

ENTRE A NAU E OS MUROS INVISÍVEIS: SEGUINDO A TRILHA DA LOUCURA EM TEMPOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA- UMA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA EM UMA CASA DE APOIO PSICOSSOCIAL DE CURITIBA

Iracema Cristina Shoenherr dos Santos¹
Diego da Silva²

RESUMO: Este artigo apresenta reflexões construídas a partir de um estágio realizado em uma Casa de Apoio Psicossocial, por meio de observação participante e interação com moradores com transtornos mentais moderados a graves. Relatam-se aspectos do cotidiano institucional, vivências subjetivas dos residentes e desafios relacionados à autonomia, sexualidade, cuidado humanizado e vínculos sociais. A partir das narrativas, evidenciam-se tensões entre práticas de inclusão e resquícios de modelos asilares ainda presentes, mesmo sob o marco da Reforma Psiquiátrica. Com base em Michel Foucault e outros autores, discute-se a importância da escuta sensível, do respeito à singularidade e da garantia de direitos, destacando a urgência de políticas públicas que promovam cuidado em liberdade e combatam o estigma que recai sobre corpos considerados “loucos”.

Palavras-Chave: Saúde mental. Institucionalização. Sexualidade. Cuidado em liberdade. Reforma Psiquiátrica.

I INTRODUÇÃO

429

O presente artigo relata a experiência de estágio supervisionado em Psicologia, realizado em uma Casa de Apoio Psicossocial para pessoas adultas com transtornos mentais moderados a graves, localizada na cidade de Curitiba, estado do Paraná. Essa vivência possibilitou não apenas o contato direto com o cotidiano institucional e seus moradores, como também uma reflexão crítica sobre os efeitos e os limites da política de desinstitucionalização no Brasil. Trata-se de uma experiência inserida no contexto da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, que propõem o cuidado em liberdade e a superação do modelo manicomial de atenção à saúde mental.

A casa visitada acolhe sujeitos que permanecem institucionalizados por tempo indeterminado, com ou sem vínculos familiares. A estrutura apresenta organização funcional, cuidado com os moradores e um clima afetivo entre a equipe e os acolhidos. No entanto, emergem também desafios importantes, como a promoção da autonomia, a reinserção social e a prevenção da reprodução de práticas asilares, ainda que fora do modelo hospitalar clássico.

¹Pedagoga, Graduanda em Psicologia.

² Psicólogo, Pedagogo, Professor Mestre e doutorando, orientador de estágio.

Nesse sentido, o estágio permitiu identificar a ambivalência presente em algumas instituições que, embora comprometidas com o bem-estar dos moradores, ainda enfrentam dificuldades para se afastar de uma lógica de controle e dependência.

O objetivo deste trabalho é promover a vivência prática das competências profissionais da Psicologia por meio da observação participante e da interação com os moradores da instituição, com o intuito de compreender as dinâmicas institucionais, os modos de cuidado em saúde mental e os desafios enfrentados no acolhimento não manicomial. Para isso, utilizou-se como metodologia a observação participante, aliada ao registro sistemático das interações e rotinas presenciadas na instituição. As atividades envolveram escuta ativa, participação em momentos lúdicos, recreativos e religiosos, bem como diálogo com a equipe técnica.

A escolha por estudar essa realidade justifica-se pela relevância do tema no atual cenário de políticas públicas de saúde mental. A institucionalização de pessoas com transtornos mentais remonta a um longo percurso histórico de exclusão, silenciamento e violação de direitos. Com a implementação da Reforma Psiquiátrica, surgiram novos arranjos institucionais, como as casas de apoio, residências terapêuticas, unidades de acolhimento e residências inclusivas, que visam oferecer não apenas um espaço físico de moradia, mas também cuidado digno e inserção social. Refletir sobre essas experiências é essencial para compreender como tais espaços têm sido constituídos e que caminhos ainda precisam ser percorridos para garantir um cuidado realmente humanizado, inclusivo e emancipador.

430

2 DESCRIÇÃO GERAL DAS PRÁTICAS REALIZADAS

Durante o estágio na referida casa, realizamos observação participante junto aos moradores. Seria praticamente impossível estar ali apenas observando e registrando os acontecimentos, sem envolvimento no cotidiano da casa. Os moradores, todos com algum tipo de transtorno mental e comorbidades, demonstravam curiosidade sobre nossa presença e nos questionavam; contavam suas histórias (reais e imaginárias); compartilhavam suas necessidades, desejos e medos.

Os nomes utilizados neste relato são fictícios, com o intuito de preservar a identidade das pessoas envolvidas. Apesar da diversidade de perfis, notamos um clima harmonioso entre os moradores. É claro que havia conflitos: alguns traziam boatos sobre os colegas, outros faziam

queixas relacionadas à rotina da casa. No entanto, de modo geral, o ambiente era funcional, limpo, organizado e pautado por um tratamento humanizado.

Participamos ativamente das atividades da casa: desenhamos e colorimos com os moradores, fizemos pulseirinhas com miçangas, jogamos dominó e jogo da velha e estivemos presentes em algumas reuniões religiosas realizadas com os moradores e equipe. As atividades de colorir eram especialmente apreciadas; muitos pediam desenhos e, por isso, levamos também atividades simples como ligar os pontos, descobrir os sete erros, caça-palavras e confecção de pulseiras com nomes. Alguns moradores, no entanto, preferiram não participar da confecção das pulseiras, alegando dificuldades motoras. De fato, ao tentarem, desistiam logo; tremores nas mãos ou dificuldades de coordenação fina impediam que passassem o fio pelas miçangas; para alguns, até segurar as peças já era um grande esforço.

Observamos que vários moradores apresentavam limitações ao caminhar. Embora nenhum deles parecesse necessitar de auxílio direto, alguns relataram dores ou dificuldades para se locomover, alternando momentos de caminhada com pausas para descanso. Em uma das intervenções, um educador físico conduziu uma caminhada por um percurso dentro da própria casa, acompanhada de exercícios de mobilidade. Também presenciamos a pesagem realizada pela nutricionista, um momento especialmente marcante entre as mulheres, que demonstravam preocupação com o ganho de peso. Algumas consultavam as cuidadoras para confirmar os números e comentavam que haviam engordado ou que pretendiam reduzir a quantidade de comida. Isso revela que apesar das comorbidades e limitações, ainda havia uma preocupação estética; sobretudo entre as moradoras, que são maioria.

431

Nesse contexto, uma das cuidadoras pintava as unhas das mulheres, gerando grande entusiasmo. Em outro momento, várias moradoras relataram, com alegria, que haviam cortado e pintado os cabelos. Tais cuidados com a aparência influenciavam diretamente na autoestima e disposição delas. Uma moradora, com cerca de quarenta anos, passava longos períodos colocando e retirando cílios postiços, quase sempre insatisfeita com o resultado. Em determinado momento, pediu ajuda para aplicá-los. Explicamos que não tínhamos experiência, mas, ainda assim, tentamos auxiliá-la. Apesar disso, ela continuou insatisfeita e seguiu tentando até se sentir confortável com o resultado. No dia do corte de cabelo, essa mesma moradora ficou contrariada por causa de um comentário negativo sobre sua franja. Quando dissemos que ela estava bonita, ela sorriu, mas logo depois comentou que deixaria a franja crescer.

Durante os momentos de pintura, muitos temas surgiam espontaneamente. Limitamo-nos a escutar e acolher cada fala, sem julgamentos. Uma moradora, que chamaremos de Ana, por volta dos cinquenta anos, contou que havia trabalhado em escola e gostaria de voltar a exercer sua atividade profissional. Ana apresentava tremores nas mãos e falas desconexas e insistia que precisava falar com sua irmã, pois imaginava a sobrinha sofrendo um acidente em uma roda gigante. Quando alguém perguntou se a sobrinha realmente havia caído, ela respondeu que era “coisa da cabeça”. Tentava expressar o que sentia, mas gaguejava e se perdia nas palavras, evidenciando o impacto que esses pensamentos tinham sobre ela. Uma funcionária nos informou que Ana havia, de fato, estado com a irmã recentemente.

Na primeira semana de estágio, outra moradora, que chamaremos de Rita, também na faixa dos cinquenta anos e com comportamento infantilizado, se aproximou dizendo que “a Ana tá braba!”. Questionada sobre o motivo, respondeu: “O Paulo qué transá com ela, ela não qué, ele é feio!”. Paulo (nome fictício) é um homem com mais de cinquenta anos e comportamento igualmente infantilizado. Rita completou: “Num pode, né? Num pode!”. Em outra ocasião, observamos Rita fazendo gestos de cunho sexual em direção a Nei, outro morador.

Esses episódios nos levaram a refletir sobre como lidar com a sexualidade de pessoas com transtornos mentais, especialmente em contextos institucionais e coletivos. Como é compreendido o corpo de uma mulher ou de um homem com transtorno mental? De modo geral, a sociedade tende a associar a doença a um corpo doente e, por consequência, a negar sua sexualidade. No entanto, a sexualidade é parte essencial da existência humana, seja qual for sua condição mental.

Falar sobre sexualidade já é um tabu. Quando se trata da sexualidade de pessoas com transtornos mentais, o tabu é ainda maior. Como orientá-las? Elas têm o direito de vivenciar sua sexualidade? Se sim, como garantir isso de forma ética e segura?

Em um estudo sobre sexualidade de pessoas com transtorno mental, Barbosa (2011) entrevistou 39 indivíduos, sendo 22 homens, com o objetivo de analisar suas representações sobre sexualidade em relação à vulnerabilidade às doenças e infecções sexualmente transmissíveis. A pesquisa revelou que muitas dessas pessoas foram privadas de vivências sexuais, especialmente pela falta de privacidade e pela longa institucionalização:

Dificuldades para as vivências sexuais dos homens foram explicitadas ainda como relacionadas ao fato de não disporem de um local apropriado para as práticas sexuais,

vivendo sem preservação de intimidade, como nos casos de residência terapêutica, longos períodos de hospitalização, ou com familiares que vivem em moradias com pouco espaço. Dois entrevistados manifestaram não ter tido nenhum tipo de vivência sexual durante os mais de vinte anos que passaram hospitalizados, o que evidencia os impactos dessa modalidade de tratamento na vida das pessoas.” (BARBOSA, 2011, p. 96)

É fundamental reconhecer que os danos vividos por pessoas com transtorno mental atingem todas as dimensões da vida, inclusive a sexual. A vivência de uma sexualidade plena é dificultada (ou anulada) pelo confinamento, pela falta de privacidade e pelas interdições sociais. No entanto, essa discussão demanda uma escuta ampliada dos próprios sujeitos e das equipes de cuidado.

[...] o indivíduo, independentemente de sua cultura, não lida com o sexo de forma natural, mas o vive simbolicamente, atribuindo a ele sentidos, valores, normas, interditos e permissões, que podem se dar de diferentes formas nas distintas sociedades, como demonstram estudos antropológicos. O preconceito evidente sobre a sexualidade do doente mental é parte de um mascaramento social ou de uma negação maior e ilegítima. A negação, reproduzida no contexto institucional e profissional, representa um fragmento da sociedade. A maioria dos autores pesquisados sempre relaciona sexualidade e loucura ao espaço institucional, mas a discussão deles transpõe os muros e vai se inserir nos mais diversos terrenos habitados por um portador de doença mental, desenhando o que está dito nessa relação dialógica.” (MELO JÚNIOR, 2011, p. 71)

Aline, nome fictício de uma das moradoras, com cerca de quarenta anos, estava animada com a chegada do seu aniversário. Dias depois, contou-nos com entusiasmo que teve uma festa, “com bolo e tudo”, segundo suas palavras. Aline apresenta certa dificuldade para caminhar e falar, mas sua comunicação é compreensível e coerente.

433

Elá relatou que, aos dezesseis anos, foi morar com o namorado e sua família. Durante esse período, trabalhou e ajudou na construção de uma casa para o casal, além de ajudar com outras demandas dos familiares do rapaz. Em determinado momento, foi expulsa da casa e, sem o acolhimento de sua própria família, passou a alternar períodos em instituições públicas e em situação de rua, vendendo panos de prato ou pedindo ajuda. Eventualmente, foi encaminhada por um órgão da assistência social para uma instituição privada. Segundo seu relato, o local era precário: havia ratos, a alimentação era escassa e de baixa qualidade e o convívio era hostil; os demais acolhidos, segundo ela, maltratavam e ridicularizavam os mais frágeis.

Aline permaneceu sete anos nessa instituição, até ser transferida para a casa atual, onde vive há oito anos. Ela afirmou que o tratamento ali é significativamente melhor. No entanto, em seus relatos, ainda usa o termo “internada”, o que revela como a ideia de moradia ainda está, para ela, associada ao confinamento e à hospitalização. Contou-nos também que o médico teria

informado à sua família que ela “não é louca” e que não tem “problema na cabeça”. Apesar disso, sua família, que segundo Aline é financeiramente estável, não a acolheu.

O relato de Aline nos leva a refletir sobre os princípios da Reforma Psiquiátrica, especialmente o da reintegração social das pessoas com transtornos mentais. Com uma intervenção precoce, Aline poderia ter seguido outra trajetória, evitando o agravamento de sua vulnerabilidade em situações de rua e institucionalização prolongada.

A rotina da casa é bem estruturada: os moradores tomam café da manhã, têm um lanche entre as refeições, e recebem apoio das cuidadoras para o banho. É comum ouvir o barulho do secador de cabelos, ver funcionárias circulando com toalhas limpas e levando as usadas para a lavanderia. O almoço é seguido de lanche e, antes das 19 horas, é servido o jantar. Entre essas atividades diárias, há também momentos de convivência e oficinas. Durante nosso estágio, presenciamos apenas a atividade conduzida por um educador físico e a realização de um culto religioso, mas fomos informadas sobre outras.

O culto foi conduzido por uma jovem bastante carismática, aguardada com entusiasmo, sobretudo pelas moradoras. A maioria participou com envolvimento, apesar de alguns optarem por não comparecer. Segundo relatos, esse culto ocorre semanalmente, embora outros eventos religiosos também aconteçam em diferentes momentos.

434

Durante uma dessas oficinas, tivemos uma grata surpresa: um morador com mais de cinquenta anos (a quem chamaremos de Jonas) e que não se comunicava verbalmente, apenas emitia sons e costumava permanecer acocorado no chão, mexendo com pedras ou com o cadarço do sapato; atendeu ao nosso convite para colorir. Ele ficou algum tempo conosco, usando uma única cor e depois fez algumas garatujas no verso da folha. Sua interação foi motivo de alegria para o grupo.

Outro morador, Agenor, também utilizava apenas uma cor para pintar. Sugerimos que experimentasse outras cores, e ele gentilmente atendeu, adicionando mais uma. Agenor tem seus próprios lápis, fala pouco e com dificuldade. A equipe nos relatou que ele pode ser agressivo em alguns momentos e que, por vezes, precisa ser contido. Contudo, durante nossas interações, mostrou-se calmo e cooperativo.

Helena, na casa dos quarenta, é comunicativa e atenta ao ambiente. Mantém uma relação próxima e bem-humorada com outro morador, com quem conversa sobre namoro e casamento,

sem deixar claro se fala sério ou não. Ela visita frequentemente seus filhos e netos próximos, demonstrando autonomia e vínculos familiares.

Alice, entre 40 e 50 anos, com seus olhos azuis expressivos, adorava compartilhar histórias sobre sua família. Seus relatos misturavam memórias e fantasias, onde personagens reais se confundiam com figuras de filmes ou novelas, criando narrativas grandiosas e felizes. Sempre que outra moradora falava, Alice acrescentava sua versão, como se quisesse reescrever as histórias com desfechos mais gloriosos e positivos.

Nei, possivelmente entre 50 e 60 anos, extremamente educado, nos disse que escolheu morar na casa. Segundo ele, já teve duas irmãs acolhidas em instituições semelhantes. Contou que era piloto de avião e sofreu um acidente, o que, segundo uma funcionária, resultou em lesão cerebral. Seu relato nos leva a refletir: até que ponto o “diferente” é visto como incômodo a ponto de ser afastado da família? Mesmo com relatos limitados, fica a pergunta: que medo ou desconforto esses corpos “loucos” despertam para serem isolados? A exclusão revela que o estigma ainda persiste.

O público da casa é diverso. Há moradores com diferentes graus de dependência: alguns totalmente autônomos, que saem sozinhos para visitar parentes e retornam; outros com necessidades maiores de cuidado. São muitas histórias e elas precisam ser ouvidas em suas singularidades. As vozes das pessoas com sofrimento psíquico precisam de atenção. Essas vozes carregam sentimentos, dores e reflexões, que devem ecoar para além dos muros, sejam eles físicos ou simbólicos.

435

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Ao nos debruçarmos sobre a construção histórica, social e política da loucura, como propõe Michel Foucault em *História da loucura*, compreendemos que, em um primeiro momento, loucura e razão coexistiam no tecido social. Durante a Idade Média, a loucura era interpretada por meio de valores religiosos e simbólicos, mantendo-se integrada, ainda que marginalmente, ao campo da experiência humana comum.

Contudo, esse cenário começa a se alterar com o esvaziamento dos leprosários. Espaços antes destinados aos excluídos da sociedade: leprosos, mendigos e outros “indesejáveis” passaram a ser reaproveitados para a institucionalização de novos sujeitos desviantes, entre eles, os loucos. Esse processo, longe de ser abrupto, reflete uma reconfiguração discursiva e

arquitetônica em que a loucura passa a ser percebida como ameaça à ordem racional e, portanto, como algo a ser isolado, vigiado e disciplinado.

Durante a Renascença, emerge a imagem da Nau dos Loucos, símbolo que Foucault destaca como expressão do novo estatuto da loucura: a exclusão geográfica e simbólica. A expulsão dos insanos para além dos limites urbanos indicava a tentativa de purificar a cidade e proteger a razão.

Um objeto novo acaba de fazer seu aparecimento na paisagem imaginária da Renascença; e nela, logo ocupará lugar privilegiado: é a Nau dos Loucos, estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos..." (FOUCAULT, 1978, p.12-13).

No século XVIII, os antigos leprosários são transformados nos chamados hospitais gerais, como analisa Cardoso Jr.(2011). Esses espaços acolhiam pobres, vagabundos, prostitutas e loucos, sem distinção entre tratamento e castigo. O objetivo não era a cura, mas o controle da desordem social. O hospital era, sobretudo, uma instituição moral, e o médico exercia papel secundário diante da autoridade disciplinar. Segundo o mesmo autor, o principal instrumento terapêutico desses hospitais era o trabalho. Mesmo quando improdutivo, ele tinha função simbólica de correção moral. Atividades repetitivas, como caminhar em círculos, eram impostas como forma de disciplinar os corpos e moldar as condutas.

436

Foucault descreve que, muitas vezes, nos hospitais gerais, as atividades do louco eram a de andar em torno de pátio circular, sem nada produzir. O que importava era o exercício repetitivo, o esforço e o desgaste físicos provenientes de tal atividade." (CARDOSO JR., 2011, p.158)

O fato de os loucos dividirem espaço com outros sujeitos considerados moralmente desviantes revela que a loucura era concebida mais como um problema ético-social do que médico. Era algo a ser corrigido, e não compreendido ou tratado clinicamente.

Esse movimento culmina, no século XIX, com a ascensão da psiquiatria e a criação dos asilos. O louco perde sua voz, agora substituída pelo saber médico, que define, interpreta e controla. A escuta da loucura torna-se mediada pela ciência, que determina o que é legítimo dizer e ouvir.

Embora a psicanálise tenha representado, em parte, uma retomada da fala do sujeito, ela insere essa fala num novo campo de normatividade: o do saber interpretativo. O louco fala, mas o sentido de sua fala é atribuído pelo outro: o analista. A exclusão simbólica permanece.

Cardoso Jr. (2011) observa que, entre os séculos XVI e XIX, coexistem dois regimes discursivos: um, de raiz medieval, que reconhece a loucura como parte da experiência humana; e outro, moderno, que busca excluí-la e silenciá-la. A razão se transforma em vigilância permanente contra a ameaça da desrazão.

A razão passa a ser um estado de vigília, ela não pode se descuidar, não pode adormecer, caso contrário, a desrazão invade o mundo e a domina. (CARDOSO JR., 2011, p. 156)

Esse processo é analisado por Foucault como constitutivo do biopoder, uma forma de poder que atua sobre os corpos, os comportamentos e as formas de vida, instaurando uma política da saúde, da norma e da disciplina.

Contrariamente a uma história tradicional da psiquiatria (...) Foucault nos mostra uma loucura cozinhada lentamente no caldeirão da história ocidental posterior ao Renascimento. Vemos, pois, como o horror, o temor e a admiração provocados pelos loucos à época da Stultifera Navis (Naus dos Insensatos) irão lentamente se transformando na perscrutação da verdade do sujeito através da doença mental no século XIX. Pois o estabelecimento do homem de razão, que foi levado a cabo, sobretudo, a partir do final da Renascença, não se fez segundo um suposto progresso natural da raça humana, nem por meios do esclarecimento e da aceitação. Não foi sem violência e exclusão que a Razão se estabeleceu no cenário ocidental. (FIGUEIREDO, 2014, p.123)

No Brasil, a história do internamento começa oficialmente com o decreto de Dom Pedro II em 1841, que determina a criação de um hospício no Rio de Janeiro, o futuro “Palácio dos Loucos”. Sua estrutura refletia a lógica do panoptismo e da exclusão: disciplina rígida, divisão por classe social e diagnóstico, e vigilância permanente.

437

As colônias agrícolas e os demais hospícios espalhados pelo país reproduziam esse modelo segregacionista, sem apresentar resultados terapêuticos significativos. Com o tempo, surgiram críticas à ineficácia e à violência do sistema manicomial.

A partir da década de 1970, impulsionada pelas ideias do psiquiatra italiano Franco Basaglia, tem início no Brasil a Reforma Psiquiátrica, que se consolida com a promulgação da Lei nº 10.216/2001. Essa legislação propõe a substituição progressiva dos manicomios por serviços comunitários de atenção psicossocial, promovendo a reintegração dos sujeitos à vida social.

Mesmo com esses avanços, desafios persistem: há uma lacuna significativa na oferta de moradias para pessoas com transtornos mentais que passaram longos períodos institucionalizadas e não têm suporte familiar ou comunitário. Nesse contexto, destacam-se duas políticas públicas fundamentais: Residências Terapêuticas (RAPS): moradias para até 8

pessoas, com suporte profissional, destinadas a ex-internos de longa permanência em hospitais psiquiátricos; e Residências Inclusivas (SUAS), voltadas a jovens e adultos com deficiência e alto grau de dependência, em situação de vulnerabilidade social, com até 10 moradores por casa. Ambas exigem regulamentação e acompanhamento contínuo.

É provável que alguns municípios ainda estejam em estágios bastante distintos no que se refere à implementação dessas políticas. No entanto, no caso das Casas particulares de apoio psicossocial, ainda não existe uma legislação específica que as regulamente. Por isso, essas instituições devem seguir diretrizes semelhantes às estabelecidas para as residências previstas pelas políticas públicas, estando sujeitas às mesmas normas de funcionamento e aos processos de fiscalização correspondentes.

A Lei da Reforma Psiquiátrica prevê que os pacientes sejam tratados em unidades apropriadas e por equipes multidisciplinares – com psicólogos, médicos e outros profissionais de saúde – que promovam a reintegração do doente ao convívio social. Em 2002, o Ministério da Saúde determinou a criação dos Centros de Apoio Psicossocial (Caps). Outras estruturas foram implementadas ao longo desses 21 anos, como os serviços residenciais terapêuticos e as unidades de atendimento. (RIOS, 2022).

A reforma psiquiátrica teve início por conta de denúncias graves contra os hospitais psiquiátricos e por ter se tornado uma prática lucrativa para alguns empreendedores. A luta não se encerra na promulgação da lei, ela continua, para evitar o retrocesso a velhas práticas e também para garantir que as pessoas com transtorno mental tenham direito a convivência e inserção na sociedade.

438

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio realizado na Casa de Apoio Psicossocial proporcionou uma aproximação concreta com os efeitos da institucionalização prolongada e os desafios atuais da prática em saúde mental no Brasil. As atividades desenvolvidas durante o estágio, embora realizadas em um curto período e com as limitações próprias da condição de estagiário, favoreceram a construção de vínculos, a escuta sensível e o reconhecimento da subjetividade dos acolhidos. Essa experiência reforça a importância de espaços como esses, para o processo formativo do psicólogo, que deve estar atento à dimensão ética do cuidado, à escuta empática e ao compromisso com as transformações sociais necessárias para uma sociedade mais inclusiva.

A vivência também evidenciou o papel fundamental das Casas de Apoio Psicossocial como alternativas aos antigos hospitais psiquiátricos, inseridas na rede de cuidados em saúde

mental. Todavia, apesar da estrutura acolhedora e das condições materiais favoráveis observadas, questões relacionadas a reinserção social e comunitária evidenciam as fragilidades da rede de apoio psicossocial. Entre as principais demandas identificadas, destacam-se o desenvolvimento de projetos individuais de vida para cada morador, valorizando suas particularidades e potencialidades; a articulação efetiva com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), garantindo a continuidade do cuidado e o acesso a serviços complementares e a implementação de supervisão técnica contínua, imprescindível para assegurar um cuidado verdadeiramente terapêutico e emancipatório.

A Reforma Psiquiátrica, longe de ser um marco concluído, é um processo em permanente construção. Ela demanda um compromisso ético e político constante para assegurar os direitos, a dignidade e a autonomia plena das pessoas com transtornos mentais. Diante disso, permanece o desafio fundamental: como construir, enquanto sociedade, espaços que efetivamente promovam liberdade e inclusão, evitando que o que deveria ser um novo modelo de cuidado se transforme apenas em uma nova forma de exclusão?

REFERÊNCIAS

CARDOSO JR., Hélio Rebello. **Corpo e sexualidade entre disciplina e biopolítica.** In: SOUZA, Luís Antônio Francisco de; SABATINE, Thiago Teixeira; MAGALHÃES, Bóris Ribeiro de (orgs.). *Michel Foucault: corpo, sexualidade e direito*. São Paulo: Editora Cultura Acadêmica, 2010. p. [155-175]. Disponível em: https://ebooks.marilia.unesp.br/index.php/lab_editorial/catalog/view/18/42/3170. Acesso em: 21 jun. 2025.

FREITAS, Lívia Maria Sá de; CORDEIRO, Maria Inês Monteiro de Barros. **A loucura na história: de exclusão à proposta de inclusão social.** *Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais*, Aracaju, v. 1, n. 12, p. 85-94, 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cdghumanas/article/view/1797/1067>. Acesso em: 22 jun. 2025.

CENTRO CULTURAL DA MEMÓRIA SANITÁRIA. **Retratos da loucura: memória da loucura no Brasil.** Memória da Loucura, Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/retratos01.html>. Acesso em: 22 jun. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Residências Inclusivas: perguntas e respostas.** Brasília: MDS, 2016. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/cadernos/caderno_residencias_inclusivas_perguntas_respostas_maio2016.pdf. Acesso em: 22 jun. 2025.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura na Idade Clássica*. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1978.

BARBOSA, Jaqueline Almeida Guimarães. **Sexualidade e vulnerabilidade social de pessoas com transtornos mentais atendidas em serviços públicos de saúde mental no Brasil**. 2011. 264 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/GCPA-8HWK9X>. Acesso em: 20 jun. 2025.

DE MELO JÚNIOR, Raimundo Valdocí; SOLANO, Lorrainy da Cruz; GUIMARÃES, Jacileide; GERMANO, Raimunda Medeiros; DE MEDEIROS, Soraya Maria. **Sexualidade e loucura: ditos, interditos e não-ditos**. Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 70-75, 2011. Disponível em: <http://186.227.198.185/index.php/revistane/article/view/375>. Acesso em: 20 jun. 2025.

RIOS, Silvério. *Lei da reforma psiquiátrica completa 21 anos em meio a avanços e desafios*. Agência Câmara de Notícias, Brasília, 25 abr. 2022. Reportagem; edição de Pierre Triboli. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/868531-lei-da-reforma-psiquiatrica-completa-21-anos-em-meio-a-avancos-e-desafios/>. Acesso em: 23 jun. 2025.