

**“SE É PARA JOGAR DOMINÓ, EU JOGO EM CASA”:  
REFLEXÕES SOBRE A OCIOSIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

*“If it is for playing dominoes, I would rather play at home”:  
Reflections on idleness in mental health services*

Andreza Abreus de Moura<sup>1</sup>

Charmênia Maria Braga Cartaxo<sup>2</sup>

Maria Cristina de Azevedo Mendonça<sup>3</sup>

---

Artigo encaminhado: 25/06/2020  
Artigo aceito para publicação: 24/01/2023

**RESUMO:** O presente artigo foi desenvolvido a partir de reflexões geradas durante a experiência do primeiro ano do Programa de Residência de Psicologia em Saúde Mental do Hospital Ulysses Pernambucano/Universidade de Pernambuco. A fala de um usuário de um CAPS Transtorno – "*se for pra jogar dominó, eu jogo em casa*" (sic) – foi o ponto de partida no qual foi formulada a indagação sobre em quais momentos o ócio pode ser entendido como terapêutico ou como alienante para o sujeito. Se alinhado às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, a função do profissional de saúde é investir numa clínica que priorize o singular e, para tanto, a sua noção de reabilitação deve englobar processos de negociação os quais podem ser operados através da implicação dos sujeitos em seu próprio cuidado, juntamente com outros atores com os quais faz laço social. Assim, o Projeto Terapêutico Singular parece ser um dispositivo potente para o manejo de fenômenos tais como a ociosidade, que parecem gerar entraves aos processos de cuidados em saúde, tanto por parte dos agentes de saúde, quanto dos usuários. Para compreender se a ociosidade é alienante ou

---

<sup>1</sup> Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Especialista em Saúde Mental pela Universidade de Pernambuco. E-mail: [andreza.abreus@gmail.com](mailto:andreza.abreus@gmail.com)

<sup>2</sup> Mestre em Psicologia da Educação e Doutora em Psicologia da Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora Adjunta da Universidade de Pernambuco. E-mail: [charmenia.cartaxo@upe.br](mailto:charmenia.cartaxo@upe.br)

<sup>3</sup> Especialização em Psicologia clínica preventiva pela Sociedade de Psicologia Clínica de São Paulo e em Formação de psicanalista pelo Círculo Psicanalítico de Pernambuc. Ex-coordenadora clínica do Programa de Residência de Psicologia em Saúde Mental da Universidade de Pernambuco. E-mail: [crisamendonca@gmail.com](mailto:crisamendonca@gmail.com)

é terapêutica, é preciso, pois, avaliar, caso a caso, qual a significação que cada sujeito dá à mesma.

**Palavras-chave:** Reabilitação psiquiátrica. Serviços comunitários de saúde mental. Participação do paciente.

**ABSTRACT:** This article was developed from reflections generated during the experiences of the first year of the Psychology Residency Program in Mental Health at the Hospital Ulysses Pernambucano / University of Pernambuco. A speech by a CAPS Transtorno user - "*if it is for playing dominoes, I'll play at home*" (sic) - was the starting point in which a question was asked about whether the moments of idleness can be understood as therapeutic or alienating to the subject. If aligned with the Psychiatric Reform guidelines, a health professional function is to invest in a clinic that prioritizes the singular and, for that, their notion of rehabilitation must encompass the negotiation processes, which can be operated through the implication of the subjects in their self-care, together with other actors with whom they form a social bond. Thus, the Singular Therapeutic Project seems to be a powerful device for the management of phenomena such as idleness, which seem to generate obstacles to health care processes, both by health agents and users. In order to understand whether idleness is alienating or therapeutic, it is necessary, therefore, to assess, on a case-by-case basis, the meaning that each subject gives to it.

**Keywords:** Psychiatric rehabilitation. Community mental health services. Patient participation.

## 1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do presente artigo se deu a partir de reflexões geradas durante a experiência no Programa de Residência de Psicologia em Saúde Mental do Hospital Ulysses Pernambucano/Universidade de Pernambuco, entre os rodízios em CAPS AD e CAPS Transtorno do Recife, e nas enfermarias feminina, masculina e emergência psiquiátrica do Hospital Ulysses Pernambucano, instituição do Estado de Pernambuco. Diante desta vivência, chamou atenção a forma como profissionais e usuários lidavam com o uso do tempo e as atividades terapêuticas propostas nos referidos serviços.

Ouvi, diversas vezes, a queixa manifesta de usuários quanto à “falta do que fazer” (sic), bem como provocou inquietação o que observava durante o tempo no qual permaneci em cada serviço. Desta forma, passei a me questionar sobre o papel das atividades realizadas, que, em alguns momentos pareciam ter a finalidade de ocupação de um tempo que se apresentava como ‘ocioso’ ou ‘desocupado’.

Assim, deparei-me com outras questões: em que momento a ociosidade ou a desocupação deve mobilizar o terapeuta, levando este a intervir no ócio em que o outro se encontra (ou no qual é colocado)? Considerando que o trabalho no âmbito da saúde mental se dá a partir da singularidade de cada usuário, é importante compreender qual relação cada sujeito estabelece com o ócio, seja este uma escolha, ou não. Em quais momentos, portanto, o ócio pode ser terapêutico ou ser alienante para o sujeito? Assim foi formulada a questão central deste trabalho.

Para desenvolver tal reflexão, resgato brevemente, no primeiro tópico, a história da Reforma Psiquiátrica. No tópico seguinte, discuto sobre o modelo de Reabilitação dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). E, por fim, levanto algumas considerações quanto à problemática central deste artigo. Inicialmente, é apresentada uma distinção conceitual entre o ócio criativo e o ócio alienante, importante para se compreender em que medida a ociosidade pode ser, de fato, prejudicial ao tratamento na saúde mental. Busco distinguir, em seguida, aquilo que é da ordem institucional e aquilo que é da ordem do singular dos sujeitos, posto que as inquietações surgiram a princípio, a partir da vivência no âmbito institucional, ou seja, da precariedade de atividades terapêuticas ofertadas.

Considero premente trazer tal temática à baila, uma vez que a ociosidade aparece enquanto fenômeno comum a diversos serviços, sendo uma preocupação presente no discurso dos agentes de saúde e causando impacto no tratamento dos usuários. Desta forma, procuro, neste trabalho, levando em consideração o contexto político atual, apontar quais as consequências para a prática do profissional da saúde mental e, logo, as repercussões para os usuários da RAPS no que tange às possibilidades terapêuticas. Como conclusão, pondero sobre quais seriam as saídas, a partir das diretrizes da rede, para enfrentar situações que, tal qual a ociosidade, possam vir a ser entraves ao processo de reabilitação preconizado.

## **2 PERCURSO METODOLÓGICO**

Este artigo propõe ser um relato de experiência, com recorte temporal delimitado pelo tempo em que fui residente do Programa de Residência de Psicologia em Saúde Mental (HUP/UPE), partindo, assim, de minha experiência empírica dentro dos dispositivos onde estive alocada entre março de 2018 e novembro de 2019. Desta forma, o texto se apresenta na primeira pessoa do singular, pois tem como objetivo expor minhas reflexões sobre o tema da ociosidade no campo da Saúde Mental.

Para isto, foi realizada uma revisão de literatura sobre conceitos pertinentes como a Reforma Psiquiátrica Brasileira, o Projeto de Reabilitação Psicossocial e o entendimento filosófico da ociosidade, os quais fundamentam a discussão sobre as implicações da ociosidade nos dispositivos da RAPS da cidade do Recife.

## **3 A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

A compreensão da loucura vem sendo constituída a partir de uma sucessão de discursos que se complementam e se contrapõem, com a finalidade de reconstruir e romper seus paradigmas de acordo com o contexto sociocultural vigente (AGUIAR, COSTA, 2022). Não há, portanto, uma verdade absoluta sobre a loucura, mas sim uma construção histórica de saberes e tecnologias que vêm atuando, desde a Idade Média, para a exclusão do “louco” na sociedade (FOUCAULT, 1972). Neste sentido, a loucura não é um objeto *a priori*, mas um

campo de saber cuja criação se dá de forma permanente ao longo da história (PROVIDELLO, YASUI, 2013).

Entretanto, a loucura constituir-se-á enquanto um objeto do saber médico no século XIX, sendo Pinel um dos pioneiros neste campo que viria a se tornar a Psiquiatria moderna (TEIXEIRA, 2019). Como consequência, as instituições asilares, que antes funcionavam enquanto locais para a supressão da mendicância e da ociosidade, passam a ter um valor terapêutico, buscando a cura dos “alienados” (BATISTA, 2014). Tal cura se dava por meio do controle social e da aplicação dos valores morais da época, havendo uma aposta na reinserção do “alienado” na sociedade, posto que a alienação passava a ser entendida como um episódio do qual era possível sair por meio da retomada da razão (TEIXEIRA, 2019).

Neste contexto, os processos de classificação e categorização dos transtornos mentais se deram fundamentalmente a partir do método da observação dos alienados sistematizado por Pinel. De acordo com Marková e Berrios (2016), as ações classificatórias são consideradas um processo intrínseco ao desenvolvimento da ciência desde o século XVII, persistindo até os dias atuais, de modo que, para o campo psiquiátrico, não foi diferente. A classificação, segundo os referidos autores, tinha relevância para a condução do diagnóstico diferencial. Assim, a loucura vai se estabelecendo enquanto patologia, e tecnologias vão sendo desenvolvidas para seu tratamento, tal como o modelo asilar manicomial, por exemplo, que, para Foucault, é empregado como uma ferramenta de exclusão (PROVIDELLO, YASUI, 2013).

Este processo de apropriação da loucura pelo saber médico leva, então, a seu entendimento enquanto um desequilíbrio organo-fisiológico, o qual seria a causa da desadaptação funcional dos indivíduos (ROSA, CAVIQUIOLI, 2015). De acordo com Aguiar e Costa (2022), este processo de psiquiatrização da loucura com ênfase em determinantes orgânicos levou, em meados do século XX, ao desenvolvimento da farmacologização, bem como à pressão pela hospitalização/internamento do doente como única possibilidade para sua cura.

Entretanto, como apontam Pereira e Costa-Rosa (2012), o tratamento que até então era dispensado aos “loucos” não acarretou em mudanças sociais significativas para sua readaptação. Pelo contrário, os manicômios permaneciam como locais de exclusão e de violação de direitos humanos. As medidas que se

supunham terapêuticas eram extrapoladas, chegando a gerar privações como, por exemplo, o estabelecimento de ociosidade generalizada, o confinamento excessivo, o uso de eletrochoque, celas-fortes e agressões físicas como formas de punição (PEREIRA, COSTA-ROSA, 2012). Tais medidas foram explicitadas no livro *“Holocausto Brasileiro”*, da autora Daniela Arbex (2013), no qual são descritos os maus-tratos que levaram à morte de 60 mil internos do Hospital de Barbacena, em Minas Gerais.

Diante desta realidade, o movimento pela desinstitucionalização destes pacientes ganhou força entre as décadas de 60 e 70, especialmente na Itália e na França, produzindo ressonâncias também no Brasil (GAMBATTO, SILVA, 2017). A Psiquiatria tradicional passou, então, a ser confrontada com novos modelos de campo, como, por exemplo, a Psiquiatria de Setor, a Psiquiatria Comunitária e a Antipsiquiatria (PEREIRA, COSTA-ROSA, 2012).

A Psiquiatria de Setor, de origem francesa, preconizava que o uso do hospital deveria se restringir a casos de urgência e emergência, enquanto o tratamento deveria ocorrer no território, com auxílio de equipe multiprofissional (BATISTA, 2014). A Psiquiatria Comunitária, adotada nos Estados Unidos, foi um desdobramento da Psiquiatria de Setor, enfatizando a importância de uma ação de prevenção dentro de territórios – pré definidos como áreas de risco – como modelo de assistência à saúde mental da população (PEREIRA, COSTA-ROSA, 2012).

A Antipsiquiatria, por sua vez, de acordo com Amarante (2010), foi um movimento inglês de ruptura e desconstrução das relações de instituições, práticas e saberes psiquiátricos. É formulada, assim, uma das primeiras críticas radicais ao saber psiquiátrico, questionando o valor do saber médico da compreensão e dos tratamentos das doenças mentais. A loucura é, para o referido autor, fato social e político, sendo entendida como resposta dada a uma sociedade que se encontra alienada.

Na Itália, Franco Basaglia, referência da transformação no campo da Saúde Mental, se aproxima da Antipsiquiatria ao criticar o paradigma psiquiátrico, mas funda um outro campo, denominado Psiquiatria Democrática, alicerçado em uma análise histórico-crítica a respeito das relações entre a sociedade e o sofrimento psíquico (AMARANTE, 2010). Suas contribuições se deram especialmente por sua luta contra a institucionalização das pessoas com

transtorno mental, cujo tratamento, defendia, deveria se pautar em uma relação de contrato, não de tutela (BRAGA, 2019). Basaglia inverteu, portanto, o foco do olhar, o qual passou a ser no sujeito, não em sua doença.

Estas transformações, que aconteciam internacionalmente, acabaram fundamentando o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. No final da década de 70, durante o período de luta contra a ditadura militar no Brasil, juntamente ao movimento da Reforma Sanitária, surge o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual pleiteava questões trabalhistas desta classe e denunciava os abusos aos quais os pacientes dos hospitais psiquiátricos eram submetidos, e que pavimentou o caminho para a Luta Antimanicomial (SAMPAIO, BISPO JÚNIOR, 2020). A este movimento, somaram-se outros atores sociais, como os usuários dos serviços psiquiátricos, suas famílias e a sociedade civil de forma geral.

Em 1979, Basaglia vem ao Brasil participar do I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, mas comparece a outras conferências em universidades, sindicatos e associações, influenciando o pensamento crítico do MTSM (AMARANTE, 2010). Já em 1987, ocorrem o II Encontro dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, e a I Conferência Nacional em Saúde Mental, no Rio de Janeiro, marcos para o surgimento da Luta Antimanicomial enquanto movimento consolidado (MACHADO, SCARPARO, HERNANDEZ, 2015). Seu lema, “por uma sociedade sem manicômios”, aponta à proposta fundamental da abolição dos hospitais psiquiátricos e sua consequente substituição por serviços integrados ao território, possibilitando o cuidado em liberdade e o resgate da cidadania desses sujeitos.

Como resultado deste processo político e social, é promulgada em 2001, a Lei nº 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado, a qual confere legitimidade ao modelo de atendimento psiquiátrico comunitário como modelo substitutivo (SAMPAIO, BISPO JÚNIOR, 2020). Preconizando o processo de desinstitucionalização, a Lei Paulo Delgado veda a internação em instituições com características asilares, bem como aponta para o fortalecimento de serviços extra-hospitalares, na medida em que a internação passa a ser indicada apenas quando estes se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001). Tal legislação é um marco para a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, pois outorga aos sujeitos em sofrimento psíquico o estatuto de cidadãos, através da garantia de seus direitos.

Alguns serviços extra-hospitalares já começavam a surgir como alternativa aos hospitais psiquiátricos na década de 80 (BATISTA, 2014). Mas somente a partir dos anos 2000, enquanto os hospitais psiquiátricos passam a ser fechados gradualmente, seus dispositivos substitutivos começam a ser definidos através de portarias, construindo-se, assim, a rede substitutiva de saúde mental. Em 2002 é publicada a portaria nº 336, a qual define os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como articuladores centrais das ações de saúde mental nos municípios (BRASIL, 2002). Nove anos depois, é publicada a Portaria nº 3.088/11, a qual institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) “cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2011, p. 01).

Esta portaria estabelece, assim, os componentes desta rede, conforme explicitados no Quadro 1. A ampliação de serviços reforça a potencialidade do tratamento no território e da clínica ampliada, apontando para o modelo de cuidado que foi alvitado pela Reforma Psiquiátrica e pela Luta Antimanicomial (TRAJANO, BERNARDES, ZURBA, 2018).

**Quadro 1** - Componentes da RAPS de acordo com a Portaria nº 3.088/11

<b>Componentes</b>	<b>Pontos de Atenção</b>
<b>Atenção Básica em Saúde</b>	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Centros de Convivência e Cultura
<b>Atenção Psicossocial</b>	Centros de Atenção Psicossocial (I, II, III, AD, i)
<b>Atenção de Urgência e Emergência</b>	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas
	Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro
	Unidade Básica de Saúde
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>	Unidade de Recolhimento
	Serviços de Atenção em Regime Residencial
<b>Atenção Hospitalar</b>	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência
<b>Estratégias de Desinstitucionalização</b>	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
<b>Reabilitação Psicossocial</b>	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda/

Fonte: BRASIL, 2011.

Entretanto, apesar dos avanços legais, o processo da Reforma não se encerrou, mas requer a consolidação dos dispositivos substitutivos previstos, uma vez que exige mudanças socioculturais profundas e de longo prazo (CERQUEIRA CORREIA, ALMEIDA, 2018). Para Delgado (2011, p. 4073), é preciso estar “atento ao conservadorismo clínico da psiquiatria tradicional” e a movimentos políticos restauradores que podem “fazer a lei recuar ao regulamentá-la contra seu espírito”. A Reforma, então, não está posta, mas se configura como uma transição ainda em vigor.

Anos após esta recomendação de Paulo Delgado, vivemos, no país, um momento de ameaça ao que se construiu nos últimos 30 anos de Luta Antimanicomial. Pitta e Guljor (2019) referem que o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental, que se estabelece a partir de um movimento de contrarreforma, se instaura no final de 2015, e se consolida em dezembro de 2017 sob a alcunha de “Nova Política de Saúde Mental” (Portaria nº 3.588), reafirmada, em 2019, através da Nota Técnica nº11. Esta traz como principal alteração a ênfase no retorno de hospitais psiquiátricos, referindo que o Ministério da Saúde não mais considera que serviços sejam substitutivos de outros e não fomentando o fechamento de unidades de qualquer natureza.

A nota estabelece também indicadores para o financiamento dos Hospitais Psiquiátricos, referindo-se a essa medida como uma forma de ampliar e fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial. Segundo consta em seu texto, “em caso de fechamento ou descredenciamento de tais Serviços [...], o Ministério deve ser notificado e aprovar a nova destinação deste recurso federal, que deverá ser aplicado necessariamente na RAPS” (BRASIL, 2019, p. 21).

Designar o hospital psiquiátrico como componente da RAPS é, portanto, um indicador daquilo que Delgado (2011) afirma como legislar na contramão da Reforma Psiquiátrica. Aponta para o deslocamento de parte dos investimentos financeiros da RAPS, cuja consolidação ainda se dá de forma lenta, para este setor hospitalar. Isto pode gerar ainda mais defasagem na implementação de serviços estratégicos para a prevenção, promoção e assistência à saúde mental, a qual já se encontra subfinanciada segundo parâmetros da Organização Mundial de Saúde (TRAPÉ, ONOCKO-CAMPOS, 2017).

Logo, é preciso estar atento a tais retrocessos, pois dizem respeito a um processo que já vem se consolidando com o desmonte do SUS, e especialmente da saúde mental. Estas diretrizes refletem o fortalecimento dos interesses de um grupo contra reformista, o qual centra suas ações na doença, retomando modelos ultrapassados de tratamento à pessoa em sofrimento psíquico (LIMA, 2019).

#### **4 O PROJETO DE REABILITAÇÃO DA RAPS**

O processo de formação do Programa de Residência de Psicologia em Saúde Mental UPE/HUP acontece nos diferentes dispositivos de atenção à saúde mental da RAPS da cidade do Recife, contemplando a atuação nos CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS Infantil, NASF, bem como em uma enfermaria masculina, uma feminina e a emergência psiquiátrica do Hospital Ulysses Pernambucano e no Ambulatório e Enfermaria Pediátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, ambos serviços hospitalares do Estado de Pernambuco. Desta forma, é possibilitada ao residente uma prática intersetorial na assistência prestada pela rede de saúde mental.

Durante o primeiro ano de experiência na residência, a problemática da ociosidade se apresentou com frequência nos diversos serviços e gerou inquietação, provocando a questão que é o tema central deste trabalho. A fala de um usuário do CAPS Transtorno, no qual eu estava inserida à época – "*se for pra jogar dominó, eu jogo em casa*" (sic) – foi o ponto de partida para que pudesse me indagar sobre os norteadores da atenção psicossocial e como eles estão sendo utilizados na assistência à saúde mental. Em que medida os processos preconizados de reabilitação e reinserção estão ocorrendo, quando atividades que deveriam ser pensadas dentro do projeto terapêutico singular são oferecidas de maneira que parece ser generalizada? Antes de adentrar nesta questão, é preciso esclarecer alguns dos pressupostos que fundamentam a construção da RAPS.

A substituição dos hospitais pelos serviços de base comunitária reflete uma nova forma de entender as pessoas em sofrimento psíquico, priorizando uma abordagem terapêutica que respeita a singularidade do sujeito, buscando acolhê-lo por meio de projetos terapêuticos individuais e/ou grupais bem como preservando seus vínculos sociais e familiares (GAMBATTO, SILVA, 2017).

A territorialização do cuidado é uma das principais metas do processo de desinstitucionalização, e, para tanto, de acordo com a Portaria nº 3.088/2011, referente à instituição da RAPS, as estratégias de reabilitação e reinserção são norteadoras à ação no campo da saúde mental.

Gruska e Dimenstein (2015) referem não haver consenso quanto aos modelos operativos de reabilitação psicossocial. Segundo os referidos autores, as estratégias reabilitadoras ora estariam associadas ao contexto da Reforma Psiquiátrica, ora seriam contrárias aos seus princípios e diretrizes. Estas últimas derivariam da tradição psiquiátrica kraepeliniana, para a qual a etiologia dos transtornos mentais não tem conexão com os fatores políticos, econômicos e socioculturais, ignorando, também, os diferentes sentidos que os sujeitos atribuem aos seus sintomas. São compreendidos, portanto, como modelos adaptacionistas de reabilitação, os quais, visando o melhoramento funcional dos sujeitos, produzem propostas homogeneizantes e generalizantes de intervenção (GRUSKA, DIMENSTEIN, 2015).

Para Ribeiro e Bezerra (2015) estas estratégias estariam relacionadas ao modelo tradicional de clínica, a qual, por focar na doença, toma o paciente como um objeto no qual se realiza a intervenção. Os autores referem que a clínica ampliada diverge dessa posição, enfatizando como imprescindíveis para o tratamento as dimensões social e subjetiva dos sujeitos. Portanto, as estratégias de reabilitação alinhadas à proposta da Reforma Psiquiátrica se caracterizam como uma práxis que está diretamente conectada ao conceito da clínica ampliada.

A ênfase terapêutica desta clínica se apoia no estímulo à produção de redes de negociação para o usuário, a sua família, a comunidade circundante e os serviços implicados em seu tratamento (GRUSKA, DIMENSTEIN, 2015). Desta forma, o conceito de reabilitação pode denotar o processo que permite e estimula a ocupação de espaços sociais e o desenvolvimento de potencialidades que, ao longo do convívio com o sofrimento psíquico, ficaram encobertas (RIBEIRO, BEZERRA, 2015).

Amarante e Torre (2018) se referem à ocupação da cidade, por exemplo, como sendo uma das formas de participação nos espaços sociais, sendo isto impreterível para a desconstrução da lógica manicomial. Estimular a ocupação de espaços sociais, para os autores, portanto, é promover a cidadania,

ao desconstruir modos hegemônicos de habitar a cidade a partir da diversidade nos espaços de sociabilidade, solidariedade e convívio com a diferença.

Para tanto, dispositivos como o Empreendimento Solidário e as Cooperativas Sociais, previstos na Política, podem ser utilizados enquanto potentes ferramentas para a ocupação de espaços sociais destes sujeitos. Pacheco *et al.* (2016) afirmam que o trabalho pode ser um instrumento de inclusão e sociabilidade, estando a economia solidária no eixo de diversas práticas em serviços de saúde mental no Brasil. Durante o processo de tratamento, é preciso elaborar ações adequadas às necessidades específicas de cada sujeito e, para tanto, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) se faz recurso fundamental (OLIVEIRA, 2018).

O Ministério da Saúde define o PTS como “um plano de ação compartilhado e composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa” (BRASIL, 2013, p. 33). É, portanto, construído pela equipe e pelo sujeito que necessita do cuidado, ao qual é ofertado possibilidades de escolhas, reflexivas e livres, capacitando-o a agir autonomamente (OLIVEIRA, 2018).

A partir da minha imersão ao longo da residência, pude aprender na prática sobre a importância de estar sempre atenta, enquanto profissional de saúde, à particularidade de cada sujeito. Passei a entender que a função do profissional é investir numa clínica que priorize o singular e, para tanto, a sua compreensão de reabilitação deve estar alinhada ao que Gruska e Dimenstein (2015) referem como o investimento em processos de negociação. Negociar é poder operar pela implicação dos sujeitos em seu próprio cuidado, junto a outros atores com os quais faz laço social (SANTOS, *et al.*, 2019).

Isto tem relação direta com a desinstitucionalização desses sujeitos, uma vez que, com a Reforma Psiquiátrica, saímos da lógica da tutela para a compreensão da pessoa com transtorno ou em sofrimento psíquico enquanto cidadão (AMARANTE, TORRE, 2018). Entretanto, esta mudança de paradigma não está posta. A oferta de espaços e ações terapêuticas pode, muitas vezes, ser influenciada pela institucionalização dos próprios profissionais, como afirmam Ribeiro e Bezerra (2015). Para os autores, os profissionais parecem se deparar com a dificuldade de enfrentar os desafios de uma prática que deve ser construída cotidianamente com os sujeitos, ou seja, de um fazer clínico que não é estático.

Dimenstein, em 2006, já alertava para o problema, a âmbito nacional, da institucionalização dos CAPS e sua conseqüente produção de novas cronicidades. Estas são refletidas na retenção de usuários dentro dos serviços, nas formas de gestão que resistem em produzir portas de saída e de circulação na rede, o que, para a autora, indica uma reprodução da postura manicomial dentro dos próprios CAPS. Esta preocupação me parece ainda muito atual, especialmente frente a rede que se encontra cada vez mais precarizada. Diante da alta demanda e da impossibilidade de outros dispositivos de darem suporte aos usuários de saúde mental, as equipes dos CAPS se sobrecarregam.

O sucateamento da infraestrutura, e principalmente de recursos humanos, gera conseqüências que ressoam na clínica. Ao longo dos meus rodízios, percebi que as oficinas ou espaços grupais muitas vezes pareciam ser utilizados como forma de ocupação de tempo, sem objetivos terapêuticos claros, retomando uma lógica de cuidado generalizante, como pontuam Gruska e Dimenstein (2015) acerca do modelo adaptacionista de reabilitação. Em outros momentos parecia haver, por parte dos profissionais, a expectativa de que os usuários presentes participassem das atividades propostas, mesmo que estes não se mostrassem investidos em tais ações. Um modelo terapêutico que está desvinculado do campo das negociações sociais é caracterizado pela submissão e obediência, quando, aos usuários, são impostas, pelas instituições, determinadas lógicas de cuidado.

Para Merhy e Feuerwerker (2016) as equipes de saúde, muitas vezes, estão aprisionadas a um saber que não as possibilita perceber que certos comportamentos são modos de existência, ainda que se manifestem cheios de tensões e problemas. Na busca pela adequação dos sujeitos, são tamponadas as possibilidades tanto de reconhecimento quanto de valorização das significações por meio das quais cada um se coloca em seu sofrimento (GRUSKA, DIMENSTEIN, 2015).

Figueiredo (2014) em sua teoria do cuidado, resgata algumas reflexões importantes. Para o autor, o cuidar é uma tarefa imprescindível ao *vir-a-ser* humano. No âmbito da saúde, o cuidado se posiciona no campo do tratamento, o qual é respaldado científica e tecnicamente. O profissional de saúde, ou agente de cuidado, pode atuar com base em duas premissas: a presença implicada e a presença reservada. Enquanto a presença implicada significa estar mais

comprometido e atuante na relação com o outro, a presença reservada diz de um afastamento o qual possibilita que o sujeito seja chamado à responsabilidade por si. O excesso de presença implicada, no entanto, parece levar a um modo tirânico de cuidado, o qual coloca o outro numa posição objetual produzindo nele dependência e alienação. Para Figueiredo (2014), o excesso de presença implicada tem relação com o sentimento de onipotência narcísica à qual o agente de cuidado precisa renunciar.

Quando falamos sobre a lógica da tutela estamos nos referindo a este excesso de presença implicada dos profissionais de saúde. Entretanto, também o excesso de reserva pode ser nocivo para o tratamento, na medida em que a reserva se torna distanciamento e desresponsabilização do próprio profissional frente ao usuário. Ao longo de minha experiência pude perceber, em determinadas situações, ambas formas de excesso.

Como referido anteriormente, em alguns momentos, a imposição de participação, aos sujeitos, em certas atividades que não pareciam fazer eco em seu tratamento, parecia ser uma forma tirânica de cuidado, decorrente do excesso de presença implicada. Em outros momentos, sob a justificativa da precarização do serviço e das relações de trabalho, percebia um distanciamento dos profissionais, os quais tinham dificuldades de ofertar opções de cuidado para os usuários. Frente a minha experiência em determinados serviços da RAPS, este parecia ser um movimento de paralisação das capacidades inventivas que poderia, como consequência, levar a um excesso de reserva por parte dos profissionais. Assim, a ociosidade apresentava-se como um fenômeno que perpassava as diferentes instituições e que, ora parecia ser reforçada, ora parecia ser evitada através dos discursos circundantes.

## **5 UM OLHAR SOBRE OS EFEITOS DA OCIOSIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

Em seu livro “O ócio criativo”, De Masi e Palieri (1995, p.146) distinguem a existência de dois tipos de ócio: o alienante, o qual “faz com que nos sintamos vazios, inúteis, nos faz afundar no tédio e nos subestimar” e o criativo, o qual “faz com que nos sintamos livres, fecundos, felizes e em crescimento”. O ócio criativo, ou produtivo, de acordo com Delgado *et al.* (2018), estaria vinculado à promoção de bem-estar, uma vez que se relacionaria diretamente aos

investimentos subjetivos de cada sujeito. Portanto, se relacionaria também à promoção de saúde.

É preciso, pois, saber identificar de que ordem é o ócio que se manifesta nos serviços de saúde mental; se é um efeito de uma conjuntura institucional, ou se é da ordem dos processos mais singulares. Da mesma forma, é preciso nos perguntar sobre como é possível, enquanto profissionais, lidar com a ociosidade dentro destes serviços.

A discussão sobre a ociosidade dentro do campo da saúde mental se articula, inicialmente, com o surgimento do capitalismo e da nova lógica de valorização do tempo e do utilitarismo dos sujeitos e de seus corpos enquanto mão de obra. No século XIX, de acordo com Batista (2014), os asilos passaram a ter a função de suprimir tanto a mendicância, quanto a ociosidade. Os internos eram, portanto, pessoas das quais não se podia utilizar a força de trabalho.

De acordo com Bertrand (2002), a lógica do trabalho está atrelada a uma concepção moralista de virtude, consequência de um pensamento que impunha o trabalho como uma atividade da ordem do dever. A consolidação do capitalismo se apoia nesta premissa, referente à ideia do tempo como bem valioso que deve ser utilizado para fins produtivos. Desta forma, nas instituições psiquiátricas, a partir do século XIX, um tratamento moral era dispensado aos internos e se caracterizava como a rotina de um trabalho, que, entretanto, não possuía valor subjetivo ou material, mas cuja finalidade era primordialmente domesticar o comportamento por meio da ocupação do tempo (ANDRADE, COSTA-ROSA, 2014).

Dois séculos depois, a ‘ocupação do tempo’ ainda parece permear os espaços que tratam a saúde mental, embora não nos mesmos moldes. Estamos vivendo, dentro da saúde pública, um movimento de retrocessos, que se reflete na política de saúde mental. Estes retrocessos podem implicar, também, em um retorno a certos paradigmas que se supõem ultrapassados, mas que acabam operando na práxis dos profissionais, quer seja deliberadamente ou não.

Ao longo do texto, ressalté sobre dois movimentos que me pareceram ocorrer de forma habitual nos espaços de cuidado em que estive inserida. Em um dado momento, a imposição de atividades que não pareciam ter objetivos claros dentro do PTS do usuário, mas que produziam um apaziguamento da angústia que o “*não estar fazendo nada*” provocava nos profissionais – em mim,

inclusive. Em outro, diante da precariedade na qual os serviços se encontravam, os profissionais eram levados a um sentimento de impotência e consequente paralisação, reproduzindo uma ociosidade generalizada que pode ser entendida, portanto, como sendo de ordem institucional.

Embora a precarização da RAPS seja um dado concreto e que não deve ser negligenciado durante a análise da conjuntura, é preciso refletir sobre como isto pode reverberar enquanto reforçador de mecanismos defensivos dos profissionais. De que forma é possível agir para além da queixa? A queixa pode ser utilizada como um processo de racionalização que nos distancia da prática? Compreendendo o valor político que há em apontar os furos da rede, é preciso fazer uma diferenciação sobre não se haver com o que nos cabe enquanto profissionais e o que é de fato uma estratégia para a gestão das dificuldades enfrentadas nos serviços, que devem, sim, se tornar visibilizadas para a gestão.

Em diversos serviços, pude experienciar os esforços das equipes para salvaguardar o mínimo necessário ao bom funcionamento dos mesmos. Na contramão, as equipes muitas vezes se mantinham na queixa quanto à escassez de verbas, ao aumento de demanda que chegava a estes serviços. Queixas estas pertinentes, mas a dificuldade de elaborar um plano de ação frente a estas adversidades parecia dizer também de um mecanismo de defesa, posto que levava, às vezes, a um distanciamento das problemáticas vivenciadas e a uma consequente desimplicação no trabalho com os usuários.

Enquanto movimentos paradoxais de grupo, ambos ocorriam de forma simultânea, assim como eram paradoxais as formas de lidar com a ociosidade: ora algo que deveria ser evitado, inserindo todos os usuários do turno nas atividades, ora um fenômeno reproduzido pela equipe, quando não era possível oferecer atividade alguma. No entanto, o paradoxo é constituinte do humano, e, portanto, se manifesta também nas relações humanas. Neste sentido, não cabe, aqui, chegarmos à conclusão se o ócio tem valor positivo ou negativo, pois, a depender de cada caso, ele pode ou não ter efeitos iatrogênicos.

Da mesma forma que havia usuários que se queixavam da “falta do que fazer” (sic), havia usuários para quem o espaço institucional permitia um trabalho subjetivo, mesmo que este não se desse de forma compartilhada entre os pares sociais. Assim, ao mesmo tempo em que havia usuários que demandavam outras atividades para além dos costumeiros grupos de fala, tais quais os

passeios terapêuticos, havia também usuários que iam diligentemente ao serviço e permaneciam “isolados”, trabalhando em suas próprias atividades como a pintura, por exemplo. Sustento, portanto, que o manejo da ociosidade dentro dos serviços de saúde mental deve ser sempre pautado pela escuta da singularidade de cada sujeito. A defesa da singularidade, entretanto, está atravessada por questões que são fundamentais aos serviços de base comunitária.

A lógica do sistema de saúde privilegia as ações coletivas, e isto, para além dos efeitos positivos que tais ações trazem aos sujeitos nelas envolvidos, tem também respaldo econômico. Como consequência, nos serviços como os CAPS, por exemplo, são priorizadas as atividades grupais, uma vez que estas possibilitam, além de seus benefícios à reinserção e a produção de laços sociais, uma maior abrangência da população atendida. Esse tensionamento entre o coletivo e o singular, portanto, também se faz presente nos serviços. É comum devido a fatores concretos como tempo, lista de espera, produtividade, que a ênfase do cuidado recaia sobre os processos mais coletivos. Ora, uma equipe de 20 profissionais, ou menos, não tem pernas – e braços – suficientes para dar conta, individualmente, de mais de 400 usuários.

A consequência é um trabalho que acaba, em alguns momentos, por se engessar em um modo generalizante de atuação, numa seara tão particular como o é a saúde mental. Retomo, portanto, como imprescindível para a atuação do profissional que o dispositivo do PTS seja, de fato, um norteador do trabalho em saúde, reforçando a importância da negociação com cada usuário para seu próprio processo de cuidado.

Como mencionado, o PTS é um dispositivo que organiza, junto com o usuário, quais ações são necessárias para si, de forma que há uma ênfase nas intervenções negociadas, chamando-o para a responsabilidade sobre si, fugindo de uma lógica de imposição de cuidados. Neste âmbito, a ociosidade enquanto fenômeno, poderá ser pensada e negociada também caso a caso. Quando se negligencia a potencialidade da negociação do PTS, se reforça a lógica do cuidado generalizante e este, dificilmente ecoará nos sujeitos, podendo deixá-los à mercê de um ócio alienante.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do trabalho pretendi abordar alguns pontos que fizeram pensar sobre o campo da Saúde Mental, tendo em vista o contexto em que estamos vivendo na política brasileira, bem como os aspectos que, para mim, enquanto profissional em formação, se mostraram relevantes durante a imersão na RAPS. Acredito ser importante estarmos atentos às consequências que os contextos histórico e político impõem neste campo, bem como sobre nossa própria responsabilidade enquanto agentes de saúde diante desta realidade.

A partir da passagem pelos espaços de cuidado em saúde mental, foi possível observar como a pauta da ociosidade é mobilizadora. Assim, procurei refletir sobre o que significa a ociosidade dentro de instituições das quais, em princípio, é esperada a oferta de ações para a reabilitação psicossocial. Dessa forma, mostrou-se necessário, pois, fazer levantamentos sobre o que significa reabilitar em saúde, e sobre o modelo de reabilitação que entendo como sendo o mais alinhado à noção de sujeito preconizado pela Reforma Psiquiátrica. Sujeito ao qual é necessário não só dar a voz, mas saber ouvi-lo. Ainda é preciso estarmos atentos a nossa tendência a tutelar estes sujeitos, diante de um excesso de presença implicada que muitas vezes somos levados a exercer por estarmos na posição de profissionais de saúde.

Entretanto, também lidamos com a possibilidade de agirmos com excesso de reserva, nos distanciando das responsabilidades que nos competem. Esta é uma linha muito sutil, mas que gera consequências concretas nas ações em saúde e a ociosidade parece ser uma destas consequências.

Não pretendo, com este trabalho, encerrar as reflexões acerca de tal problemática, mas diante do que foi exposto, acredito que uma das saídas para o manejo da ociosidade nas instituições está no que já é uma diretriz no cuidado à saúde. O PTS é um dispositivo cujo potencial se coloca justamente na perspectiva de que cada sujeito tem necessidades particulares, para as quais, apenas através da negociação, é possível se criar, em conjunto, estratégias de cuidado. A ociosidade é uma das esferas que podem ser abordadas dentro do PTS do usuário. E a partir do PTS será possível pensar em equipe como a ociosidade se apresenta, quando e porquê, uma vez que tem se evidenciado recorrentemente enquanto um fenômeno institucional.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, A.; COSTA, A. Os caminhos da loucura: Recortes sobre o papel do louco e os cuidados em saúde mental na história. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 14, n. 38, p. 74–90, 2022.

AMARANTE, P. (Coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 5ª reimpressão - 2 ed., revista e ampliada: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G.. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, v.52, n.6, 2018.

ANDRADE, M. C.; COSTA-ROSA, A. O encontro da loucura com o trabalho: concepções e práticas no transcurso da história. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 27-41, 2014.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. 4. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Política & Trabalho**, n. 40, 2014.

BERTRAND, R. **Elogio ao Ócio**. A Economia do Ócio. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

BRAGA, C. P.. A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica. **Saúde E Sociedade**, v. 28, n. 4, p.198-213, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 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. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 3088 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). **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34– Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 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. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Nota Técnica n. 11, de 04 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CERQUEIRA CORREIA, L.; ALMEIDA, O. M. de. A luta antimanicomial continua! Problematizações sobre o manicômio judiciário na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira. **InSURgência: Revista de direitos e movimentos sociais**, v. 3, n. 2, p. 319–347, 2018.

DE MASI, D., PALIERI, M. S. **O ócio criativo**. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

DELGADO, P. G. G. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4701–4706, 2011.

DELGADO, P.; ALEXANDRE, J.; OLIVEIRA, J.; CARVALHO, H.; CARVALHO, J. M. S. O papel do ócio no bem-estar das crianças. In: **Libro de Comunicaciones Completas y Conclusiones del Congreso Internacional – XXXI Seminario Interuniversitario de Pedagogía Social: "Pedagogía social, investigación y familias"** Palma de Maiorca, España, 2018. P. 43-58, 2018.

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re) inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**, v. 4, n. 6, p. 69–83, 2006.

FIGUEIREDO, L. C. M. Cuidado e saúde: uma visão integrada. In: \_\_\_\_\_. **Cuidado, saúde e cultura: trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante**. São Paulo: Escuta, p. 9-29, 2014.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

GAMBATTO, R.; SILVA, A. L. P. Reforma Psiquiátrica e a Reinserção do Portador de Transtorno Mental na Família. **Psicologia Argumento**, v. 24, n. 45, p. 25–33, 2017.

GRUSKA, V.; DIMENSTEIN, M. Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. **Psicologia Clínica**, v. 27, n. 1, p. 101–122, 2015.

LIMA, R. C. The rise of the Psychiatric Counter-Reform in Brazil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, 2019.

MACHADO, P. F.; SCARPARO, B. H.; HERNANDEZ, A. R. C. Narrativas do silêncio: movimento da luta antimanicomial, psicologia e política. **Revista Psicologia Política**, v. 15, n. 34, p. 599–616, 2015.

MARKOVÁ, I. S.; BERRIOS G. E. Research in Psychiatry: Concepts and Conceptual Analysis. **Psychopathology**, v. 49, p.188-194, 2016.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. In: Emerson Elias Merhy Rossana Staevie Baduy Clarissa Terenzi Seixas Daniel Emilio da Silva Almeida Helvo Slomp Júnior (Orgs.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, p. 31-42, 2016.

OLIVEIRA, M. G. A. Bioética e Saúde Mental: o projeto terapêutico singular como materialização do respeito à autonomia e à dignidade humana. **Cadernos do Cuidado**, v. 2, n. 1, 2018.

PACHECO, M.; BEZERRA, S.; CAVALCANTE, S.; DE SOUSA, L.; FERREIRA, K.; LEMOS, P.. Saúde Mental e inclusão social: Um estudo de revisão sistemática da literatura. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v.8, n.18, p.43-54, 2016.

PEREIRA, E. C.; COSTA-ROSA, A. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 1035–1043, 2012.

PITTA, A. M. F.; GULJOR, A. P. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades**, n. 246, p. 6-14, 2019.

PROVIDELLO, G. G. D.; YASUI, S. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 20, n. 4, p. 1515–1529, 2013.

RIBEIRO, M. C.; BEZERRA, W. C. A reabilitação psicossocial como estratégia de cuidado: percepções e práticas desenvolvidas por trabalhadores de um serviço de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, n. 3, p. 301–308, 2015.

ROSA, J. C.; CAVIQUIOLI, S. P. O Direito e a Política de Saúde Mental: A conscientização familiar dos pacientes psiquiátricos. **Ponto de Vista Jurídico**, v. 4, n. 1, p. 158-197, 2015.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2020.

SANTOS, L. S. DOS; KLEIN, C.; MARSILLAC, A. L. M. DE; KUHNEN, A. Laços com a loucura: a cidade como espaço de promoção de saúde mental. **Barbarói**, v. 1, n. 53, p. 208-226, 2019.

TEIXEIRA, M. O. L., Pinel e o nascimento do alienismo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 19, n. 2, p.540-560, 2019.

TRAJANO, M. P.; BERNARDES, S. M.; ZURBA, M. C. O cuidado em saúde mental: caminhos possíveis na rede de atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 10, n. 25, p. 20-37, 2018.

TRAPÉ, T. L.; CAMPOS, R. O. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.