

Sofrimento psíquico e convivência

Psychic suffering and coexistence

Tania Inessa Martins de Resende

Resumo

O artigo pretende refletir sobre os desafios enfrentados nos serviços de saúde mental frente ao sofrimento psíquico contemporâneo. Este, em especial nas dimensões do desamparo, da solidão, da violência e do esvaziamento subjetivo, sinaliza a fragilidade dos laços sociais e afetivos. Neste cenário apostar na potencialidade dos serviços de saúde mental territoriais e comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial ganha um novo e relevante sentido. Faz-se presente o desafio de articular acolhimento e escuta, em uma forma de cuidar emancipatória, que faça jus à vocação comunitária dos CAPS e permita enfrentar a solidão e o esvaziamento subjetivo contemporâneos. A convivência, a partir da experiência de parceria entre instituição de ensino e serviços de saúde mental, é apresentada como uma metodologia ética-política-clínica de cuidado. A produção de conhecimento compartilhado entre os diferentes atores sociais é apontada como forma de resistência no campo da saúde mental.

Palavras-chave

Sofrimento Psíquico, Convivência, Saúde Mental.

Abstract

The article intends to reflect on the challenges in mental health services facing contemporary psychic suffering. Especially in the dimensions of helplessness, loneliness, violence and subjective emptying, signals the fragility of social and affective ties. In this scenario, believing in the potentiality of territorial and community mental health services, such as the Psychosocial Care Centers, gains a new and relevant meaning. The challenge is to articulate embracement and listening, in an emancipatory way of caring, that lives up to the community vocation of the CAPS and allows to face the contemporary loneliness and subjective emptying. The coexistence, from the experience of partnership between educational institution and mental health services, is presented as an ethical-political-clinical care methodology. The production of shared knowledge among the different social actors is pointed as a resistance in the mental health field.

Keywords

Psychic Suffering, Coexistence, Mental Health.

Tania Inessa Martins de Resende

Centro Universitário de Brasília

Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília; Professora dos cursos de Psicologia e Medicina do UniCEUB; Psicóloga e Psicanalista. Principal área de atuação: saúde mental.

taniainessa@gmail.com

Introdução

Diferentes autores, em diversos campos, têm situado a indiferença como importante marca na produção do sofrimento contemporâneo (LIPOVETSKY, 2005; DEMO, 2005; BOFF, 2011). Para Boff (2011), a falta de cuidado caracteriza o mal estar contemporâneo, marcas de descuido, descaso e abandono. Falta de cuidado que perpassa as mais diversas esferas, o meio ambiente, a coisa pública, a dimensão espiritual, e, em especial, os laços sociais: “há um descuido e um abandono crescente da sociabilidade nas cidades. A maioria dos habitantes se sentem desenraizados culturalmente e alienados socialmente” (BOFF, 2011, p. 19).

Em uma sociedade alérgica a diferença (SEN, 2011), os laços afetivos e comunitários tornam-se frágeis. Torna-se difícil “conviver com a pluralidade humana, enquanto vê no grupo irmãos, vê nos outros inimigos e condenados” (DEMO, 2005, p. 9-10).

Em uma outra dimensão, o modo contemporâneo de vivenciar o tempo também nos remete, em alguma medida, ao esvaziamento subjetivo. A aceleração do tempo, possibilitada pelas tecnologias digitais, aliada a quantidade de informações geradas contínua e sem interrupção “termina por nos propor a apatia como posicionamento mais comum” (BRITO, 2018).

Um dos impactos destas dimensões sociais e políticas comparece em uma certa forma de expressão de sofrimento psíquico. Rocha (2012), ao discutir a violência contemporânea e sua relação com a subjetivação e a produção de sofrimento psíquico, destaca, a partir da vivência de impotência frente às múltiplas e intensas exigências de desempenho, efeitos em cascata: perda de referenciais simbólicos, fragmentação dos laços, esvaziamento subjetivo. Como afirma Macêdo (2018, p. 266), refletindo sobre o sofrimento psíquico de universitários, a partir de uma leitura de Bauman:

Em tempos ditos líquidos, onde os seres humanos não têm rede de segurança digna de investimento afetivo e esforço, os laços estão frágeis, as atitudes competitivas se intensificam, a colaboração e o trabalho em equipe se enfraquecem; a vida se torna fragmentada, as incertezas quanto ao futuro se instalam, surgem os indivíduos free-choosers (responsáveis pelas suas próprias escolhas) e os medos e temores se intensificam, restando um desamparo sem nomeação pelo sujeito contemporâneo.

Como defende Bezerra (2004), a sociedade disciplinar, tal como pensado por Foucault, vem gradativamente sendo substituída por uma sociedade do controle. Novamente surge a ideia de um esvaziamento subjetivo, da dimensão existencial, agora a partir da redução da experiência de sofrimento construída na existência e na troca social a uma disfunção biológica. Esta intolerância ao sofrimento, sendo negado seu caráter de inevitabilidade e estruturação da vivência humana, tem ampliado o poder de intervenção dos profissionais de saúde sobre a vida cotidiana (BEZERRA, 2004; RESENDE, COSTA, 2017). Tal fenômeno tende a “nos transformar a todos numa espécie de técnicos do bem-estar, ortopedistas do espírito” (BEZERRA, 2004, p. 4).

Macêdo (2018) salienta que a partir deste isolamento e esvaziamento subjetivo, as crises contemporâneas levam a uma certa exigência de silenciamento do sofrimento psíquico, o que se desdobra, por exemplo, em comportamentos autolesivos, depressivos e/ou suicidas.

Como os nossos serviços de saúde mental, em especial os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), tem enfrentado o impacto contemporâneo na produção de sofrimento psíquico?

Os desafios nos CAPS

O CAPS é fundamental serviço na construção da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011). Apesar dos atuais ataques a política nacional de saúde mental e ao SUS (VASCONCELOS, 2016), em 2014 havia um total de 2.209 CAPS cadastrados pelo Ministério da Saúde, demonstrando um crescimento constante e, até então relativamente estável, das ofertas de cuidado com base comunitária e territorial (BRASIL, 2015). A construção dos CAPS não somente se expandiu, mas também se interiorizou, em todo o país, com destaque para a região Nordeste (BRASIL, 2011). Apesar – e justamente em função – das ameaças e retrocessos no campo da política nacional de saúde mental, fundamental se torna continuarmos refletindo criticamente sobre o papel e atuação dos serviços de saúde mental comunitários que temos implementados. Considerando as breves reflexões acima apresentadas sobre o sofrimento contemporâneo, em especial nas dimensões do desamparo, da solidão, da violência e do esvaziamento subjetivo que sinalizam a fragilidade dos laços sociais e afetivos, apostar na potencialidade dos serviços territoriais e comunitários ganha um novo sentido.

Merhy (2004) propõe que analisemos de forma (auto)crítica e solidária os impasses e dificuldades que os CAPS vem enfrentando para alcançar seu potencial, pois “ter uma postura de que na constituição dos CAPS devemos seguir modelos fechados ou receitas, é eliminar a interessante multiplicidade deste, e não aproveitar de um fazer coletivo solidário e experimental” (p. 4). Estes limites incluem questões práticas, como número deficiente de profissionais frente a uma demanda que ultrapassa em muito a capacidade do serviço, ausência de insumos básicos para a realização das atividades, fragilidade da rede de serviços, evasão de psiquiatras, etc. (BEZERRA, 2004). Incluem também, no entanto, a presença de paradigmas conflitantes, oriundos sobretudo da formação autoritária e disciplinadora dos profissionais de saúde (JARDIM et al, 2009; RESENDE, 2015; PACHECO, 2011), o que resulta, em diferentes situações, em novas formas de institucionalização (GOULART, 2013).

O autor demarca que a institucionalização, dentro de um serviço que se pretende justamente como territorial, vem sobretudo com a marca da exclusão da subjetividade a partir de uma atuação profissional pautada no paradigma biomédico (GOULART, 2013). Deste modo as pessoas são tratadas como objetos de procedimentos técnicos, o que não permite, por sua vez, o protagonismo do sujeito em relação ao próprio tratamento e, em última instância, a própria vida.

Ora, essa tendência – se verdadeira – impõe uma forte resistência ao próprio projeto que os CAPS representam. Por quê? É óbvio que devemos fazer uso de todos os recursos terapêuticos que estiverem ao nosso alcance para diminuir a dor e o sofrimento daqueles que estão sobre nossos cuidados. O problema não está aí. Está no fato de que qualquer dispositivo de cuidado (CAPS ou outros) visa não apenas evitar o sofrimento desnecessário, mas também criar espaços de tolerância e modos de acolhimento e convivência com aquilo que – na vida subjetiva – é da ordem do intratável, do inevitavelmente doloroso [...] (BEZERRA, 2004, p. 4).

Não se trata, por certo, de elogio romântico ao sofrimento, tampouco convite à resignação. Mas compreender o cuidado como emancipatório (RESENDE, 2015), de modo que os serviços não sejam meros instrumentos de controle e eliminação do sofrimento, mas que visem e propiciem possibilidades criativas, transformando as formas de lidar com o sofrimento, nas experiências pessoais e coletivas.

Barbério (2016, p. 23), ao discutir o acolhimento em serviços de saúde mental, problematiza questões que impactam a reflexão que propomos neste artigo:

Como os sujeitos que sofrem são acolhidos? É permitido a esse encontro escutar o outro ou o que se faz é ouvir as respostas de perguntas já formuladas para obedecer a protocolos? Os profissionais estão abertos a uma escuta que presentifica o acolher, ou seguem fazendo primeiras entrevistas carregadas de ausência, tomadas por uma surdez moralista que paralisa qualquer tratamento? Acolhe-se a singularidade do sofrimento de um sujeito ou classificam-se as pessoas em um comum para aliviar a angústia de quem escuta?

A função do CAPS é atuar, prioritariamente, no espaço intermediário entre o serviço e o acesso à cidade, e justamente aí os serviços têm enfrentado dificuldades para alcançar seus objetivos (RESENDE, 2015). Como articular acolhimento e escuta, em uma forma de cuidar emancipatória, que faça jus à vocação comunitária dos CAPS e permita enfrentar a solidão e o esvaziamento subjetivo contemporâneos?

A convivência como um possível antídoto

A parceria de uma instituição de ensino superior, através da coordenação e supervisão de projetos de estágio em Psicologia e projetos interdisciplinares de extensão com alunos de Psicologia, Enfermagem, Direito, Medicina e Educação Física com serviços de saúde mental no Distrito Federal (3 CAPS II, 1 CAPS III, 1 CAPSi, 1 Centro de Convivência e 1 Núcleo de Comunicação Comunitária em Saúde Mental) e a participação efetiva no Movimento Pró-Saúde Mental é a inspiração para a construção da presente reflexão. Ao longo dos últimos 16 anos, neste contexto de atuação no campo da saúde mental, construímos uma metodologia de cuidado que toma a convivência como estratégia central. Após 10 anos desta atuação e parceria, foi produzido um doutoramento com o objetivo específico de sistematizar a convivência como uma estratégia de cuidado no campo da saúde mental, imbuído do desejo de ajudar na construção de uma saúde mental pública comunitária e inclusiva, sensível, localmente, ao fraco desempenho da capital brasileira na consolidação da RAPS com uma das mais baixas coberturas de CAPS por habitante no país (BRASIL, 2011).

A inspiração para buscar compreender a convivência, enquanto dimensão do cuidado, foi um surpreendente paradoxo. Na participação no cotidiano dos CAPS, a convivência entre os frequentadores, profissionais e o território estava pouquíssimo presente em sua potencialidade clínica, em especial, para um serviço que se pretende comunitário e territorializado. A convivência, em especial, entre frequentadores e profissionais possuía uma tonalidade burocratizada e, muitas vezes, autoritária, se limitando ao tempo e espaço das oficinas a que os frequentadores eram obrigados a participar.

Por outro lado, a participação no Centro de Convivência e no Núcleo Comunitário, dispositivos organizados a partir de uma convivência que legitima a experiência singular, produzia resultados clínicos inesperados: acolhimento do sofrimento, suporte para as mais diversas e intensas expressões subjetivas, acolhimento e prevenção de crises... Inesperados, pois nos surpreendeu, em especial, por ser a função oficial destes espaços a articulação política e não, necessariamente, a assistência.

Configurava-se um contraste: a perda da potencialidade clínica nos CAPS, a partir de uma atuação desvinculada da dimensão política do cuidado, e a presença de efeitos clínicos em espaços políticos. Deste contraste, articulando diferentes experiências no campo da saúde mental, a

partir de uma perspectiva psicossocial, a convivência foi potencializada como uma metodologia ética-política-clínica de cuidado. Metodologia de cuidado que, em seu cerne, visa ajudar a reverter a burocratização e as novas formas de institucionalização nos serviços tipo CAPS, conforme discutido acima.

Este dilema que opõe clínica e política, que estava na origem do trabalho, é, em grande medida, equivocado. No entanto, este “falso dilema” (PASSOS; BENEVIDES, 2001), apesar de reiteradamente teorizado na literatura da reforma psiquiátrica brasileira, ainda ressurgue com frequência no cotidiano nos serviços. A perda de potência no cuidado dos CAPS, em parte, tinha sua origem em uma atuação despolitizada, não reconhecendo que o cuidado ofertado deve ir muito além da estabilização dos sintomas, alcançando a inclusão social e ajudando na construção de projetos de vida (LOBOSQUE, 2003; TENÓRIO, 2001). Neste sentido, os espaços que se organizavam em torno da convivência tinham muito a nos ensinar.

Para responder às demandas contemporâneas de sofrimento é necessário reconhecer a incompatibilidade do sofrimento psíquico intenso “com os dispositivos clássicos de abordagem psi: o consultório, o setting, um certo modo de escansão do tempo, uma certa ortodoxia da escuta” (LOBOSQUE, 2001, p. 98). A convivência surge como um esforço para construir um cuidado sob medida e sensível às necessidades e singularidades das pessoas que acompanhamos e que já tem, em sua grande maioria, experiências de deslegitimação de sua subjetividade, de estigma e de exclusão social. A convivência surge como uma possibilidade de reagir às estratégias de evitação construídas socialmente em relação às pessoas que sustentam um sofrimento psíquico intenso (RESENDE; COSTA, 2017).

Mas o que caracterizaria uma convivência com potencialidade para se converter em uma estratégia de cuidado que vise a inclusão social, a transformação da experiência de sofrimento e a construção de projetos de vida? Afinal, o campo da saúde mental é historicamente conhecido por formas violentas de convivência e estratégias sofisticadas de submissão, controle e assujeitamento (FOUCAULT, 1993; BASAGLIA, 2005).

A convivência, através de grupos e atividades no CAPS e no território, para se configurar como cuidado deve ser sensível às necessidades singulares das pessoas do ponto de vista do sofrimento bem como das condições sociais que interferem intensamente na manutenção dos processos de exclusão social (RESENDE, 2015). Neste sentido, algumas características como abertura às diferenças, a possibilidade de escolher (ao invés de ter atividades prescritas que precisam ser engolidas¹), estar disponível de forma diferente a cada um, construindo conjuntamente a partir do desejo e do vínculo, de modo a acolher as diferentes formas de participação, estabelecendo relações mais horizontais e fraternas permite “a construção de um cuidado que, por um lado, respeita as peculiaridades de quem acompanhamos e que, fundamentalmente, em um mesmo movimento visa o empoderamento” (RESENDE, 2015, p. 384).

De modo que a convivência pensada como estratégia de cuidado no campo da saúde mental necessariamente articula as três dimensões – ética, clínica e política – de forma suplementar, guardando relações recíprocas e não inteiramente redutíveis. É um pressuposto ético, nesta proposta, que a clínica em saúde mental só é aceitável se subordinada à política, isto é, ao objetivo fundamental de inclusão social, caso contrário, degenera, como a história nos mostra, em abuso de poder, em normatização.

O cuidado visto exclusivamente da dimensão ética rapidamente se torna discurso moral, que descuida da realidade concreta e possível da vida das pessoas. Visto exclusivamente do ponto de vista político faz esquecer que cada indivíduo, ainda que necessariamente se faça a partir do social, tem

1

A inspiração aqui é derridariana. Para o autor, o suplemento, para além de um complemento, tem duas signiicações: acrescentar e suprir (DERRIDA, 1999).

sempre algo irredutivelmente alteritário. Do ponto de vista clínico, basta pensar o papel normatizador e classificatório na história da psicopatologia (RESENDE, 2015, p. 21-2).

No cenário da expansão do individualismo, sendo a solidão e a falta de sentido da vida demandas reiteradas, o desamparo e a vulnerabilidade são dominantes, as relações sociais se alicerçam em uma posição individualista e o cuidado se apresenta como técnica (PLASTINO, 2009). “Associa-se à solidão a prática de exclusão [...] e a convivência surge como um possível antídoto, como uma forma de cuidar que se sustenta em uma dimensão ética que se contrapõe a vida econômica, social e política contemporânea” (RESENDE, 2015, p. 184). A dimensão ética do cuidado, a partir da convivência, se sustenta na criação de um espaço em mim para o outro, me deixando ser afetado em sua radical alteridade (RESENDE, 2015). Esta dimensão ética é inspirada em Lévinas (2010) quando sustenta que o sofrimento em outro ser humano é inaceitável e me convoca, em uma responsabilidade infinita de cuidado: ser indiferente é ser cúmplice.

Em um esforço para desinstitucionalizar as relações, o cuidar, ao se organizar a partir da atenção e respeito ao modo próprio de subjetivação – incluídas as dimensões afetivas, relacionais e inconscientes – só pode se tornar emancipatório se subordinado às dimensões ética e política, possibilitando à clínica não se estruturar de forma disciplinar, autoritária ou assistencialista, criando espaços onde a diferença possa se sustentar e ampliar (RESENDE, 2015).

Neste sentido é um cuidado “sob medida, pois, ao mesmo tempo que coletivo, deve ser sensível às necessidades e particularidades respeitando a dimensão idiossincrática do sofrimento e na justa medida, encontrando seu lugar [...] entre cuidar sem tutelar e sem desassistir” (RESENDE, 2015, p. 180).

Demo (2003, p. 17), em seu texto *Politicidade da terapia*, apresenta a necessidade ética de um cuidar emancipatório que se coaduna com a forma como caracterizamos a convivência como estratégia de cuidado no campo da saúde mental:

Precisa saber intervir de tal modo que a intervenção não degenera em efeito de poder. Precisa exercer poder capaz de controlar o poder. Precisa orientar para que o “paciente” passe a orientar-se por si mesmo. Não deixará de precisar de ajuda. Mas terá da ajuda a noção emancipatória do cuidado: não se degrada quando é ajudado, e não degrada quando ajuda [...] ninguém se emancipa, ou aprende sozinho. Todos precisamos de cuidados. Mas o cuidado que interessa é aquele que contribui para a autonomia do outro.

A potencialidade da parceria ensino-serviço: uma forma de resistir

Em um esforço para ajudar os CAPS a alcançarem sua potencialidade, Bezerra (2004) defende a importância de atrair professores e alunos de graduação e pós-graduação para uma articulação com os CAPS, propiciando o intercâmbio entre os profissionais dos serviços e os pesquisadores e as instituições de ensino. Segundo o autor, nos locais onde esta articulação já está construída há um salto de qualidade mútuo: “[...] a formação dos alunos melhora, os profissionais da rede são estimulados, a assistência se beneficia, e a discussão tende a permanecer constante, fazendo resistência àquela conhecida acomodação inercial de qualquer instituição” (BEZERRA, 2004, p. 3).

Contudo, Bursztyn e Delgado (2017) constata importantes impasses no desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, que culminam em uma ausência de cultura de pesquisa no SUS. Estes impasses atingem os dois pólos: as instituições de ensino e as instituições de saúde. Por um lado, uma tradição universitária que faz dos serviços de saúde meros objetos de seus estudos, de modo que as demandas dos serviços e dos profissionais e usuários dos serviços pouco são incluídos no processo. Por outro, a pouca tradição nas instituições de saúde de inclusão da produção de conhecimento em sua prática (BURSZTYN; DELGADO, 2017). Soma-se a isso uma formação ainda com matizes autoritários e prescritivos dos profissionais de saúde (RESENDE; COSTA, 2017).

Para o enfrentamento desta ausência de uma política de pesquisa no país, em especial, para a rede de saúde mental, Bursztyn e Delgado (2017) propõem a construção colaborativa entre as instituições de ensino e pesquisa e os serviços de uma agenda de temas prioritários, visando uma maior integração entre a produção de conhecimento e a consolidação do SUS. As metodologias colaborativas de produção de conhecimento implicam a participação de todos os atores sociais envolvidos no campo pesquisadores, profissionais, usuários, gestores, a comunidade, visando a diminuição da lacuna entre o que se pesquisa e o que é relevante para a assistência (BURSZTYN; DELGADO, 2017). Trata-se, acima de tudo, que a produção de conhecimento tenha efetivo impacto nas práticas de cuidado, de modo que pesquisa e cuidado façam parte do cotidiano dos serviços de saúde mental.

Para que a convivência como uma estratégia de cuidado alcance sua potencialidade no campo da saúde mental, conforme acima apresentado, é fundamental uma formação crítica e autocrítica dos profissionais de saúde (RESENDE, 2015; RESENDE, COSTA, 2017). Esta implica em um compromisso com a implementação de uma política nacional de saúde mental, pautada no reconhecimento do usuário como cidadão de direitos; na integração entre os serviços de saúde mental e as instituições de ensino; no combate à institucionalização e um desejo e escolha por uma atuação menos autoritária e prescritiva.

Neste sentido, se a convivência enquanto cuidado ético-clínico-político implica em um fazer coletivo, a produção de conhecimento, pautada nos mesmos princípios de reconhecimento da legitimidade de toda e qualquer forma de sofrimento, de protagonismo dos usuários, de inclusão social e de transformação das condições sociais e políticas que produzem sofrimento, também precisa ser coletiva, colaborativa, em rede. Nesta forma de produzir conhecimento torna-se fundamental articular pesquisa e intervenção; articular produção de conhecimento e cuidado; implicar todos os atores sociais envolvidos de modo a construir uma rotina de avaliação das próprias práticas; reconhecer os usuários como protagonistas no processo de construção das intervenções; incluir diversos olhares, saberes e estratégias metodológicas e analíticas, reconhecendo que nenhum saber ocupa o centro, sendo fundamental o diálogo interdisciplinar e com o território. Deste modo, as instituições de ensino saem da sala de aula e efetivamente podem construir um diálogo com as necessidades reais e concretas da construção de serviços de saúde mental que alcancem a inclusão social (RESENDE; COSTA, 2017).

Esta articulação e parceria se configuram com uma forma de resistência. Resistência ao sucateamento da coisa pública: do ensino, da saúde, do SUS (VASCONCELOS, 2016). No campo da saúde mental, resistência, acima de tudo, para garantir os direitos assegurados pela Lei 10.216/2001 as pessoas com transtornos mentais e em sofrimento. A resistência, como reação aos modos de produção e de produção de conhecimento contemporâneas, exige trabalho em rede (BEZERRA, 2004),

em uma dimensão coletiva da existência que se compromete, simultaneamente, com processos de produção de subjetividades.

Sobre o artigo

Recebido: 16/05/2019

Aceito: 29/06/2019

Referências bibliográficas

- BARBÉRIO, M. C. **Acolhimento e escuta dos sujeitos em sofrimento psíquico nos serviços de saúde: A singularidade em questão**. 2016. 31f. Monografia (Residência em Saúde Mental e Coletiva) - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas: 2016.
- BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BEZERRA, B. O cuidado nos CAPS: os novos desafios. **Academus Revista Científica da Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 1-9, 2004.
- BOFF, L. **Saber cuidar. Ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2011.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria n. 3.008 de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 12**, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015.
- BRITO, W.C. Reflexões críticas sobre a vida acelerada. **ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 64-76, 2018.
- BURSZTY, D. C.; DELGADO, P. G. Conhecimento Compartilhado e Estratégias Colaborativas de Pesquisa na Atenção Psicossocial. **ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 68-77, 2017.
- DEMO, P. **Politicidade da terapia**. Brasília, 2003. Disponível em <https://docs.google.com/document/pub?id=1LyECRnAIVLLYI8-VHA8IPz0EwXqwl6Fj1cdvFr29ekw>.
- DEMO, P. **Éticas multiculturais: sobre convivência humana possível**. Petrópolis, Vozes, 2005.
- DERRIDA, J. **Gramatologia**. São Paulo: Perspectiva, 1999.
- FOUCAULT, M. **A história da loucura**. 3ed. São Paulo: Perspectiva, 1993.
- FOUCAULT, M. **Ditos e escritos 1**. Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- GOULART, D. **Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental**. 2013. 147f. Dissertação (Mestre em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de Brasília, Brasília: 2013.
- JARDIM, V. M. R. et al. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 18, n. 2, p. 241-248, 2009.
- LÉVINAS, E. **Entre nós. Ensaio sobre a alteridade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

LIPOVETSKY, G. **A era do vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo**. Barueri: Manole, 2005.

LOBOSQUE, A. M. **Clínica em movimento**. Por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MACÊDO, S. Sofrimento Psíquico e Cuidado Com Universitários: Reflexões e intervenções fenomenológicas. **ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 265-277, 2018.

MERHY, E.E. **Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores**. 2004. Disponível em <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

PACHECO, J.G. **Representações sociais da loucura e práticas sociais: o desafio cotidiano da desinstitucionalização**. 2011. 323f. Tese (Doutor em Psicologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Universidade de Brasília:2011.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R.. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. **Psicologia Clínica**, v. 13, n. 11, p. 89-100, 2001.

PLASTINO, C. A. A dimensão constitutiva do cuidar. IN: MAIA, M. S. (Org.). **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009, p. 53- 88.

RESENDE, T.I.M. **Eis me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental**. 2015, 423f. Tese (Doutor em Psicologia Clínica e Cultura) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília: 2015.

RESENDE, T.I.M.; COSTA, I.I. **Saúde mental: a convivência como estratégia de cuidado. Dimensões ética, política e clínica**. Curitiba: Juruá, 2017.

ROCHA, S.J.B. Sofrimento psíquico: desafios clínicos. **ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos**, Brasília, v.30, n.2, p. 55-66, 2012.

SEN, A. **A ideia de justiça**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2011.

TENÓRIO, F. **Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VASCONCELOS, E.M. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência**. Campinas: Papel Social, 2016.