estado, el viaje no habría ocurrido: era un grupo que se formó antes y por la ausencia del Estado, y también por el deseo de talleristas y usuarios para ejercer el protagonismo. ¿Qué de todo eso puede desarrollarse en potencia vital? Un vínculo establecido y fortalecido a partir de la conclusión de que, si el deseo era de ir al foro, tendríamos que hacerlo realidad con lo que teníamos: mirar la crisis, la “muerte”, la falta y hacer del encuentro potencia de vida.

Creemos que tanto los residentes como

los usuarios regresamos de esta experiencia más confiantes y revitalizados, pero no sin comprender el impacto de la ausencia de políticas para garantizar la plena participación popular. Avanzando a pesar de esta ausencia.

El acto de cuidar a través de lo lúdico es también apostar en la capacidad del otro para inventar y crear sus propios caminos dentro o fuera de los dispositivos institucionales entendidos como tales, en acuerdo con la atención para la singularidad y apostando en el sujeto, contra la homogeneización de la atención. Si, por un lado, era importante que hubiera un vacío para que nuestro grupo fuera creativo, por otro lado, era necesario ofrecer estrategias, e incluso nuestros cuerpos, para que esta experiencia ocurriera.

Para intervenir de manera auténtica, genuina... lúdica mientras (y desde) un horizonte ético no se trata de hacer cualquier cosa, aunque estar en un adentro–afuera institucional requiera que suspendamos las técnicas a priori, pongamos nuestros lugares y conocimientos en jaque y nos convoque a la angustia. Sin embargo, si un usuario puede decirnos (de diferentes maneras) y si tenemos la sensibilidad de escuchar lo que espera de nosotros, puede ser más fácil. Gracias al artesano y a los usuarios por ejercer funciones de cuidado en todo momento con nuestro grupo Floripa.

Rosario y el encuentro con los inventos de salud pública y salud mental

Argentina tiene un sistema de salud segmentado y fragmentado. Existe una coexistencia entre el seguro social, los programas públicos específicos, el pago a planes y servicios privados. Alrededor del 30% de la población depende de los servicios públicos, hay servicios nacionales, provinciales y municipales. El sistema de obras sociales que brinda

servicios a los trabajadores y sus familias sigue siendo un sello distintivo de este sistema (Machado, 2018).

Las políticas públicas de salud mental son más recientes, en comparación con las brasileñas. En 2010, se aprobó la Ley de Salud Mental 26.657, cuyo objetivo es proteger y expandir la atención humanizada para las personas con sufrimiento mental, incluidas aquellas que abusan de sustancias psicoactivas. Uno de los avances presentes en esta ley fue el veto para crear nuevos asilos y el mandato de adaptar los existentes al nuevo modelo de atención.

La intención inicial de una pasantía electiva de dos residentes del programa de Salud Mental de la Unicamp en Rosario/ Santa Fé, Argentina, era conocer la red de Atención Primaria. Rosario es una ciudad similar a Campinas en términos de población y también en la prominencia sanitaria en la escena nacional, debido a la vanguardia en la inversión en salud pública y mental.

La circulación por los diferentes espacios de la ciudad, como el Colegio de Psicólogos, que no figuraba en el itinerario previsto de la pasantía, permitió descubrir un camino a través de diversos dispositivos de atención en salud mental. Fue una sorpresa observar cuánto Rosario ha sido inventiva en los servicios comunitarios con propuestas de atención e inclusión de usuarios.

En este escenario, contaremos la experiencia en un centro para adolescentes con enfoque en la prevención del abuso de drogas. Es un dispositivo que se distribuye en todo el país (de esta manera, está vinculado a la esfera de nación y provincia) en territorios socialmente vulnerables donde los jóvenes necesitan acceso a derechos, ocio, cultura y atención. Su objetivo es prevenir el abuso de sustancias psicoactivas basadas en la “prevención no especificada”.

La prevención inespecífica se presenta



como un tratamiento indirecto del problema, buscando intervenir en los factores que podrían facilitar la aparición del problema del consumo de drogas, apostando en un ambiente de continencia, confianza y fortalecimiento de los lazos entre usuarios/ adolescentes y el equipo en el territorio existencial de la comunidad, como nos informan los profesionales del servicio. También apuesta en la importancia de que los adolescentes accedan a los derechos: *“Son espacios para reuniones, contención, recreación, formación y capacitación, que impulsan la creatividad, el desarrollo cultural, deportivo y artístico”*, según el material informativo que recibimos.

En una reunión para discutir los procesos de trabajo, el equipo dice que están mal pagos y que la sede improvisada no siempre causa una buena impresión en los visitantes. Una sede estructurada es una promesa que la administración local nunca ha cumplido. Por lo tanto, al lado de la universidad, una comunidad con aguas residuales abiertas revela el otro lado de una ciudad hermosa y elegante.

La sede del servicio es una carpintería antigua y muy precaria, con una pequeña habitación y mucho espacio exterior. El psicólogo nos invita a conocer el territorio y nos cuenta la historia de la comunidad, su relación con la universidad y la constitución del servicio en ese lugar. Cuentan escenas de disparos en medio de intervenciones lúdicas en la plaza y de profesionales amenazados. También los torneos de fútbol y ajedrez que mueven a toda la comunidad.

Durante la caminata por el vecindario, los adolescentes y los niños curiosos nos preguntan quiénes somos, estaban interesados en saber lo que estábamos haciendo allí, hicieron referencia a ir para la “sede” pronto, nos ofrecieron un sorteo para un recorrido por la escuela. La circulación a través de ese territorio, calles y casas precarias mostró como el equipo

del servicio había logrado establecer vínculos con los niños, niñas y adolescentes. A pesar de las debilidades apuntadas, hablaron con convicción sobre por qué estaban allí.

El servicio comunitario tenía actividades específicas durante la semana, una de esas tardes era el juego de memoria. Un grupo de adolescentes que llegó para la actividad del día rechazó la idea planificada y prefirió conversar sobre violencia de género. Salieron de la escuela directamente para un viejo taller de carpintería, para conocer a algunos profesionales y quisieron hablar sobre la violencia de género. Los profesionales ofrecieron acceso a información, a los derechos, escucharon cómo les llegaba este tema. Los adolescentes se sentaron en bancos improvisados, llevaron cartulina, pincel y mate para facilitar la discusión, querían saber cómo era este tema en Brasil.

El servicio descrito fue uno de los lugares interesantes de la pasantía electiva para presentar un modelo de atención a adolescentes y el tema de la prevención del consumo problemático de drogas a través de la expansión de los modos de sociabilidad y proyectos de vida en la comunidad, colocando las drogas como uno más de los elementos a trabajar por el equipo. Propuestas como estas pueden contribuir para la reflexión sobre la atención a niños y adolescentes y para la prevención del uso de drogas aquí en Brasil, aún un desafío de la Reforma Psiquiátrica Brasileña.

Es común que la RAPS/ Campinas diga que *“los adolescentes tienen dificultades para unirse”*. Cuando repetimos esto, caemos en lo que Moura (2003) discute sobre pequeños territorios y macroidentidades de los servicios, porque sin hacer un trabajo reflexivo en salud (Campos, 2010), tenemos dificultades para revisar las ofertas de atención, nuestras formas de vinculación, cuánto nos hemos convertido en burocráticos, alegando conceptos teóricos

o técnicos para justificar la distancia o las barreras de acceso de los jóvenes a los servicios. Actividades y propuestas terapéuticas cada vez más institucionalizadas sin poder abandonar los muros del “equipamiento de salud”. Poco acceso al territorio existencial de las personas o sin espacio para que los usuarios den forma a los servicios de salud.

Es importante observar la militancia de los profesionales presentes en el trabajo diario: la forma espontánea y genuina de estar con los adolescentes. Había un significado imaginario presente (Castoriadis, 2002) sobre el trabajo y eso hizo posible que el equipo se mirara a sí mismo en un horizonte común, entendiendo el tenor del trabajo a realizar, no sin grandes dificultades. Esto tuvo un efecto notable en el vínculo con la comunidad y con los adolescentes.

Una de las características del trabajo de salud mental es abrir grietas, encontrar brechas y luchar duro, como nos dice Enriquez (1989), para que lo que hemos logrado avanzar con la Reforma Psiquiátrica se mantenga y mejore. Ya sea en Brasil o en Argentina.

Algunas consideraciones

¿Qué resistencias y enfrentamientos podemos desencadenar? ¿Cómo no aumentar y burocratizar la atención en este contexto? Este trabajo se ubica en la perspectiva de mirar el abismo de frente, sentir el viento castigando para poder abrir, con alegría y Colectivos, nuevos caminos, como indica Enriquez (1989). En este contexto de profundización de la lógica neoliberal en el trabajo de salud mental, la tendencia al conservadurismo y la burocratización se pueden fortalecer y aumentar en nuestras prácticas.

Aquí se relataron y articularon experiencias creativas y lúdicas a partir de una revi-

sión teórica para demostrar pequeñas fisuras y formas de estar en este contexto, teniendo en cuenta la centralidad de la atención al usuario. Una discusión sobre la micropolítica de la atención en este escenario de desinversión en las políticas públicas, con el objetivo de fortalecer un proyecto civilizador que interfiera en el ciclo de empeoramiento de las desigualdades sociales.

Muchos aspectos no pudieron profundizarse en este trabajo, teniendo en cuenta que aquí nos centramos en la discusión de la micropolítica. Aun así, es necesario resaltar que tomar una posición, crear/ inventar la vida cotidiana, no detiene los cambios macrosociales en progreso. Necesitaremos de agenciamientos colectivos mayores para lidiar con lo que se ha impuesto a través del discurso de odio.

Vasconcelos (2016) advierte sobre el riesgo de responsabilizar a los profesionales y sus Colectivos cercanos exigiéndoles compromiso y empeño, como si sólo a ellos les cupiera la posibilidad de hacer avanzar la política o de evitar el desmantelamiento de la red. La despolitización de los trabajadores también debe analizarse en función de las condiciones de trabajo actuales y, si, por un lado, puede haber agotamiento en los profesionales, por otro, hay burocratización e indiferencia hacia los usuarios. Para los trabajadores más comprometidos, puede conducir a una desmovilización ético-política, al desánimo.

Cualquier cambio o consolidación a favor de RPB no vendrá del aparato estatal sin un movimiento de base, históricamente esto nunca ha sucedido. Pero, estamos de acuerdo con Vasconcelos (2016, p. 198): “[La imagen de coyuntura desfavorable] esta imagen no ocurre sin grietas, contradicciones y reacciones que, aunque no señalan cambios significativos, configuran una búsqueda de un camino”.

Siempre hay movimientos de contracultu-



ra y resistencia, en situaciones macrosociales como la actual es necesario ejercer “paciencia histórica” (Vasconcelos, 2016, p. 202) y reconocer que los cambios amplios y estructurales ciertamente no sucederán a corto plazo: “*combinando estrategias de resistencia a corto plazo con las de largo plazo, a tientas e identificando brechas y señales que apuntan a proyectos que pueden expandirse mientras no aparezcan nuevas condiciones históricas en el horizonte*”. Será necesario seguir atentos y colectivamente para conseguir una larga vida para la salud pública y luchar contra los viejos y nuevos rostros del asilo.

Referencias

- Amarante, P. & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067–2074.
- Amarante, P. (2008). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto Brasileiro* (4a ed.). São Paulo: Geração Editorial.
- Argentina. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental 26.657*. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000–179999/175977/norma.htm>
- Assis, J. de T., Barreiros, G. B & Conceição, M. I. (2013, dezembro). A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 16(4), 584–596. <https://doi.org/10.1590/S1415–47142013000400007>
- Baremlitt, G. (1996). *Compêndio de Análise Institucional* (3a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Rosa dos Tempos.
- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*, n. 19, 20–28.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2011). *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília, DF. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988, art. 196. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. (2001). *Lei 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm.
- Brasil. (2016). *Emenda Constitucional*, n. 95. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>
- Brasil. (2017). *Portaria N. 3.588 de 21 de Dezembro de 2017*. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF. <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>
- Brasil. (2019). *Lei 13.840, 05 de Junho de 2019*. Para dispor sobre Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_

- Ato2019–2022/2019/Lei/L13840.htm
- Bustamante, V.; Oliveira, R.; Rodrigues, N. B. (2017). Acolhida e cuidado a crianças e famílias em um serviço de saúde mental infantil. *Psicologia Clínica*, 29(3), 429–447.
 - Campos, G. W. (2005). Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda (2a ed.). São Paulo: Hucitec.
 - Campos, G. W. (2010). Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 2337–2344.
 - Castoriadis C. (2002). A crise do processo de identificação. In Castoriadis, C. *As encruzilhadas no labirinto IV: a ascensão da insignificância* (R. Vasconcellos, Trad.). São Paulo: Paz e Terra, 145–162.
 - Conselho Federal Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção Combate à Tortura & Ministério Público Federal. (2018). Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017. Brasília. <https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>
 - Costa, A.M. & Vieira, N.A. (2013). Participação e controle social em saúde. In Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. 3, Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 237–271.
 - Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In P.D.C. Amarante (Org.). *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 13–44.
 - Delgado, P. G. G, Gomes, M. P. C. & Coutinho, E. S. F. (2001, Mai–Jun). Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. *Caderno Saúde Pública*, 17(3), 452–453.
 - Enriquez, E. (1989). O trabalho da morte nas instituições. In Kaës, R.; Bleger, J.; Enriquez, E.; Fornari, F.; Fustier P.; Rousillon, R. & Vidal, J.P. (Orgs.). *A instituição e as instituições* (J. P. Neto, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 53–79.
 - Figueiredo, L.C. (2012). As diversas faces do cuidar. São Paulo: Escuta.
 - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2017, Março). *Nota Técnica n. 21*. Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. Brasília: Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia/IPEA.
 - Macedo, J. P., Abreu, Ma. M. de, Fontenelle, M. G., Dimenstein, M. (2017). A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 155–170.
 - Machado, C. V. (2018). Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7), 2197–2212.
 - Moura, A. H. de. (2003). A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes. São Paulo: Hucitec.
 - Neto, J. L. F. (2015). Micropolítica em mil platôs: uma leitura. *Revista de Psicologia da USP*, 26(3), 397–406. <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v26n3/1678-5177-pusp-26-03-00397.pdf>.
 - Oury, J. (1991). Itinerários de formação (J. Goldberg Trad). *Revue Pratique*, n.1, 42–50.
 - Paim, J. S. (2018). Sistema único de saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1723–1728. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
 - Passos, R. G. & Pereira, M. O. (2017). *Luta*



- antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Autografia.
- Souza, A. M. O. (1999). Espaços informais: uma possibilidade no tratamento institucional de pacientes graves. Monografia apresentada em exigência a conclusão do aprimoramento pelo CAPS–PIDA, São Paulo.
 - Souza, F. S. P. de & Jorge, M. S. B. (2019). O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. *Trabalho Educação e Saúde*, 17(1), 1–19. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00172>
 - Vasconcelos, E. M. (2016). Reforma Psiquiátrica, Tempos Sombrios e Resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social.
 - Willrich, J. Q., Bielemann, V. L. B., Chivagatti, F. G., Kantorski, L. P., Borges, L. R. (2013, Mai/Ago). Ambiência de um Centro de Atenção Psicossocial: fator estruturante do processo terapêutico. *Revista Enfermagem UFSM*. 2(3), 248–258.
 - Winnicott, D. W. (1975). O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1971).
 - Yasui, S. (2016). Vestígios, Desassossegos e pensamentos soltos: Atenção Psicossocial e a Reforma Psiquiátrica em Tempos Sombrios. Trabalho apresentado para obtenção do título de livre – docente em Psicologia e Atenção Psicossocial. Universidade Estadual Paulista – Campus de Assis.