

ARTIGO

## *Autonomia e contratualidade: eixos-norteadores para uma práxis ético-política em saúde mental*

*Autonomy and contractuality: guiding axes for an ethical-political praxis in mental health*

Rafaella Pinheiro Cesario<sup>1</sup>

### **Resumo**

O artigo alerta para a importância de se atentar para a forma como o cuidado em saúde mental é ofertado, enfatizando que ele não é neutro, pois reflete visões de mundo distintas e produz também efeitos distintos. São contrastados dois paradigmas em saúde mental: o manicomial e o comunitário. Os efeitos da institucionalização e medicalização promovidas pelo modelo manicomial e que serviram de motivação para a reforma psiquiátrica, na busca de um novo modelo eticamente comprometido, são discutidos. Ademais, os princípios pelos quais a reforma se orienta são apontados, bem como os desafios encontrados para a consolidação da reforma, tal como o desconhecimento do processo histórico pelo qual se deu e das normas e diretrizes que a orientam, além das novas formas de institucionalização que surgem no interior da rede de atenção psicossocial. A vulnerabilidade é destacada como desafio na efetivação do direito à saúde e a equidade como direcionamento para sua superação. Por último, a autonomia e a contratualidade são conceituadas e discutidas como eixos para a construção de uma *práxis* ético-política em saúde mental.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Vulnerabilidade social. Autonomia pessoal.

### **Abstract**

This article emphasizes the importance of paying attention to the way mental health care is provided, stressing that it is not neutral, as it reflects different worldviews and also produces different effects. Two paradigms in mental health are contrasted: the asylum model and the community model. The effects of the institutionalization and medicalization promoted by the asylum model, which served as motivation for the psychiatric reform, in the hopes of creating a new ethically oriented model, are discussed. Furthermore, the reform's guiding principles are explored, as well as the challenges that hinder its consolidation, such as the lack of knowledge regarding the historical process by which it occurred and its guiding norms and principles, as well as the new forms of institutionalization that arise within the psychosocial care network. Vulnerability is highlighted as a major obstacle to the right to health, as well as the concept of equity as an ethical guideline to overcome said obstacle. Finally, autonomy and contractuality are conceptualized and discussed as axes for the construction of an ethical-political praxis in mental health.

**Keywords:** Mental health. Social vulnerability. Personal autonomy.

<sup>1</sup> Rafaella Pinheiro Cesario (rafaellapinhoircesario@gmail.com) é psicóloga formada pelo Centro Universitário de Brasília e mestre em Direitos Humanos e Cidadania pela Universidade de Brasília (UnB). Psicóloga Clínica em um estabelecimento pautado pela ética antimanicomial. Docente do Centro de Novas Abordagens Terapêuticas (CENAT).

### **Cuidado! – o cuidado não é neutro**

A forma que o cuidado assume nunca é neutra. Ao contrário, a opção por uma intervenção ou outra, a forma de comunicação utilizada, os processos de gestão e atenção empregados, revelam uma visão de mundo. Imagine isto: um prédio grande, afastado da cidade. À medida que você chega mais perto, nota que há grades nas janelas. Quando você entra, rapidamente sabe quem é quem, afinal, os médicos, enfermeiros, psicólogos, todos vestem branco. Mesmo que os profissionais não usassem branco, seria fácil discernir quem é quem, pois os pacientes lembram zumbis, com seus movimentos lentificados e olhos vazios. Alguns usam camisas de força. A prática de eletrochoque não é incomum. Um dos pacientes, quando perguntado, tem dificuldade de se lembrar há quanto tempo está ali. Você nota que, de repente, não há muitas pessoas de jaleco branco. Elas estão numa reunião de equipe, decidindo entre eles sobre aqueles do lado de fora da sala.

Agora, imagine um pequeno prédio, no meio de um bairro, onde é fácil ir e vir de ônibus. Aqui não há grades nas janelas. Há uma assembleia acontecendo, na qual estão sendo tomadas decisões sobre as atividades oferecidas. É difícil saber quem é quem, afinal, não há ninguém de jaleco branco. Dentre as atividades, há um espaço denominado GAM – Gestão Autônoma de Medicação – onde os usuários participam das escolhas referente às estratégias medicamentosas do seu tratamento. Usuários passam algum tempo aqui, mas, ao final do dia, voltam para suas casas, para suas vidas. Aos poucos, deixam de vir. Fulano voltou a trabalhar. Cicrano se casou.

Ambos estabelecimentos cuidam dos loucos ou, como no segundo tipo se referem a eles, das pessoas em sofrimento – a linguagem usada também revela muito –, porém, partem de concepções diametralmente distintas. As concepções das quais partem, por sua vez, moldam como enxergam os fenômenos e, consequentemente, as intervenções elegidas.

Um experimento realizado entre 1969 e 1972 pelo Prof. David Rosenham<sup>1</sup>, psiquiatra da Universidade de Stanford, ilustra bem essa recursividade. No experimento, pseudopacientes, nenhum dos quais com quaisquer sintomas ou histórico de transtornos mentais, foram enviados para hospitais psiquiátricos onde, em um primeiro momento, relataram sintomas fictícios, como alucinações auditivas, fazendo com que fossem internados. Após essa entrevista inicial que levou à internação, todavia, comportaram-se normalmente e, quando perguntados, respondiam que não mais apresentavam os sintomas inicialmente descritos e que se sentiam bem.

O estudo evidenciou que, uma vez diagnosticados, os participantes não mais conseguiam escapar do diagnóstico. O professor apontou que os diagnósticos recebidos eram tão poderosos que vários dos comportamentos normais apresentados pelos participantes foram inteiramente ignorados ou profundamente mal interpretados. Comportamentos que em pessoas sem diagnósticos seriam atribuídos a outras causas, na presença do diagnóstico eram atribuídos à psicopatia, o que apenas reforçava o diagnóstico. Isso leva ao questionamento bastante pertinente,

*No fundo, a questão de saber se o são pode ser distinguido do insano (e se os graus de insanidade podem ser distinguidos uns dos outros) é uma questão simples: as características salientes que levam aos diagnósticos residem nos próprios pacientes ou nos ambientes e contextos em que os observadores os encontram?<sup>2</sup>.*

Um aspecto que aponta para os efeitos da própria institucionalização foi evidenciado nos registros dos participantes, que contabilizaram as interações com a equipe. Os registros indicaram que a média do tempo de contato diário entre os eles e a equipe era de apenas 6,8 minutos, o que, dentre outras coisas, como ser reduzido a um diagnóstico, contribuía para uma imensa sensação de impotência diante da constante despersonalização a que estavam expostos no hospital psiquiátrico. Franco Basaglia, uma das figuras mais importantes da reforma

psiquiátrica, aponta que muito daquilo que é atribuído à doença, na verdade, é consequência do processo de institucionalização<sup>3</sup> e da desumanização por ele promovida. A violação de direitos básicos, a exclusão e marginalização social evidenciam que a finalidade não é cuidar dos loucos, mas manter os considerados sãos (e o sistema produtivo) à salvo.

Foucault<sup>4</sup> define dispositivo como uma rede composta por elementos heterogêneos, como: discursos, instituições, leis, proposições morais, medidas administrativas – componentes ditos e não ditos – que se articulam em jogos de saber-poder-subjetivação. Eles surgem, em dado momento histórico, em torno de determinada esfera de problemas aos quais objetivam dar solução. A clínica nasce de forma contemporânea ao capitalismo e com o objetivo de produzir indivíduos dóceis, saudáveis e úteis a esse sistema<sup>5</sup>. Os loucos eram vistos como uma ameaça à condição social. A metade do século XVII marca a emergência das casas de internamento e grandes hospícios que representam locais de confinamento destinados a salvar a sociedade desse perigo, promovendo a possibilidade de maior controle e vigilância. O dispositivo, todavia, não é algo estanque, uma vez que é passível de reinvestimento dos sujeitos quanto a esses próprios dispositivos.

Os dois estabelecimentos descritos representam dois paradigmas diferentes na saúde mental. O primeiro, o manicomial. O segundo, o comunitário e baseado no respeito dos direitos humanos e na liberdade, fruto da reforma psiquiátrica que questionou e repensou o dispositivo anterior. Cada qual parte de pressupostos distintos, cria instituições condizentes com esses pressupostos, cada qual, por sua vez, possui objetivos e efeitos diversos. Na reforma psiquiátrica italiana, na qual a brasileira se inspirou, Basaglia promoveu mudanças em três esferas: a normativa, a institucional e a prática. Ele inicia pela prática no hospital psiquiátrico no qual trabalhava em Gorizia. Lá ele proibiu o uso do eletrochoque e uso de camisas de reforço; retirou as grades das janelas e extinguiu os jalecos brancos, que eram um símbolo do poder e da hierarquia no interior do manicômio; e organizou reuniões e assembleias, nas quais os pacientes poderiam participar.

Todavia, mesmo após essas mudanças, o problema principal persistia: o da liberdade e da exclusão social. Foi em Trieste que Basaglia aboliu o manicômio e criou uma rede comunitária substitutiva, promovendo, assim, uma mudança institucional radical. A experiência de Trieste recebeu reconhecimento internacional, tornando-se o modelo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 1978, as mudanças chegam ao nível normativo: o Parlamento italiano aprova uma nova lei (n. 180, chamada de Lei Basaglia) que decreta o encerramento definitivo dos hospitais psiquiátricos<sup>6</sup>.

No Brasil, em 1978, inspirados pela reforma italiana, profissionais brasileiros denunciaram as condições de degradação humana que vigiam na maioria dos hospitais psiquiátricos no país à Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam). Em 1979, em resposta a essa denúncia, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e, em 1987, o movimento antimanicomial, no qual familiares e usuários se juntavam aos profissionais na luta por uma outra forma de cuidado. Depois de doze anos de tramitação e debates dentro do Congresso, a lei Paulo Delgado, que põe fim aos manicômios e cria uma rede substitutiva, foi sancionada em 2001.

Essa mudança de paradigma, entretanto, nunca foi inteiramente realizada. O novo modelo sofre ataques e retrocessos com a persistência da hegemonia do modelo biomédico e a crescente medicalização da atenção à saúde, a permanência de hospitais psiquiátricos e a expansão do repasse financeiro do Estado para as comunidades terapêuticas (que nada têm a ver com as comunidades terapêuticas da reforma italiana. Ao contrário, funcionam de forma paraestatal, de modo muito diverso das diretrizes propostas pela Política de Saúde Mental). Todavia, não é só de fora que a reforma é atacada. No interior da própria rede substitutiva, essa transição paradigmática não parece consolidada.

Na dissertação “O Direito Humano à Saúde Mental: compreensão dos profissionais da área”<sup>7</sup>, Brito aponta o desconhecimento de grande parte dos profissionais da área de saúde mental acerca da Lei Paulo Delgado e

do movimento antimanicomial, que deveriam pautar sua atuação em saúde mental. Goulart<sup>8</sup>, por sua vez, aponta a existência de novas formas de institucionalização na rede substitutiva. A Política Nacional de Saúde Mental tem como dispositivo central os CAPS, que, ao contrário dos hospitais psiquiátricos que vêm substituir, tem como objetivo deslocar o centro do cuidado para fora do hospital, em direção ao território daqueles atendidos. Contudo, a centralidade dos sintomas, em detrimento de uma abordagem que leve em conta o sujeito em sua totalidade, decorrente da manutenção da hegemonia da lógica biomédica, focaliza os transtornos mentais como fenômeno individual, desconsiderando as dimensões políticas, culturais e sociais do sofrimento. O tratamento torna-se sinônimo de medicalização e pouco se pauta na lógica territorial, de tal sorte que se dissocia do desenvolvimento subjetivo.

Na sua Pedagogia do Oprimido, Freire<sup>9</sup>, a partir do conceito de *práxis*, adverte para a necessidade de articular prática e reflexão, uma vez que nosso fazer produz efeitos no mundo (e em quem cuidamos). Resgatando o conceito foucaultiano de dispositivo, o que torna possível operacionalizar o dispositivo – e também subvertê-lo de seus propósitos originais – é seu preenchimento estratégico<sup>10</sup>. Assim, a própria organização do serviço – os conceitos norteadores, as formas de deliberação e escolha elegidas, as modalidades de oferta de cuidado disponibilizadas – se orientada por uma bússola cujo norte seja o horizonte ético-político da luta antimanicomial, tem o poder de fazer o sonho da reforma tornar-se realidade.

### **Vulnerabilidade e equidade: desafio e direção**

A reforma psiquiátrica brasileira se constitui articulada aos princípios e diretrizes do SUS, dentre os quais se destacam a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, assim como os princípios da integralidade, equidade e universalidade. Embora estabelecido pela Lei 8.080, o SUS é previsto na Constituição Cidadã<sup>11</sup> e se orienta, por sua vez, pelos princípios e objetivos nela presentes. Esses princípios e objetivos, além do próprio conceito de saúde adotado, reconhecem desafios a serem enfrentados, assim como indicam a direção a ser seguida para sua resolução.

A dignidade é considerada o princípio irradiador da Constituição, aquele ao qual todos os demais se subordinam e perante o qual todos se orientam. Ao estabelecer como objetivo a redução das desigualdades, a carta magna reconhece esse como um problema a ser superado para que o alcance da dignidade seja possível. O conceito de saúde adotado pela Constituição e pelo SUS, e posteriormente pela RAPS, baseia-se naquele estabelecido na 8ª Conferência de Saúde<sup>12</sup>, onde a necessidade de uma reforma sanitária foi constatada e as linhas gerais do novo sistema foram concebidas. A saúde é descrita como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e a serviços de saúde – o que evidencia sua multideterminação e complexidade. Tal conceito fundamenta-se na teoria dos determinantes sociais de saúde, definidos na 62ª Assembleia Mundial da Saúde da OMS como,

*[Os] determinantes estruturais e condições da vida cotidiana responsáveis pela maior parte das iniquidades em saúde entre os países e internamente. Eles incluem distribuição de poder, renda, bens e serviços e as condições de vida das pessoas, e o seu acesso ao cuidado à saúde, escolas e educação; suas condições de trabalho e lazer; e o estado de sua moradia e ambiente<sup>13</sup>.*

Além da Constituição e do SUS, a reforma psiquiátrica também se inspira na Declaração de Caracas<sup>14</sup>, proclamada pela Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, convocada



pela Organização Mundial de Saúde (OMS/OPAS, 1990), que tem como princípios: (1) a descentralização da atenção psiquiátrica; (2) a revisão crítica do papel centralizador e hegemônico do hospital psiquiátrico no tratamento de transtornos mentais; (3) o respeito à dignidade pessoal e aos direitos humanos e civis das pessoas atendidas; e (4) a organização de serviços comunitários de saúde mental que garanta o cumprimento das legislações dos países.

A Lei Paulo Delgado<sup>15</sup>, em consonância com o disposto na Constituição, com o SUS e com a Declaração de Caracas, redireciona o modelo assistencial de tal sorte que ele passe a ter o respeito aos direitos das pessoas com transtorno mental em seu cerne, e a reinserção social como seu direcionamento. Isso evidencia um giro na concepção de saúde mental. No lugar da tradicional dicotomia saúde/doença, em que o objetivo é a remissão de sintomas, a diáde existência/sofrimento, que ressalta a indissociação entre saúde mental e as relações humanas desenvolvidas no corpo social<sup>16</sup> e coloca o sujeito, e não a doença, no centro do tratamento.

Nesse sentido, a vulnerabilidade torna-se um desafio ao direito à saúde e à universalidade almejada pelo SUS. Judith Butler<sup>17</sup> argumenta que toda vida é precária, pois toda vida depende de cuidados para que possa viver. Isto é, toda vida requer diversas condições sociais e econômicas para ser mantida como vida. A dignidade depende dessas mesmas condições. Entretanto, a precariedade não é distribuída igualmente no tecido social. O “ser” é inscrito na relação com os outros, nas normas e organizações sociais e políticas que se desenvolvem historicamente de modo a maximizar a precariedade para alguns e minimizá-la para outros, de forma que alguns são fadados a carregar o fardo da fome, do subemprego, da privação de direitos e da exposição diferenciada à violência e à morte. O conceito de vulnerabilidade social decorre da estratificação social que produz iniquidades no acesso à bens materiais e imateriais, produzindo assim, também, diferenças de saúde.

Há uma relação bidirecional entre saúde mental e vulnerabilidade. Por um lado, estar em condição de vulnerabilidade é um fator de risco para a deterioração da saúde mental. Discriminação, marginalização e a experiência de ter direitos civis, políticos, sociais econômicos e culturais negados afetam a autoestima e autoconfiança, bem como resultam em isolamento, outro fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais<sup>18</sup>. Por outro lado, devido ao estigma e à marginalização sofrida, transtornos mentais também geram vulnerabilidade. Essa população experiencia barreiras desproporcionais de acesso à educação e oportunidades de trabalho, além de, historicamente, ter sofrido restrições aos seus direitos civis e políticos<sup>19</sup>.

A vulnerabilidade, outrossim, constitui uma barreira à dignidade humana e ao direito universal à saúde. Se a vulnerabilidade é o obstáculo, a equidade, por sua vez, é o caminho para sua superação. A equidade implica reconhecer as diferenças e desigualdades a fim de minimizar a distribuição desigual da precariedade e promover a justiça social. Diferente da igualdade, que diz respeito a dar o mesmo para todos, a equidade é orientada pelas necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão ou grupo social. Sendo, assim, tão singular, como operacionalizar a equidade no cotidiano do cuidado?

### **A autonomia e o aumento do poder de contratualidade: uma bússola para orientar o cuidado**

Considerando as condições de vulnerabilidade, das quais sofrem muitos daqueles que vem a necessitar de cuidados em saúde mental, bem como o legado, que infelizmente ainda persiste no interior de muitos CAPS, de institucionalização e marginalização que decorrem dos cuidados de saúde mental, e que reificam, ao invés de combater, a vulnerabilidade, dois conceitos surgem como bússolas para orientar o cuidado.

Com o conceito de instituição total, definido como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”<sup>20</sup>, Goffman destaca um modo de funcionamento

institucional que provoca efeitos sobre o self. Outro autor, Ivan Illich<sup>21</sup>, nos ajuda a pensar em um efeito de quando o cuidado se pauta nessa forma de funcionamento: a iatrogênese social. Segundo o autor, a iatrogênese social consiste na crescente dependência da população com a medicação – tornada sinônimo (ainda que reducionista) de tratamento – e as medidas prescritas pela medicina, o que gera uma medicalização social que termina por anular o sentido da saúde enquanto responsabilidade individual, familiar e comunitária. Além disso, reifica o “papel de doente”, caracterizado por um comportamento apassivado e dependente da autoridade médica.

Um outro conceito que ajuda a pensar a vulnerabilidade é o de desfiliação social. Robert Castel<sup>22</sup> postula que a vulnerabilidade está articulada à situação de três eixos cruciais: os vínculos do trabalho, os laços relacionais e a proteção privada e/ou pública. Assim, um cuidado que enfraquece outros laços, não cuida, tutela. O conceito de autonomia, tal como desenvolvido por Kinoshita<sup>23</sup>, vai na contramão do mito neoliberal de independência e autossuficiência, uma vez que, como seres sociais, dependemos de uma série de sistemas para poder viver. Para ele, trata-se de uma questão quantitativa: usuários que dependem em demasia de poucas coisas, tem pouca autonomia e são mais vulneráveis, uma vez que a fragilidade dos laços é elemento constitutivo da vulnerabilidade. Somos mais autônomos de quanto mais coisas pudermos depender. Desse modo, construir e articular uma rede de cuidado promove a autonomia. Observar os três eixos postulados pelo Castel pode ser uma importante ferramenta diagnóstica, bem como um mapa para orientar intervenções. O cuidado não pode ser separado dessa dimensão, de modo que a promoção da autonomia figura como importante direcionamento do tratamento.

Outra diretriz que anda de mãos dadas com o aumento da autonomia é o da intersetorialidade, uma vez que cria outros laços de pertencimento e de amparo. A intersetorialidade parte do pressuposto da incompletude institucional, isto é, que nenhuma instituição ou serviço dá conta de fenômenos complexos e multideterminados, tais como a saúde mental – e nem é desejoso que tente dar, pelo perigo de recair na lógica das instituições totais. Assim, cuidar implica, necessariamente, articular redes para promover amparo e resolutividade.

Outro recurso terapêutico importante nessa perspectiva é o aumento do poder de contratualidade<sup>23</sup>. Butler<sup>17</sup> aponta que a distribuição desigual da precariedade não é meramente uma questão material de acesso a bens e serviços (renda, serviços, educação, saúde), mas, antes, é uma questão perceptual. A autora argumenta que certos enquadramentos (compostos por discursos, pressupostos e dispositivos) geram uma interpretação de menos valia, o que permite justificar ou naturalizar atrocidades, como a guerra e a fome, e também criam uma situação de desigualdade de poder (que é causa, mas também reforçado, pela desigualdade material). Diferentes grupos sociais, devido a distintos sistemas de opressão (racismo, eurocentrismo, sexismo, capacitismo, etarismo, etc.) dispõem de menos poder contratual. Tal como apontado pelo conceito de interseccionalidade<sup>24</sup>, esses sistemas se sobrepõem na produção da vulnerabilidade. A partir da atribuição de uma negatividade *a priori*, reduz-se ou até anula-se o poder de trocas sociais de determinados individuais ou grupos.

Se as políticas públicas não forem sensíveis à essa sociabilização diferencial que informa a distribuição desigual da precariedade, estas acabam por “perpetuar a reprodução de relações sociais que produz gente de um lado e subgente do outro”<sup>25</sup>. Nesse sentido, Kinoshita<sup>23</sup> elenca a importância da reconstrução da contratualidade como tarefa do cuidado numa perspectiva orientada pela reinserção social por meio da produção de dispositivos em que, desde uma situação de desvalorização quase absoluta, possa-se passar por experimentações e mediações que busquem agregar valores que aumentem o poder de contratualidade. Um bom exemplo disso são as assembleias gerais criadas por Basaglia, que compartilhava com os usuários, cujas vidas seriam impactadas por aquelas decisões, o poder de escolha e que, por meio dessa atividade, oferecia a oportunidade de exercitar as habilidades de argumentação e negociação.

O Programa Humaniza-SUS<sup>26</sup> é um exemplo que, em seu bojo, abarca tanto o aumento da autonomia como o do poder de contratualidade. Pensado como forma de efetivar os princípios do SUS no cotidiano institucional,

ele tem, como um de seus princípios, a indissociabilidade entre gestão e atenção, e também o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia. Dentre suas diretrizes, os direitos do usuário e a gestão participativa.

Um fato marcante, do qual ainda recordo, foi quando da minha primeira visita a um Caps, na época da faculdade. Ficou marcada em minha memória o orgulho com o qual se falava que um usuário ia todos os dias, sem nunca faltar, há vinte anos para aquele Caps. O que era motivo de orgulho e sinônimo de adesão ao tratamento era, na verdade, sintoma da institucionalização: um sujeito sem vida fora do Caps. Ambos esses eixos – o do aumento da autonomia e da contratualidade – implicam necessariamente um terceiro, do qual dependem, o de território. O território é o espaço de vida. É nele que é produzido o adoecimento e, portanto, é nele que deve ser desenvolvido o cuidado. Ele deve ser um elemento central para organizar as ações e rede de cuidado – o sujeito deve existir para além dos muros dos serviços de saúde mental!

### **Considerações (nem tão finais): é caminhando que se faz o caminho**

As reflexões aqui compartilhadas não pretendem ser definitivas, afinal, o caminho para a consolidação da reforma iniciada nos anos 1970 é árduo e não está posto. Todavia, os dois eixos aqui apontados podem servir de direcionamento quando o caminho não está claro ou quando nos perdemos dele. As perguntas “minhas intervenções, aumentam ou diminuem a autonomia?” e “aumentam ou diminuem a contratualidade?” podem funcionar como balizadoras para a construção de uma práxis ético-política em saúde mental.

### **Referências**

1. Rosenhan DL. Sobre ser são em lugares insanos. *Science*. 1973. 179:250-258.
2. Rosenhan DL. Sobre ser são em lugares insanos. *Science*; 1973. 179:251.
3. Basaglia F, organizador. *L'istituzione negata: rapporto da un ospedale psichiatrico*. Torino: Einaudi; 1968.
4. Foucault M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Editora Vozes; 2009.
5. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1977.
6. Serapioni M. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. *Hist. ciênc. saúde - Manguinhos*. 2019; 26(4): 1169-1187.
7. Brito ES. *O direito humano à saúde mental: compreensão dos profissionais da área [dissertação]*. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2011.
8. Goulart D. *Educação, saúde mental e desenvolvimento subjetivo: da patologização da vida à ética do sujeito [dissertação]*. Brasília: Universidade de Brasília da Faculdade de Educação; 2017.
9. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
10. Foucault, M. *O nascimento da medicina social*. Rio de Janeiro: Graal; 1982. *Microfísica do Poder*; p. 46-57.
11. Brasil, Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
12. Ministério da Saúde (BR). 8ª Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1986.
13. Asamblea Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 62ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 12.5 del orden del día; 2009.
14. Organização Mundial de Saúde - OMS. Organização Panamericana de Saúde. *Declaração de Caracas Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS)*. Caracas: OMS/OPAS; 1990.

15. Brasil. Lei no. 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. 9 abr 2001; seção 1.
16. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Panorama ENSP; 1995.
17. Butler J. Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2015.
18. World Health Organization - WHO. Social Determinants of Mental Health. Geneva: WHO; 2014.
19. World Health Organization - WHO. Mental Health and Development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: WHO; 2010.
20. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1987.
21. Illich I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1975.
22. Castel R. Da indigência à exclusão, à desfiliação. In: A. Lancetti, organizador. Saúde e loucura. São Paulo: Huittec; 2004, p. 21 – 48.
23. Kinoshita, R.B. Contratualidade e reabilitação social. In: A. Pitta, organizador. Reabilitação social no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001.
24. Crenshaw L. Mapping the Margins: Interseccionalidade, Identity Politics and Violence Against Women of Color. In: Finemann MA, Mykitiuk R. The Public Nature of Private Violence, New York: Routledge; 1994. p. 93 – 118.
25. Souza J. A Ralé Brasileira: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2009.
26. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS: política nacional de humanização. Brasília (DF); 2003.