

CONTEXTUALIZANDO OS DESAFIOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Verônica Teresinha de Oliveira Catarina¹
Alessandra Tozatto²

RESUMO: O presente trabalho se propõe a fazer uma breve abordagem da história da loucura, desde a antiguidade grega até os dias atuais, perpassando os diversos lugares atribuídos ao portador de sofrimento psíquico dentro da sociedade, a fim de dar contexto às dificuldades atuais referentes à implementação da desinstitucionalização psiquiátrica e à diferenciação desta da desospitalização. Busca, ainda, estabelecer as diferenças entre esses dois processos, através de uma revisão narrativa.

Palavras-chave: Saúde mental. Reforma dos serviços de saúde. Desinstitucionalização.

INTRODUÇÃO

Falar sobre desinstitucionalização e desospitalização psiquiátricas demanda, em primeiro lugar, a diferenciação destes dois termos. Contudo, ainda nos dias de hoje, observa-se uma tendência à compreensão dos dois processos como sinônimos. Embora tal confusão pareça um erro crasso para os especialistas da área da saúde mental, ela pode ser compreendida se avaliarmos a história da loucura.

4568

Ao longo dos séculos, o portador de sofrimento mental foi classificado de diferentes formas, de acordo com o conjunto de ideias predominantes em cada momento histórico: Profeta, endemoniado, ocioso, imoral, alienado, doente, incapaz. Assim, a loucura, enquanto diferença da norma, manteve-se reduzida a uma representação que, na qualidade de sofisma, pretendia explicá-la. Como sustenta Pelbart (1989), “a normalidade tem por único critério os traços dominantes da cultura em questão.” (p. 202). Neste sentido, embora a cultura se modifique ao longo do tempo, persiste um limite entre aqueles que estão adequados, segundo os parâmetros sociais, e aqueles que não estão.

Não se pode ignorar que, principalmente a partir da década de 1970, foram alcançados importantes avanços na compreensão dos fenômenos mentais e no seu tratamento. Entretanto, percebe-se, ainda hoje, a persistência de antigos preconceitos sobre o portador de sofrimento psíquico e sobre o lugar que lhe cabe na sociedade. Nos últimos anos, novas políticas de saúde

¹Graduanda em psicologia pela instituição de ensino Centro Universitário UniRedentor.

²Mestre em Ensino (UFF) Psicóloga - CRP 05/47787 Especialista em Docência na Educação Profissional e Tecnológica (IFSC) Mestre em Ensino (UFF) Docente da UniRedentor - Itaperuna/RJ.

do governo brasileiro demonstram que persiste a possibilidade de um retrocesso, havendo o risco da retomada de antigas práticas de exclusão, medicalização e alienação de direitos.

Diante do exposto, faz-se necessário compreender os acontecimentos que possibilitaram que preconceitos e condutas abusivas atravessassem séculos e recebessem significativo apoio social até os dias de hoje. Desta forma, a fim de compreendermos os processos de desospitalização e desinstitucionalização, bem como as dificuldades e a importância de sua implementação, faz-se imprescindível revisitar a história da loucura.

O QUE SE FEZ DA LOUCURA DA ANTIGUIDADE GREGA ATÉ OS DIAS ATUAIS: BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O CENÁRIO MUNDIAL E NACIONAL

Na antiguidade grega e romana a visão da loucura era permeada por crenças religiosas, sendo então compreendida como uma manifestação sobrenatural influenciada por deuses ou demônios (MILLANI; VALENTE, 2008). Na Grécia, as doenças orgânicas e as formas de loucura recebiam uma classificação mitológica, sendo entendidas como responsabilidade de um deus ou um *dáimon*. (PESSOTTI, 1999). Já Platão, em uma das modalidades da loucura a que se refere, a profética, demonstra compreendê-la como uma experiência com o divino.

Numa etimologia considerada hoje infundada, Platão associa delírio ou loucura (mania) à arte divinatória (mantikê). Segundo ele, os antigos (provavelmente refere-se à Grécia arcaica) viam no delirante (manikê) um adivinho, enquanto os modernos (seus contemporâneos) teriam introduzido um t no manikê, forjando o termo mantikê para designar divinatório, diferenciando-o do delirante. Ou seja, na origem, "divinatório" e "delirante" eram nomeados por uma mesma palavra porque eram uma única coisa. Onde a conclusão, mais geral, de que é preferível o delírio que vem de um deus (e que é uma profecia) ao bom-senso de origem humana. (PELBART, 1989, p. 25).

4569

Na contramão dos pensadores de sua época, Hipócrates discordava desta ideia, pois acreditava que atribuir a loucura ao divino ou ao demoníaco, e a partir disto fazer invenções, era uma forma de enganar as pessoas (PESSOTTI, 1999).

Durante a Idade Média, até meados do séc. XVI, observou-se o fortalecimento da concepção demonista da loucura. Esta visão se criou a partir dos escritos de Agostinho e Tomás de Aquino, “e inclui princípios metafísicos, ideias mágicas e uma valoração pessimista do homem” (PESSOTTI, 1999, p. 31). Uma vez que se privilegia a busca por uma vida perfeita e sem pecados, a insanidade, ao passo que se distancia deste ideal, é explicada como fruto da atuação do demônio. Para isso eram usados conceitos metafísicos, sendo a possessão diabólica o termo mais importante dentre eles (PESSOTTI, 1999).

Ainda no século XVI, no humanismo da Renascença, a visão que se tinha sobre a loucura sofre modificações, sendo destituída de sua dimensão metafísica e transcendental para ser

compreendida como algo relativo à razão, um castigo decorrente da falta de discernimento do homem (SILVEIRA; SIMANKE, 2009). Uma das principais obras renascentistas- humanistas do séc. XVI é o Elogio da Loucura, de Erasmo de Roterdã, que levantou questionamentos, no Ocidente, sobre o que seria este fenômeno. Em sua obra, na percepção de Foucault (1978), Erasmo de Roterdã aborda a loucura de forma crítica, através da ironia, apresentando-a como um apego a si mesmo que conduz ao vício.

É interessante destacar que, no período anterior ao séc. XVII, os loucos eram tolerados nas cidades, porém, se estes se tornassem obstáculo à paz expressando comportamentos bizarros, eram colocados em navios e exilados (BATISTA, 2014). A embarcação desses sujeitos, naquilo que se chamou Nau dos Loucos, evitava que ficassem vagando nas cidades, mas, para além disso, possuía também uma dimensão simbólica, pois os colocava no exterior, enviando-os para longe como uma medida de purificação. (FOUCAULT, 1978).

Michel Foucault foi um filósofo que se debruçou sobre a loucura, sendo a obra “História da Loucura” (1978) a sua mais importante contribuição para o tema. Neste livro, como se faz claro no título, o autor se dedica a estudar a loucura, abordando as relações de poder que atuaram sobre o louco através dos séculos.

Diante do imperativo da razão e da busca pela separação da loucura, no séc. XVII ocorre o que Foucault (1978) irá chamar de “a Grande Internação”. Em um primeiro momento, a criação do Hospital de Paris, em 1656, inaugura “a grande internação dos pobres”. Este local se destinava a hospedar os pobres de Paris, o que inclui mendigos, loucos e doentes. Estes indivíduos eram coagidos a buscar o hospital, uma vez que receberiam punições se praticassem a mendicância na cidade (FOUCAULT, 1978). De acordo com Batista (2014), com o tempo, essas casas de internação se disseminam por outros lugares da Europa, espalhando-se especialmente pela França, pela Alemanha e pela Inglaterra. Como locais de internação, muitas vezes eram utilizados prédios que em tempos passados haviam funcionado como leprosários.

Com a Grande Internação, discorre Foucault (1978), a loucura é localizada dentro da ideia de pobreza e incluída entre os problemas da cidade, uma vez que o louco é aquele que se mostra inapto para o trabalho e tem dificuldades de inserção social. Em uma dimensão econômica, nos períodos de desemprego, o internamento servia como uma maneira de proteção que evitava o surgimento de revoltas populares, enquanto nos períodos de pleno emprego servia como fonte de mão-de-obra de baixo custo. Sob esta lógica, muitas vezes tentou-se transformar os hospitais em manufaturas, o que se justificava pela máxima de que o trabalho ocuparia os internos, evitando a ociosidade e permitindo-lhes pagar pela alimentação recebida. Contudo, no

séc. XVIII, tal ideia se mostrou ineficiente, pois “esse centro de trabalho obrigatório tornou-se o lugar privilegiado da ociosidade” (FOUCAULT, 1978, p. 80).

No séc. XIX, as casas de internamento, como local de recepção de indigentes, foram desaparecendo na Europa. Neste ínterim, a loucura se torna uma categoria diferenciada. Observou-se nas casas de internamento que, durante as atividades laborativas, os loucos se destacavam por se mostrarem incapazes de trabalhar e de seguir o ritmo estabelecido no seio da coletividade. Considerando-se o trabalho em sua dimensão ética, que pressupõe a condenação do ócio, surgiu, então, a necessidade de se criar uma outra categoria para o louco, considerando-se a violação que sua existência representa para a ordem da burguesia (FOUCAULT, 1978).

Diante dos determinantes econômicos e sociais que atuavam sobre a loucura, no final do séc. XVIII e durante o séc. XIX, surgem novos espaços asilares, onde ela passa a ser definida como “alienação mental”. Sob esta nova nomenclatura, a partir de Philippe Pinel, a loucura torna-se um campo de atuação da medicina (BATISTA, 2014).

Pinel busca o desacorrentamento dos alienados, defendendo que as condições de privação a que eram submetidos poderiam ser responsáveis por sua condição de “intratáveis”. O médico defendia a ideia de que a libertação dos prisioneiros permitiria a verificação da loucura em sua objetividade. Entendida como desvio, a loucura passa a demandar uma cura, e “o que constitui a cura do louco, para Pinel, é sua estabilização num tipo social moralmente reconhecido e aprovado.” (FOUCAULT, 1978, p. 522)

4571

A reclusão asilar, agora, despojará a loucura de sua aura mítica, de seu parentesco com a pobreza, de seu silêncio perturbador: ela torna-se objeto de conhecimento e, num mesmo movimento, de alienação. [...] O medo passa para o lado do louco; sua existência passa a ser medida, subdividida, classificada, vigiada, julgada, responsabilizada ou inocentada, corrigida e punida — numa palavra, não excluída, mas dominada. (PELBART, 1989, p. 60 e 61)

Há, a partir de Pinel, um movimento que procura retirar o louco da alienação e conduzi-lo à saúde. Embora, nas antigas casas de internamento, já fossem impetradas ações que aterrorizavam os internos, visando garantir o seu bom comportamento, agora, o medo alcança um novo patamar, tornando-se instrumento para a desalienação. O medo deve conduzir o louco à razão, tornando-o responsável por sua condição e seus atos. Destarte, o asilo tem por objetivo organizar a loucura, de tal maneira que a intervenção se dá sobre a sua própria existência. (FOUCAULT, 1978)

Isto significa que através dessa culpabilidade o louco se torna objeto de punição sempre oferecido a si mesmo e ao outro, e do reconhecimento dessa condição de objeto, da tomada de consciência de sua culpabilidade, o louco deve voltar à sua consciência de sujeito livre e responsável, e por conseguinte retornar à razão. (FOUCAULT, 1978, p. 528)

Exige-se, portanto, que o louco se dobre diante das regras e valores sociais, sendo submetido à moral das leis. A ele não são permitidos os exercícios da imaginação ou da criação, de forma que até mesmo o trabalho lhe é imposto como forma de limitar sua liberdade e de submetê-lo à ordem. Cabe ao louco agir de modo a esconder a própria estranheza, ocupando um lugar de objeto que é subordinado pelo olhar de seus vigilantes, enquanto a estes é conferida a autoridade, dada por sua condição de homens da razão. Nos hospitais, o controle é feito não só pela coação física mas por uma “autocontenção”, que funciona a partir de um sistema de recompensas e punições (FOUCAULT, 1978).

Na tentativa de implantar uma uniformização moral, Pinel busca apagar a alienação servindo-se de algumas medidas, a saber: o silêncio, o reconhecimento no espelho e o julgamento perpétuo. O silêncio é imposto ao louco e aos que o rodeiam, restringindo-o à própria solidão; o reconhecimento pelo espelho, por sua vez, refere-se a situações em que um vigilante, defrontando o louco com a falta de fundamento de seu delírio, o expõe a um tipo de humilhação que, por si mesma, teria efeitos de restituição da razão; e, por fim, o julgamento perpétuo, que se refere à condição do louco internado, que é constantemente julgado e punido dentro da instituição e que passa também a julgar a si próprio (FOUCAULT, 1978).

E essa conversão da medicina em justiça, da terapêutica em repressão, não é um dos menores paradoxos da obra "filantrópica" e "libertadora" de Pinel. Na medicina da época clássica, banhos e duchas eram usados como remédios de acordo com a imaginação dos médicos sobre a natureza do sistema nervoso: tratava-se de refrescar o organismo, de distender as fibras ardentes e ressecadas. (FOUCAULT, 1978, p. 544).

4572

Não seria coerente falar de um sistema de recompensas e punições, que regula o comportamento do louco, sem citar a obra “Manicômios, prisões e conventos”, de Erving Goffman (1974). Neste livro, o autor apresenta o manicômio como uma instituição total, onde há uma divisão entre internos e dirigentes, estes responsáveis por repassar àqueles as regras da instituição.

Através de um processo de mortificação do self, o interno é submetido a uma série de humilhações e degradações que acabam por alterar a concepção que ele tinha de si, comprometendo sua autonomia diante do próprio self. Concomitantemente a essas estratégias, a equipe dirigente instrui o interno sobre o modo como deve se orientar na instituição. A este é apresentado o sistema de privilégios, que é constituído por três elementos básicos: as regras a serem seguidas; as pequenas satisfações, passíveis de serem conquistadas mediante a obediência às regras; e os castigos que podem receber em caso de desobediência (GOFFMAN, 1974).

O interno é levado a compreender que seus comportamentos devem se adaptar às regras. Às formas de adaptação do interno às normas da instituição, que se justificarão pelo

entendimento de que assim receberá recompensas e/ou evitará punições, Goffman (1974) chamará de ajustamentos primários. Já os ajustamentos secundários, também apresentados pelo autor, referem-se ao outro tipo de adaptação, onde as ações do interno visam ao acesso a pequenas satisfações consideradas proibidas, ou àquelas que são permitidas mas cujo acesso é proibido. Nota-se que, embora o pensamento de Goffman (1974) tenha sido desenvolvido a partir de seu trabalho em um hospital psiquiátrico nos anos de 1955 e 1956, pouco havia mudado desde o século anterior.

Retomemos, então, o modelo de Pinel. Conforme apontado por Amarante (2007), embora tenha se disseminado pelo mundo, o modelo de Pinel também recebia críticas, devido a questões como a superlotação, a violência infligida aos pacientes e a dificuldade de distinção entre loucura e sanidade. Foi diante disto que, no intuito de restaurar o caráter terapêutico da instituição psiquiátrica, buscou-se implantar um novo modelo: a colônias de alienados.

As colônias de alienados eram inspiradas nas colônias de Geel, uma aldeia no interior da Bélgica. Neste lugar, a comunidade local criou colônias, que eram espaços em extensas áreas agrícolas onde os alienados eram “recuperados” por meio do trabalho terapêutico. Foi sob esta perspectiva que, durante a primeira metade do séc. XX, as colônias de alienados se espalharam pelo Brasil. Todavia, rapidamente a instituição voltou a ser o que era antes. “De uma aldeia de pessoas livres, com sua própria história e cultura, nasceram instituições asilares de recuperação pelo trabalho” (AMARANTE, 2007, p.40). 4573

Batista (2014) assevera que situações como maus tratos, superlotação e insuficiência de funcionários faziam parte da realidade dos hospitais psiquiátricos na década de 50. A isto se acrescem, como reflexo da Segunda Guerra Mundial, as condições econômicas e sociais daquele período, que contribuíram para que o fenômeno da desospitalização ganhasse força (MACHADO; MANCO; SANTOS, 2005). Neste contexto histórico, um novo olhar foi lançado sobre a humanidade, e a sociedade se deu conta de que as condições em que viviam os internos de instituições psiquiátricas eram muito similares às dos campos de concentração. Surgem, então, os movimentos de reforma psiquiátrica (AMARANTE, 2007).

Os movimentos de reforma se dividem em três grupos principais. O primeiro, representado pela Comunidade Terapêutica e pela Psicoterapia Institucional, era formado por aqueles que buscavam uma reforma na psiquiatria e na instituição, onde esta se tornaria realmente terapêutica. O segundo grupo, que tem como representantes a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, era composto por aqueles que desejavam tornar o cuidado terapêutico presente no espaço da comunidade, através de serviços assistenciais. Finalmente, o “Outro

grupo” era composto por aqueles que queriam romper com a psiquiatria, como era entendida naquele momento. Ele é composto pelo movimento Antipsiquiatria e pela Psiquiatria Democrática (AMARANTE, 2007).

Franco Basaglia, um dos principais representantes da Psiquiatria Democrática, lutava pelo fim dos manicômios e apontava a necessidade de reavaliar os saberes psiquiátricos, pois, conforme observado por ele, os diagnósticos carregavam um significado discriminatório e conduziam a formas de tratamento bastante distintas, de acordo com o poder aquisitivo do paciente. Ele afirmava que os pacientes ricos, internados em instituições particulares, teriam maior facilidade de reinserção na comunidade, ao passo que os pobres eram colocados à margem desta e, por fim, encerrados em hospitais. Para ele, o hospital, enquanto local de tratamento, deveria ser um lugar de passagem, dando lugar, posteriormente, a outros serviços (BATISTA, 2014).

No Brasil, a criação de dispositivos substitutivos é resultado, especialmente, do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, articulado ao Movimento Sanitário, na década de 1970; da influência do pensamento de Basaglia na mobilização de trabalhadores da saúde, intelectuais, militantes e organizações, que se empenharam para que houvesse o fechamento dos hospitais e a abertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs); e da Luta Antimanicomial que se estende até os dias atuais. Na década de 1990, os movimentos de reforma se consolidaram mediante a criação de leis federais que regulamentam os serviços substitutivos de atenção psicossocial, e em 2001 a reforma psiquiátrica foi oficializada como política pública no Sistema Único de Saúde (SUS) (BATISTA, 2014). 4574

OS PROCESSOS DE DESOSPITALIZAÇÃO E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Apesar dos constantes esforços para a mudança na visão e no cuidado do portador de sofrimento psíquico, no Brasil e no mundo, observa-se uma grande dificuldade de estabelecer as diferenças entre os processos de desospitalização e de desinstitucionalização, ambos necessários, porém distintos e não-excludentes.

O processo de desospitalização, segundo Nogueira e Costa (2007), refere-se à criação de dispositivos que atuam sobre aspectos psicológicos, sociais e assistenciais, seguindo uma lógica de oposição à repressão e à exclusão social. Tais dispositivos são novos espaços que se configuram como substitutos do hospital. Como destaca Vale (2019), no Brasil, este processo ganhou força com a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e de serviços como o CAPS e o Serviço de Residências Terapêutica (SRT). Por meio de dispositivos substitutivos, a desospitalização

torna possível que o paciente saia do hospital e receba cuidados em seu domicílio e no território onde vive.

Já a desinstitucionalização (psiquiátrica), conceito que surgiu no movimento da Psiquiatria Preventiva, nos Estados Unidos, em um primeiro momento esteve referida à superação da instituição total, isto é, do manicômio (VENTURINI, 2010).

Por desinstitucionalização, entendia-se um conjunto de medidas de ‘desospitalização’, isto é, de redução do ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, ou de redução do tempo médio do ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, ou de redução do tempo médio de permanência hospitalar, ou ainda de promoção de altas hospitalares (AMARANTE, 2007, p. 50).

Com o tempo, a desinstitucionalização passou a ser considerada um processo ou uma forma de ação (VENTURINI, 2010). Refere-se, então, à desconstrução de ideias, conhecimentos e práticas, baseados na psiquiatria, que reduzem a loucura a uma doença e apontam as instituições hospitalares como dispositivo principal para o cuidado à saúde mental (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

O movimento que se dirige à desinstitucionalização necessita de uma mudança de foco, que deve passar da doença ao sujeito que a experiencia. Desta forma, busca-se estabelecer práticas terapêuticas que considerem o sujeito, outrora chamado de louco, em sua condição de submissão às instituições e às relações de poder ali estabelecidas, visando à sua reconstrução, a partir de uma nova perspectiva do cuidar (NOGUEIRA; COSTA, 2007). 4575

Amarante (2007) sustenta que o primeiro grande desafio ainda vigente é superar a visão que reduz o processo de reforma à mera reestruturação de serviços. Segundo ele, é preciso pensar o campo da saúde mental e da atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas como um processo social e complexo. E essa noção de processo aponta para a ideia de movimento, algo que está em transformação permanente.

Os serviços não devem ser locais de exclusão, pelo contrário, enquanto dispositivos estratégicos, precisam ser entendidos como como lugares de produção de subjetividade. Esta perspectiva, presente na Estratégia de Atenção Psicossocial, orientou a criação dos CAPSs e a abertura de residências terapêuticas, ambulatorios, centros de convivência e hospitais de semi-internação, elaborados para serem lugares de acolhimento e cuidado. No entanto, na realidade, os resultados da Reforma Psiquiátrica vêm demonstrando certo efeito de “reinstitutionalização” (AMARANTE, 2007)

No caso do Brasil, seria a “CAPScização” do modelo assistencial, que coloca o CAPS no centro do sistema e das políticas públicas de saúde, produzindo novas institucionalizações, novas cronicidades. A loucura pulou os muros dos hospitais, mas com os CAPS pode ter entrado em outra espécie de prisão. (BATISTA, 2014)

Segundo Venturini (2010), a desinstitucionalização se diferencia da reforma psiquiátrica, embora esta lhe abra caminhos e possibilidades. Também não pode confundida com a desospitalização, pois não se refere à reabilitação psicossocial. Para o autor, “Mais do que um tratamento ou uma adaptação, a desinstitucionalização consiste em um crescimento da pessoa.” (p. 143). Posto isto, o paciente deve se tornar o protagonista de seu processo de cura, descobrindo estratégias próprias para lidar com sua vida, em um processo de “retomada subjetiva da pessoa”. Ele deve se tornar o responsável por si e ter oportunidade, diante das mudanças provocadas por seu sofrimento e sua doença, de alcançar um novo ponto de equilíbrio. Para isso, é preciso uma mudança no cuidado desses indivíduos, no que se refere ao objetivo da cura, que não deve ser a redução de danos ou a reabilitação, mas o bem-estar.

A cura se torna “diálogo” entre pessoas, cujas palavras, porém, não se referem a um saber acadêmico, a uma metalinguagem, e sim a um saber prático próprio da subjetividade das pessoas. A reflexão sobre o sintoma - elemento revelador de como e onde se situar na linguagem da saúde - é de fato apenas o esboço sobre o qual construir o diálogo. (VENTURINI, 2010, p. 144)

Como se faz claro na contribuição de Venturini (2010), a desinstitucionalização compreende muito mais do que a simples retirada do portador de sofrimento psíquico do espaço físico de um hospital. Trata-se de dar a este indivíduo a possibilidade de ser quem é, havendo, por conseguinte, um afastamento da ideia de cura enquanto readequação. Em outras palavras, 4576 pode-se entender a desinstitucionalização como um conjunto de condutas que visam a dar espaço de vida à pessoa em sofrimento psíquico, de modo que ela possa desenvolver-se em direção à sua singularidade, que em muito ultrapassa qualquer molde forjado e imposto pela cultura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após este breve caminhar pela história da loucura, nota-se que, desde a Grande Internação, o louco teve sua liberdade restringida a espaços de confinamento, e tal aprisionamento não se referiu apenas à dimensão física de seu corpo, mas abrangeu também as suas formas de pensar e de se comportar, forçosamente enquadradas aos ditames da instituição. Neste sentido, o processo de desospitalização torna possível a saída dos pacientes do hospital, figurando como possibilidade de promoção de um cuidado mais humanizado. Porém, não basta a criação de novos serviços, é preciso que haja uma mudança nas relações de poder, para que estes locais não se tornem novos espaços de institucionalização. (NOGUEIRA; COSTA, 2007)

Diante do exposto, observa-se a necessidade não só de criar novos espaços para o cuidado dos portadores de sofrimento psíquico, mas de construir novos significados para este cuidado, de forma que haja, de fato, a desinstitucionalização desses sujeitos. Além disso, é urgente

construir outro lugar para o sofrimento mental dentro da sociedade, o que encerra grandes desafios, que abarcam desde a luta pelos direitos civis e assistenciais de sujeitos em sofrimento psíquico, visando retirar-lhes da condição de tutelados, até a criação de possibilidades para uma nova inserção na família, na comunidade e no imaginário social.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 195-204, Feb. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 de mar. 2022. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100025>.

BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **REVISTA DE CIÊNCIAS SOCIAIS - POLÍTICA & TRABALHO**, v. 1, n. 40, 12 ago. 2014.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GOFFMAN, Erwin. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Ed. Perspectiva, São Paulo: 1974.

4577

MACHADO, Vanessa; MANCO, Amábile Rodrigues Xavier; SANTOS, Manoel Antônio dos. A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1472-1479, Oct. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 de mar. De 2022. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500020>.

NOGUEIRA, M.S.L.; COSTA, L.F.A. POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL: discutindo o paradigma da desinstitucionalização. **III Jornada Internacional de Políticas Públicas**, Maranhão, p. 1-8, 2007.

PELBART, Peter Pál. **Da clausura do fora ao fora da clausura**. São Paulo (SP): Brasiliense; 1989.

PESSOTTI, Isaías. Os nomes da loucura. São Paulo (SP): Editora 34; 1999.

SOUZA, José Fernando Rodrigues de. A loucura na renascença: análise comparativa das obras de Erasmo e Bruegel, na perspectiva de Foucault. **Perspectivas**, Campos dos Goytacazes-RJ, v.4, n.7, jan/jul 2005. p.19-29.

VALE, Carlos Henrique Felipe Pereira. **Saúde mental no Brasil e os desafios da gestão em saúde: uma revisão narrativa da literatura**. 2019. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

VENTURINI, Ernesto. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo , v. 20, n. 1, p. 138-151, abr. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=Soio4-12822010000100018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 mar. 2022.