



O LOUCO, A CIDADE E A BUSCA PELA LEGITIMAÇÃO DA VIVÊNCIA CIDADÃ

EN LOCO, LA CIUDAD Y LA BÚSQUEDA DE LA LEGITIMACIÓN DE LA
VIDA CIUDADANA

THE MAD, THE CITY AND THE SEARCH FOR THE FOR LEGITIMATION OF
CITIZEN LIFE

Maria Eduarda Corrêa Ferreira¹
Maria Ignez Costa Moreira²

RESUMO: O objetivo deste artigo foi explorar como as experiências dos serviços substitutivos de saúde contribuem para a inserção do louco na sociedade. Para isso, foi necessário compreender as diferentes concepções de loucura, bem como a história da institucionalização e desinstitucionalização do louco. Esse movimento foi importante para produzir o diálogo sobre a inclusão do louco na sociedade e seus atravessamentos. A metodologia escolhida inicialmente foi a revisão bibliográfica e, a posteriori, incorporamos registros de campo e realizamos entrevistas com psicólogos com atuação em serviços substitutivos. Para a análise das informações, utilizamos a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1997). Ao concluir essa pesquisa, pudemos perceber que as transformações no modo de encarar a loucura foram muitas e, felizmente, possibilitaram um olhar mais amplo ao sujeito louco. Todavia, as violências e retrocessos continuam. A complexa história de como a humanidade encarou a loucura por tantos séculos deve ser contada, e resgatada, em nosso meio social para que possamos não a repetir e, também, para podermos avançar nas discussões. Isso porque o presente e futuro, para melhor serem construídos, requer de nós o movimento de reflexão sobre as experiências anteriores. Portanto, nosso intuito com este trabalho é contribuir para a produção de maiores discussões sobre a temática na expectativa de que se produzam ações que visem maior qualidade de vida a esses sujeitos.

PALAVRAS-CHAVE: Loucura; Psicologia; Políticas Públicas; Cidadania.

RESUMEN: El objetivo de este artículo fue explorar cómo las experiencias de servicios de salud sustitutos contribuyen a la integración de los locos a la sociedad. Para ello, fue necesario comprender las diferentes concepciones de la locura, así como la historia de la institucionalización y desinstitucionalización de los locos. Este movimiento fue importante para producir un diálogo sobre la inclusión de los locos en la sociedad y sus implicaciones. La metodología inicialmente elegida fue la revisión bibliográfica y, posteriormente, incorporamos registros de campo y realizamos entrevistas a psicólogos que trabajan en servicios de sustitución. Para analizar la información se utilizó el Análisis de Contenido propuesto por Bardin (1997). Al finalizar esta investigación, pudimos ver que hubo muchos cambios en la forma de mirar la locura y, afortunadamente, permitieron una visión más amplia del tema loco. Sin embargo, la violencia y los retrocesos continúan. La compleja historia de cómo la humanidad enfrentó la locura durante tantos siglos debe ser contada, y rescatada, en nuestro entorno social para que no podamos repetirla y, también, para que podamos avanzar en las discusiones. Esto se debe a que el presente y el futuro, para ser mejor construidos, requieren que reflexionemos sobre experiencias anteriores. Por tanto, nuestro objetivo con este trabajo es contribuir a la producción de mayores discusiones sobre el tema con la esperanza de que se produzcan acciones que apunten a mejorar la calidad de vida de estos sujetos.

PALABRAS CLAVE: Locura; Psicología; Políticas Públicas; Ciudadanía.

ABSTRACT: The objective of this article was to explore how experiences of substitute health services contribute to the integration of insane individuals into society. To this end, it was necessary to understand the different conceptions of madness, as well as the history of institutionalization and deinstitutionalization of the insane. This movement was important to produce a dialogue about the inclusion of insane individuals in society and its implications. The methodology initially chosen was a bibliographic review, and later, we incorporated field records and conducted interviews with psychologists who work in substitute services. To analyze the information, we used the Content Analysis proposed by Bardin (1997). At the end of this investigation, we were able to confirm

¹ Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), Belo Horizonte – MG, Brasil. Psicóloga e Acompanhante Terapêutico. E-mail: mariaedupc@hotmail.com

² Doutora em Psicologia Social pela PUC São Paulo, professora da Faculdade de Psicologia e Programa de Pós – graduação em Psicologia PUC Minas. E-mail: maigcomo@uol.com.br

that there have been many changes in the way of looking at madness and, fortunately, they allowed a broader view of the subject of madness. However, violence and setbacks continue. The complex history of how humanity has faced madness for so many centuries must be told and rescued in our social environment so that we do not repeat it and, also, so that we can advance the discussions. This is because the present and the future, in order to be better constructed, require that we reflect on past experiences. Therefore, our objective with this work is to contribute to the production of new discussions on the topic, in the hope that actions will be taken to improve the quality of life of these subjects.

KEYWORDS: Insanity; Psychology; Public Policy; Citizenship.

1 INTRODUÇÃO

Quando pensamos hodiernamente na concepção de loucura, somos levados a relacioná-la à noção de organicidade, especificando-a no campo da doença mental. No entanto, essa perspectiva, embora seja consoante ao modelo biomédico, não é a única. Ela é apenas o resultado de diversas mudanças sócio-históricas vivenciadas. Por isso, o resgate histórico das diferentes concepções atribuídas à loucura é importantíssimo para compreendermos os temas contemporâneos da cidadania do louco.

Se na Idade Antiga, a loucura era tida como uma manifestação divina, depois, na Idade Média, ela é compreendida como um castigo divino, uma possessão demoníaca como uma punição pelos pecados e, também, como algo contagioso (Silveira; Braga, 2005; Silva; Brito, 2020). Tendo essa transformação no olhar sobre a loucura, os sujeitos loucos começam a ser aqueles que são indesejados e, por isso, novos modos de encará-los começam a ser pensados, como, por exemplo, afastando-os do convívio social, deixando-os em vilarejos distantes ou, então, lançando-os ao mar nas “Naus dos loucos” para que tivessem, a morte, como a única visita (Foucault, 2019).

Dadas mudanças sociohistóricas, não só cidades eram planejadas e sociedades mais complexas se constituíam, como os loucos começam a serem vistos como aquele que é imoral, não respeitando os princípios e valores sociais, uma vez que possuía uma impossibilidade de pensamento, uma desrazão (Barbosa, 2021). Em virtude disso, o louco vem a ser aquele que apresentaria um risco à sociedade e, por isso, precisava ser cerceado.

Nesse sentido, e junto ao fato da loucura começar a compor também o campo da pobreza (Pereira; Dobarro, 2021), os pobres, e aqueles que conferiam uma desordem social às civilizações (vândalos, profissionais do sexo, homossexuais, bêbados), eram considerados loucos e eram encarcerados em prisões públicas e asilos. Aqui, atravessados por todas essas concepções, já é possível percebermos os elementos que vão compor o estigma da loucura e do louco - tão presente nos dias atuais.

Com o desenvolvimento das ciências já na Idade Moderna, a loucura vira objeto de investigação da psiquiatria e, após passar do tempo, ganha uma nova concepção: a de doença mental, que é a concepção contemporânea. Conforme Pimentel e Amarante (2021, p. 257)

No findar do século XVIII, diante de condições de possibilidade, começa a operar uma nova racionalidade que culminará na reificação da loucura como doença mental, constituindo a terceira e durável forma de exclusão social do louco (...) assim, nasce a clínica psiquiátrica – que subordina o campo da loucura à medicina, transformando-o no campo da doença mental.

A ascensão e apropriação da medicina para com o estudo da loucura faz ganhar corpo uma necessidade já indicada nesse percurso histórico: a institucionalização do louco. Sendo assim, respaldado na cientificidade e racionalidade técnica à época, profissionais da medicina estimularam a criação de hospitais para o enclausuramento do louco, dando início às grandes hospitalizações ao redor do mundo e aos diversos tipos de violência sobre o sujeito louco.

Isso porque, apesar de vir com a prerrogativa de um tratamento e terapêutica, o que se tinha era o completo oposto: sem alimentação adequada, apenas restos de comida - quando se tinha -, não havia vestimentas para os internos, muitos dormiam em camas de palha, repletas de inseto (Moreira, 2021). Ademais, havia, diariamente, violências física, verbal, psicológica direcionadas aos internos e acometidas por médicos, enfermeiros, guardas; fora os procedimentos invasivos e dolorosos, envolvendo sangrias, choques, algemas, duchas frias prolongadas, por vezes chegando há 6 horas, fora o próprio isolamento social (Costa, 2003; Gonçalves, 2013; Silva; 2019).

Esse tipo de tratamento ofertado fazia com que a loucura e o sujeito louco ocupassem o lugar de objeto dentro das instituições: o tratar e investigar a loucura de qualquer modo fez com que a dignidade, o respeito e a humanidade dos sujeitos lá internados fossem imediatamente postas fora de cena. Isso, conseqüentemente, veio a ocasionar o que, Goffman (2008) e Barreto (1961) bem trazem ao dizer, respectivamente, do assujeitamento do Eu e da mortificação do Eu, onde o Eu é compreendido como o sujeito em sua totalidade, a singularidade e a subjetividade das pessoas eram mortificadas nos manicômios. A indiferença, o descaso, as humilhações e profanações por todas as vias sentidas pelos internos, não só limitavam como retiravam de cena a possibilidade do sujeito existir e, por isso, esse assujeitamento e mortificação.

Foi compreendendo esse completo horror que dúvidas se esse modelo manicomial era a melhor via de tratamento para os internos são suscitadas, inclusive pela comunidade de profissionais da saúde. Em meados da década de 1970, em especial no Brasil, o contexto precário

e desumano presente nas instituições psiquiátricas começa a ter mais notoriedade e denúncias, assim, surge-se os primeiros passos do movimento da Reforma Psiquiátrica, que reivindicava não apenas a desinstitucionalização da loucura e novos modos de cuidado para o sujeito louco, como também a transformação social do olhar para a loucura (Bueno, 2001).

A reivindicação para com essa mudança de olhar, a meu ver, revela-se como uma das mais singulares no movimento da Reforma Psiquiátrica. Isso porque, embora eu tenha feito este recorte histórico - não sendo possível desvelar a complexidade de tais acontecimentos e seus atravessamentos -, a minha ideia ao fazê-lo foi elucidar como, anterior à Reforma, o ser humano escolheu encarar as diferentes concepções da loucura de um modo muito semelhante.

A loucura e os sujeitos loucos, em todos os momentos históricos (talvez apenas em menor grau quando a loucura era vista como algo do divino) teve a exclusão, a segregação, a estranheza e o distanciamento como os únicos olhares possíveis frente à sociedade. E, com esses olhares, infelizmente não foi possível falarmos em uma existência livre e cidadã. Por isso, e pensando a partir da Reforma Psiquiátrica e as suas conquistas que nos são tão caras, o objetivo deste artigo é investigar como as experiências nos serviços substitutivos em saúde mental contribuem para a construção e vivência, legítima, da cidadania dos sujeitos loucos. Para isso, buscamos compreender as concepções de loucura em diferentes momentos sócio-históricos, os processos que dificultam a inserção do louco na sociedade e as potencialidades e desafios dos equipamentos e dispositivos da saúde que estão à serviço dos sujeitos loucos.

O desejo de pesquisar tal temática vem da experiência de uma das autoras como estagiária no Serviço Residencial Terapêutico (SRT), onde esteve por dois anos, entre 2022 e 2024. As residências terapêuticas fazem parte de uma série de serviços substitutivos que foram criados pelo movimento da luta antimanicomial brasileira contra a institucionalização desumana que ocorria em nos hospitais psiquiátricos e manicômios. Nesse sentido, elas são, além de uma possibilidade de moradia para aqueles sujeitos que por anos tiveram sua liberdade arrancada, um equipamento em saúde que visa a reabilitação psicossocial de seus moradores, o fortalecimento de vínculos e desenvolvimento de autonomia e protagonismo dos sujeitos.

Ao longo do percurso no SRT, muitos desafios foram vivenciados e, em razão disso, questionamentos como “Do que adianta um louco desinstitucionalizado, assistido, cuidado, com toda a integralidade que a saúde coletiva incentiva e aposta, se o entorno social não contribui para que sua existência seja autônoma e singular? Do que adianta derrubar os muros dos manicômios, se os muros da estigmatização social estão erguidos firmes e fortes?” foram importantes para conversarmos e sermos impulsionadas a investigar a questão problema (Os

processos de desconstrução da lógica manicomial têm acontecido ao longo do tempo; considerando que esse processo não é linear e apresenta contradições, como as experiências dos serviços substitutivos de saúde podem contribuir para a construção de intervenções psicossociais que visam a inserção do louco como cidadão?), junto aos seus atravessamentos.

A metodologia escolhida inicialmente foi a de revisão bibliográfica, seguida por registros de campo do estágio no SRT. No intuito de aprofundar as discussões, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais que trabalham na rede de serviços substitutivos do município de Belo Horizonte, MG. Para análise dos materiais, utilizamos a Análise de Conteúdo de Bardin (1997).

2 MÉTODO

Este artigo é fruto da pesquisa de monografia para a conclusão do curso de graduação em Psicologia na PUC Minas da primeira autora. Tal investigação se filiou às metodologias qualitativas (Flick, 2009) e a primeira estratégia metodológica utilizada foi a de revisão bibliográfica. Ela é imprescindível para a construção e desenvolvimento de um estudo científico, uma vez que “o pesquisador busca obras já publicadas relevantes para conhecer e analisar o tema problema da pesquisa a ser realizada” (Souza; Oliveira; Alves, 2021, p. 65). A segunda estratégia foi a incorporação dos registros de campo de própria experiência da primeira autora como estagiária de Psicologia no Serviço Residencial Terapêutico (SRT).

Finalmente, como última estratégia metodológica foram realizadas entrevistas semiestruturadas (Moré, 2015) com duas psicólogas e um psicólogo que trabalham no campo da saúde mental, especialmente nos serviços substitutivos, como o SRT, o Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e o Centro de Convivência e Cultura. O contato com os entrevistados se deu a partir de nossas circulações pela rede de saúde pública da cidade e também indicações de colegas da rede de saúde mental. Ao receber o aceite dos entrevistados, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após assinaturas, as entrevistas foram agendadas. Ao longo das entrevistas, buscamos compreender um pouco sobre a experiência dos entrevistados no campo da saúde mental, os avanços e desafios do campo e também de suas atuações, as limitações sentidas nos serviços substitutivos dado o retrocesso recente da Política Nacional de Saúde Mental e quais as perspectivas futuras.

Em razão de um tempo mais curto para a elaboração da investigação, visto que o trabalho de conclusão de curso deve ser realizado em um ano - sendo apenas um semestre para a execução da pesquisa em campo, julgamos, como método mais pertinente para analisar as

informações produzidas, a metodologia de Análise de Conteúdo (AC) à luz das propostas de Bardin (1997). Assim, contemplamos as três dimensões da análise: organização, codificação e categorização. A primeira fase é reservada para organizar os dados e entender o que fazer com eles. Na próxima fase, codificação, temos uma subdivisão entre unidade de registro e unidade de contexto. Por fim, a terceira fase se constitui na categorização, que consiste em juntar as informações relevantes e transformar as informações encontradas em categorias de análise, como observarão a seguir.

3 DISCUSSÕES E RESULTADOS

Ao analisarmos as informações produzidas, foi possível centralizá-las em duas categorias. Assim, apoiando-se em Bardin (1997), as categorias construídas foram “O louco na cidade: apresentando os serviços substitutivos” e “A construção da vivência cidadã dos loucos por meio de suas experiências nos serviços substitutivos”.

3.1 Descrição das entrevistadas

Em razão do tempo para a produção da monografia, material baste deste artigo, tivemos a oportunidade de entrevistar três profissionais da saúde que compõem a rede de serviços substitutivos em Belo Horizonte, MG. Nesse sentido, entrevistamos os profissionais Clarice³, Caetano e Liz e suas descrições estão na tabela a seguir:

NOME	Clarice	Caetano	Liz
IDADE	34	28	51
FORMAÇÃO	Psicologia	Psicologia	Psicologia
EXERCÍCIO PROFISSIONAL	Psicóloga no Centro de Referência em Saúde Mental (Cersam)	Referência Técnica do Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	Gestora do Centro de Convivência e Cultura
TEMPO DE EXPERIÊNCIA	Mais de 10 anos de exercício profissional. Foi, durante um ano, supervisora no SRT. Atua como Psicóloga por mais de seis anos no Cersam e passagem pelo Cersam AD. Além disso, está há oito anos como Assessora Técnica em Saúde Mental.	Mais de 5 anos atuando na rede de saúde mental de Belo Horizonte. Foi estagiário no SRT por dois anos, Acompanhante Terapêutico e Psicólogo Clínico por mais de um ano e Supervisor no SRT, por três anos.	Mais de 27 anos de experiência, já tendo atuado como Psicóloga Clínica em consultório particular, por quase dez anos como Psicóloga em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte e cinco anos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Contagem, MG.

³ Os nomes são fictícios para proteger a identidade dos entrevistados.

3.2 Categoria de análises

3.2.1 *O louco na cidade: apresentando os serviços substitutivos*

As iniciativas a favor de um tratamento que fosse fora dos manicômios orientaram o surgimento de novas práticas e discussões em saúde mental. Em 1989, o deputado federal, Paulo Delgado, apresentou o projeto de lei n. 3657, conhecido como Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica, que previa a extinção dos manicômios e a criação de novos serviços de atenção à saúde mental (Bueno, 2001). E, enquanto não se aprovava tal projeto, iniciativas e movimentos para a desinstitucionalização começaram a ser realizados em todo território nacional.

Houve um redirecionamento de diversas práticas para as iniciativas extra-hospitalares, como os hospitais-dias e noite (Prado et al., 2020). Por meio de portarias ministeriais 189/91, 224/92, foi possível a regulamentação e implementação, em todo país, dos Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) e Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), transformando e influenciando a criação de outros serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. A exemplo disso, temos a fundação dos Centros de Convivência e do SOS Louco, este último prestando auxílio jurídico e político aos egressos do sistema psiquiátrico (Amarante, 1998). Debates em congressos e conferências eram fomentados e realizados em diversos espaços a fim de elucidar a ineficiência do tratamento em manicômios e reivindicar a urgência de novos modos de cuidado para as pessoas em sofrimento mental.

Assim, após muitos embates e avanços, tanto no campo político quanto social, a lei da Reforma Psiquiátrica teve, em 2001, sua aprovação, instituindo a Política Nacional de Saúde e designando o novo modelo de tratamento aos pacientes com transtornos mentais: as práticas alternativas se expandiram e os serviços substitutivos começam a ocupar todo território nacional (Bueno, 2001). Além de estabelecer modelos extra-hospitalares, o que foi de grande valia, há nesta Lei a determinação de que o cuidado com as pessoas com transtornos mentais fosse exercido em liberdade, de modo a restaurar o direito ao convívio social, e não mais estando restrito unicamente nas alas psiquiátricas (Amarante, 1998). O aspecto humanizado e ampliado de cuidar e promover a saúde, afirma-se muito em virtude dos efeitos da Reforma Sanitária que destacava a atenção integral, com equipes multidisciplinares, a importância do território e responsabilização do cuidado, o que trouxe maior dignidade aos usuários dos novos serviços.

Como Clarice (Psicóloga do Cersam), participante desta pesquisa destaca:

o cuidado em liberdade é o ganho da reforma. Acolher em liberdade essas pessoas, eu acho que não tem nada melhor do que acolhida. A partir desse acolhimento você tem acesso a esse sujeito. Quando você acolhe bem o usuário, ele tem uma adesão melhor também ao tratamento, cria um vínculo com serviço, com você e ele acaba também se enxergando, se cuidando.

Nesse sentido, vamos dar início às apresentações de alguns dos serviços substitutivos ao manicômio que foram o foco do meu trabalho:

3.2.1.1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) / Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM)

Os CAPS, ou Cersam - como são chamados em Belo Horizonte, MG - são serviços de porta aberta que recebem usuários que estão em intenso sofrimento psíquico, principalmente quando estão em crise, podendo eles ficarem internados nos leitos reservados. Nesses modelos, que já estavam disponíveis há mais de 10 anos antes da Lei da Reforma Psiquiátrica, buscava-se “acolher, (re)inserir este sujeito [em sofrimento mental] na sociedade, envolvendo a comunidade e a família no tratamento” (Goze et al., 2019, p. 279).

Os CAPS já vinham desenvolvendo em suas práticas uma lógica de funcionamento territorial, na qual a oferta do equipamento de cuidado se dava no próprio território onde o sujeito vive e constrói sua identidade. A importância da territorialização, não como espaço geográfico, mas enquanto espaço de circulação de afeto, parceria e de pertencimento subjetivo, é reafirmada por Clarice quando nos lembra que

a reforma psiquiátrica é para, além da extinção dos muros, da extinção dos hospitais psiquiátricos, a reforma é você está ali no dia a dia, lutando para que aqueles sujeitos de fato tenham uma reinserção na sociedade, para que eles possam ter esse tratamento em liberdade. Essa construção junto com o território é muito importante para que eles não sejam excluídos, como foi a história porque a gente sabe muito bem como que aconteceu.

Essa lógica de cuidar e promover saúde junto ao território foi um norteador importante ao criar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Instituída em 2011 pela Portaria n. 3.088 (Brasil, 2011), ela representou um avanço das ações da Política Nacional de Saúde Mental e tinha, como um de seus objetivos, aumentar os pontos de atenção à saúde, não somente para os usuários dos serviços em saúde mental, como também aos usuários com dependência química.

Esse desejo de ampliação se deu por meio da criação do Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas (CAPS AD). Desse modo, atualmente, RAPS é composta por serviços e equipamentos como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral em Hospitais Gerais e nos CAPS III (Brasil, 2011; Moreira; Onocko-Campos, 2017; Vale, 2019).

Desde o início das iniciativas de cuidado, os usuários são chamados a ocupar o protagonismo de suas existências, não ficando passivos em seus leitos aguardando a administração da medicação e sendo submetidos ao poder médico e institucional. Segundo Bueno (2001) evidencia, os usuários nos CAPS são estimulados a participarem de oficinas terapêuticas, convocados à sociabilização e, assim como eles, seus familiares também são incentivados a participar do tratamento e de muitas atividades oferecidas nesses serviços, como festividades em datas comemorativas, palestras e oficinas coletivas. Tudo isso, no intuito de desenvolver uma apropriação dos usuários em relação a si mesmo e ao seu tratamento e possibilitar a construção de sua autonomia.

Nos Cersams de Belo Horizonte, por exemplo, o desenvolvimento de oficinas é de grande valia para as equipes de profissionais e, Clarice, conta-nos com orgulho os efeitos produzidos por intermédio das oficinas:

nos CERSAMs a gente tem inclusive oficinas de artesanato...eles fazem trabalhos, assim, excelentes! Não só de artesanato, mas de pinturas sensacionais, constroem músicas, fazem outros objetos e vão desenvolvendo outras habilidades, que envolve também essa questão manual. E o melhor, que é bem legal, é que o dinheirinho arrecadado de suas produções são deles e para eles - fruto do empenho e do trabalho deles! Isso nos ajuda a trabalhar a questão de autonomia, empoderamento e protagonismo frente a suas próprias histórias e contextos, e eles percebem isso.

A potencialidade desses momentos é percebida na adesão e implicação dos usuários não só de seus tratamentos como também na resgate de suas vidas! Por isso a importância de tais espaços.

3.2.1.2 *O Serviço Residencial Terapêutico (SRT)*

Durante a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, a importância dos “lares abrigados”, para receber as vítimas dos manicômios que não tinham um aporte familiar nem social para ampará-los, foi salientada (Brasil, 2004). Desse modo, mediante à Portaria n.º 106/2000, do Ministério da Saúde, foi possível a criação do Serviço Residencial Terapêutico

(SRT), estando este ligado ao Sistema Único de Saúde. O SRT, ademais, tornou-se uma alternativa de reduzir os leitos psiquiátricos e, assim, realocar os recursos financeiros, haja vista a transferência dos egressos dos hospitais psiquiátricos para as residências terapêuticas (Brasil, 2017).

Dando sequência, para além da garantia de um espaço adequado de moradia, o SRT, que está vinculado aos CAPS (Brasil, 2004), é um espaço de cuidado que considera a singularidade de cada morador e constrói, junto dele, ações de inserção em todos os âmbitos do território, não só na rede de serviços em saúde mental, como também nas ações e relações sociais existentes na comunidade, e está vinculado. Há dois tipos de SRT, o tipo I acolhe moradores que estão em processo de desinstitucionalização que não possuem tanto comprometimento físico, cognitivo, contendo um nível de complexidade menor, enquanto o tipo II é composto por moradores que ficaram grande parte da vida institucionalizados, apresentando, assim, maior grau de dependência, necessitando de cuidados permanentes (Brasil, 2017).

Sobre o SRT, Caetano, que durante seu percurso profissional já teve a oportunidade de ser supervisor de uma residência terapêutica, relata que, por meio desse serviço, há a:

oferta e a possibilidade de sair de casa, não só de circular pelo bairro como também de circular nos outros serviços, como no centro de convivência - às vezes ele não vai topiar, mas às vezes ele vai. A questão é que ele pode, pode escolher ir ou não ir algum momento. Ter uma casa foi o primeiro passo porque, se você tem casa, você pode sair, pode circular e, sem isso, não dá pra falar de autonomia e de liberdade.

O que o relato de Caetano nos evidencia é muito interessante para se pensar a liberdade no cuidado, pois, os serviços substitutivos aos manicômios são serviços de porta aberta, que se abrem para o cuidado do louco na cidade, em seu território. Se apropriar do local em que vive é também circular por ele, construir laços com a comunidade, vivenciar conflitos inerentes às relações, escolher e ocupar os espaços que são de interesse de cada um dos sujeitos. Como estagiária de Psicologia neste serviço público, posso perceber no dia a dia como a autonomia é conquistada e reconquistada em cada uma dessas saídas. A autonomia, inclusive, não é algo fechada em si mesmo, que se desenvolve subjetivamente e pronto; ela é construída no caminhar de cada morador, em cada espaço que ele se dispõe a estar, a reivindicar e, portanto, se apropriar. E, embora esse movimento não seja fácil, uma vez que é atravessado por pessoas que ainda enxergam a loucura com estranheza e ameaça, é imprescindível que ele aconteça.

3.2.1.3 Centros de Convivência e Cultura

Os Centros de Convivência e Cultura são espaços onde ocorrem muitas produções e sociabilização entre os usuários dos serviços em saúde mental. Além disso, seus projetos são pensados no intuito de aumentar e fortalecer tanto o vínculo entre eles, usuários, quanto entre seus familiares e toda comunidade. Por meio das oficinas, como de artesanato, pintura e música, dos momentos de lazer, idas aos parques públicos, teatros e cinema, das ações políticas, participação em palestras, fóruns e outros eventos fora do espaço dos centros, os usuários vão aos poucos desenvolvendo seu protagonismo social (León-Cedeño; Mantovanelli Ortolan; Bonafé Sei, 2017).

Outrossim, as atividades nos Centros de Convivência e Cultura não cessam apenas nessas com o foco no coletivo; um dos projetos que compõem o Centro de Convivência em Belo Horizonte, MG, por exemplo, é a inserção dos usuários no mercado de trabalho, pois compreendem que essa também é uma via de inclusão social e conquista de autonomia e protagonismo. Caetano, ao discutir essa questão, ressalta a importância disso:

o centro de convivência oferta a possibilidade de trabalho, faz a ponte com instituições parceiras e talvez até locais próximos ao território dos usuários e etc (...) precisamos investir mais nisso para então promovermos uma autonomia e deixar com que eles se coloquem, efetivamente, aos olhos do restante da sociedade que insiste em não enxergá-los. Elas precisam de espaço para mostrarem que dão conta, porque eles dão conta.

Embora estejam na RAPS, compondo a rede de serviços substitutivas ao manicômio, os Centros de Convivência e Cultura possuem um trabalho diferente, uma vez que suas ações são pautadas na ocupação dos espaços da cidade por parte das pessoas em sofrimento mental (Alvarez; Silva; Oliveira, 2016). A ideia, inclusive, é contribuir para a desconstrução da representação social da loucura, pois entende-se que hoje o estigma do louco, como aquele que representa perigo para a sociedade, ainda existe. Por essa razão, a apropriação da cidade é algo tão caro para os atores deste serviço!

Além dessa perspectiva, Liz (Gestora do Centro de Convivência) comenta que

a primeira coisa que eu acho de uma função e que o Centro de Convivência opera é com a família, sabe Maria Eduarda?! É uma relação muito importante para nós porque, as famílias, assim... dão um feedback, por vezes, muito rápido! Elas são as que percebem as primeiras melhoras (...) inclusive, são eles, os familiares, que ao perceberem esse afastamento do usuário, procuram nossa ajuda e procura incentivá-los também. [Por isso] eu sempre tive uma clareza da importância de a gente cuidar das famílias dos nossos pacientes graves!

Em sua experiência, Liz observa o que, em outros serviços, também já foi percebido: a participação da família tem ganhos positivos na adesão e avanço nos tratamentos das pessoas em sofrimento mental. Clarice, conta-nos uma experiência muito rica que corrobora com essa percepção

temos um caso [no CERSAM AD] bem interessante, assim... Tem uma usuária que, quando eu entro no CERSAM, ela não tinha contato com a mãe há mais de 2 anos assim e, agora nesse finalzinho, eu já consigo fazer com que a mãe vá ao serviço visitá-la 1x por semana e, como ela - a paciente - está muito investida, no dia que a mãe vai, ela não faz uso de droga. Então ela chegava, um pouco abstinente, às vezes passando mal e aí a gente dava uma medicação para ficar bem... Mas olha, pelo compromisso de receber a mãe, ela não usava nenhuma substância a fim de estar bem no dia seguinte para vê-la. Então, olha só o efeito dessa aproximação!”

A conquista do cuidado em liberdade, pela luta da Reforma Psiquiátrica, mostra-nos como o tratamento avança quando os sujeitos não são trancafiados em hospitais, privados de contato social, inclusive o familiar. O vínculo familiar se apresenta potente desde as primeiras saídas dos manicômios, quando no período pós-Guerra, em razão da falta de mão de obra e da realidade lastimável da Europa, libertaram os internos e eles retornaram para o convívio de suas famílias. Le Guillant (2006) discute sobre esse período em seu trabalho a respeito da Psicopatologia Social e critica as internações prolongadas. Isso acontece, principalmente, porque ele constatou a melhora significativa na condição das pessoas em sofrimento mental, antes consideradas “pacientes crônicos”, ao retornarem para suas famílias e, também, para as atividades laborais.

Em virtude disso, cuidar da família e fortalecer os vínculos pré-existentes entre os usuários e seus familiares é um trabalho muito valioso dentro dos serviços substitutivos em saúde mental. Apesar de todos os desafios, como os que discutirei a seguir, é imprescindível que a família seja convocada a participar, não só das etapas de tratamento como também de toda a luta antimanicomial e seus significados, sentidos individual e coletivamente.

3.2.2 A construção da vivência cidadã dos loucos por meio de suas experiências nos serviços substitutivos

Pensar no processo da cidadania para o sujeito louco, é lembrar toda a complexidade histórica da loucura e dos modos como a humanidade a encarou por tantos séculos. O manicômio na Modernidade, por exemplo, ao se respaldar nos modelos hospitalares e na cientificidade para o tratamento da loucura “não fez mais que pegar as pessoas indesejáveis e compri-

mi-las nas instituições, numa espécie de morte civil” (Basaglia, 1979, p. 20). Sendo assim, não há como iniciar a discussão sobre os caminhos para a conquista da cidadania se não houver esse resgate sócio histórico, intencionalmente feito no capítulo inicial deste trabalho e que será de grande valia neste momento.

O processo de desinstitucionalização é muito complexo pois precisamos nos atentar ao fato de que, como Goffman (2008) nos expõe, a institucionalização longa nos manicômios e também hospitais psiquiátricos traz uma série de prejuízos cognitivos e sociais ao sujeito que a ela foi submetido. Nesse sentido, a saída desses espaços vai convocar essas pessoas a encontrar, ou reencontrar, maneiras de ser e estar no mundo, procurando expressar sua própria subjetividade na sociedade (Basaglia, 1979). E, tudo isso, trará efeitos na construção de caminhos possíveis para que os loucos conquistem sua cidadania, afinal, ao pensarmos na cidadania é importante termos em mente que ela se dá enquanto garantia e promoção dos direitos sociais, civis e políticos que conferem ao sujeito o sentimento de pertencimento à cidade, vindo junto todos os impasses e possibilidades existentes na circulação urbana (Silveira, 2000).

Os serviços substitutivos em meio a toda luta antimanicomial transformaram-se, desse modo, em espaços potentes para a construção desses percursos. Isto é, muito mais que uma alternativa de cuidado extra-hospitalares, os serviços substitutivos se tornaram um espaço de resistência, corresponsabilização e participação entre profissionais e usuários para que, juntos, fosse possível efetivar meios dos sujeitos loucos pudessem, cada vez mais, apropriar-se de sua existência, de seu protagonismo e, portanto, de sua cidadania. Os atendimentos individual e coletivo, as oficinas, encontros de usuários e de famílias realizados, bem como as saídas ofertadas, seja nos CAPS e Centros de Convivência, seja nos SRTs e demais serviços, fazem com que o sujeito ressignifique seu olhar a respeito de si mesmo, das outras pessoas e do mundo; novas relações se constroem e a reinserção social, paulatinamente, acontece.

A respeito das saídas ofertadas, Clarice comenta

por vezes, os levamos ao cinema, a um passeio no shopping, vão conhecendo os parques... E fazemos viagens, né? Assim, já fomos para a praia, já tivemos oportunidade de acompanhar os usuários para praia, já fomos, inclusive, para Brasília fazer manifestação, o que foi muito importante para dizer e mostrar, para eles e para a sociedade, que são cidadãos - e mais - para além de serem cidadãos, eles são sujeitos políticos também! É preciso que eles possam ter essa dimensão! E fazer essa inserção mesmo, né?

Esse deslocamento do sujeito, enquanto usuário de um serviço em saúde, para um sujeito político que, mais que incentivado, é convocado a ocupar esse lugar, torna-se um caminho fértil para a vivência da cidadania, na medida em que os chama para a atividade e para a

implicação e responsabilização subjetivas. Ademais, a mediação frente à locomoção desses usuários feita pelos serviços é o que, muitas vezes, vai permitir a construção de suas relações com a cidade, tendo em vista a realidade frágil de suas condições socioeconômicas.

Seguindo, então, essa perspectiva Clarice salienta que

as intervenções de saída são pensadas como modo de desenvolver o senso de sujeito político e de cidadão porque o que desejamos também é que os usuários consigam acessar todos os campos da vida social (...) a gente está produzindo, ali [nos SRT, Cersam, Cersam AD e Centros de Convivência], espaços para que a autonomia e o protagonismo sejam desenvolvidos. É importante, inclusive, escutá-los para empoderá-los pois, a partir da concepção que ele tem de si, ele vai conseguir se relacionar com os outros, né? Essa é a maneira que a gente produz o projeto terapêutico e faz as nossas intervenções.

O desenvolvimento do empoderamento, nos serviços substitutivos, é enxergado como uma maneira de convocar os usuários para a responsabilização de suas existências. O empoderamento, a propósito, é um princípio implícito na Política Nacional de Saúde Mental brasileira entendido como um “instrumento de reinserção social, autonomia e promoção da saúde mental” (Alves; Oliveira; Vasconcelos, 2013, p. 53). Esse movimento de resgatar e desenvolver o empoderamento, junto ao protagonismo, dos usuários é imprescindível para se pensar a conquista da cidadania dos sujeitos loucos pois, embora os direitos civis e políticos brasileiros, mesmo que ainda frágeis, estejam melhores assegurados devido às mudanças em documentos oficiais, criação de políticas públicas e reivindicações da Reforma Psiquiátrica, ainda há muito o que se fazer. O louco poder exercer seu direito social, por exemplo, no que diz respeito à participar da herança cultural de seu território, ainda é um desafio e tanto, principalmente em razão do estigma da sociedade frente à loucura.

Todavia, é lindo poder observar em minha prática profissional que as dificuldades no percurso não têm paralisado o sujeito louco. Ele vem, constantemente, movimentando-se para exercer sua cidadania, especialmente por meio das experiências nos serviços substitutivos que, em suas práticas, têm servido como motor para a conquista da cidadania do louco. Na residência terapêutica em que faço estágio, por exemplo, há um morador que circula no território como ninguém. Faz suas parcerias, seus laços com a vizinhança, quando tem conflito, por vezes, resolve por si mesmo e, quando não consegue, pede nossa ajuda e, assim, ele vai vivendo, criando e se apropriando de sua existência e cidadania.

Essa movimentação do morador da residência terapêutica parece traduzir a concepção de Caetano quando ele diz que “tem algo que é da liberdade e que o SRT aprende muito com

isso. Eu falo que o preço da liberdade é isso... isso vai fazer parte da loucura da cidade. A cidadania também é aprender a lidar com a cidade e fazer o laço!”.

O fazer laço com a cidade não ocorreria sem o incentivo do empoderamento e protagonismo nos usuários. É preciso que nós, profissionais da área da saúde, possamos refletir criticamente e cotidianamente a nossa prática a fim de não deixar que ela se torne uma via opressora de tutela, onde nós colocamos sobre os usuários, e sem considerá-los, aquilo que nós consideramos, aparentemente, ser o melhor para eles. O louco foi silenciado por tanto tempo e de tantas formas que, validar seu espaço, sua fala e sua história também é dizer de cidadania. Precisamos, de acordo com Caetano,

entender que eles dão conta de falar por eles, que essas pessoas em sofrimento mental podem e devem falar por elas porque são elas que sabem da história delas. E isso às vezes vai ser difícil porque a gente fica nesse lugar de cuidar, cuidar e cuidar, de achar que a gente é que vai saber o que é melhor para essas pessoas, mas às vezes não! Elas vão encontrar as próprias saídas né.

Tal entendimento e consciência de nossa posição frente ao cuidado e desenvolvimento do sujeito louco se faz imprescindível para a potencialização da existência desse sujeito, principalmente no que diz respeito a sua própria relação e apropriação dos espaços da cidade. É vê-los como potência e os estimular nas práticas, individuais e coletivas, de promoção à saúde que permite a eles o desenvolvimento de sua autonomia e de um maior senso de responsabilização frente sua vida e, também, de seu tratamento. Afinal, a responsabilização também faz parte do ser cidadão pois, cidadania não implica somente direitos, mas sim deveres. Para Liz,

a questão da cidadania passa pela circulação cidadã, pela circulação na sociedade, sim, mas ela não é só de um lado. Eu entendo a cidadania como a gente como autonomia e a responsabilização por nós mesmos! Então a gente vai mostrando para eles que a cidadania é conquistada. A gente se coloca como cidadão.

Essa concepção de Liz sobre a cidadania guia sua prática na direção da implicação subjetiva dos usuários do Centro de Convivência na medida em que, constantemente, estimula e relembra aos sujeitos que, para exigir por algo, é preciso que eles também façam sua parte naquilo que lhe cabe. Desse modo, antes de pensar na conquista da cidadania nas dimensões macro, as atividades do Centro de Convivência buscam trabalhar as dimensões micros do convívio e do agir cotidianos, nos pequenos espaços ocupados por eles em seu dia a dia, como os equipamentos de saúde, comércios, praças e parques.

Nesse sentido, ao avançar nas dimensões micros da cidadania, bem como na responsabilização subjetiva dos usuários, a possibilidade de trabalhar as dimensões macros, não so-

mente nos centros como também nos demais serviços, torna-se possível. Isto é, a partir do maior engajamento dos sujeitos, dizer sobre política, retomada dos estudos e trabalho, quando percebidos como desejo dos usuários, vem a ter efeitos mais potentes em suas vidas. Por isso, Liz conclui que “os serviços substitutivos vêm para contribuir com a conquista cidadã dos usuários”.

Podemos dizer, portanto, que ao desenvolver tais questões dentro dos serviços substitutivos, a autonomia dessas pessoas começa a ganhar corpo na participação desses sujeitos na vida da cidade, inclusive na vida política, com incentivo às suas participações em fóruns, congressos e manifestações.

Segundo Caetano,

é muito importante que os usuários, junto a seus familiares e os profissionais de saúde participem do SUS, porque “a gente” é um coletivo, então a gente precisa dessa participação. Eu acho que a conferência é um espaço extremamente democrático porque tem os gestores, os trabalhadores, os usuários, os familiares... Todos juntos dialogando, reivindicando e propondo melhorias e avanços. É com esse coletivo que a gente vai conseguir construir políticas, e políticas de cuidados, sabe?

E essa mentalidade é compartilhada também com os demais profissionais entrevistados. Clarice e Liz, ao longo da entrevista, disseram da importância desse movimento dos serviços no que diz respeito aos projetos de encontros, reuniões e saídas junto aos familiares, no intuito de potencializar essa participação e, assim, empoderar os atores desse processo e reafirmar a valoração de suas histórias como agentes de mudança.

Para Liz, enquanto profissionais da saúde desses serviços,

precisamos sempre pontuar que esses são os espaços que eles possuem para reivindicar seus direitos, há o incentivo para que eles vão em busca desses direitos, e também cumprir, porque estar nesses locais, é também uma forma de exercer, realmente, e de se apropriar, cada vez mais, desses espaços enquanto cidadão, né?

Desse modo, podemos pensar em uma certa qualificação da circulação que os serviços substitutivos ajudam a promover, principalmente frente aos desafios, estigmas e preconceitos que as pessoas em sofrimento mental graves ainda enfrentam na sociedade, e que vai fundamentar alguns dos caminhos para o exercício da cidadania desses sujeitos. Isso porque, o que se defende desde a Reforma Psiquiátrica Brasileira é o direito à cidadania, o direito à circulação e, portanto, o direito de existência na cidade.

Em outras palavras, as saídas oferecidas nos CAPS, Centros de Convivência e no SRT, junto às diferentes práticas que vão compor o Projeto Terapêutico Singular de cada usuário

desse serviços, vão no encontro de criação de vínculo e de relação com a cidade. A importância das experiências dos usuários nos serviços substitutivos, para que seja possível uma maior inserção social parte, inclusive, da compreensão de que, muitas vezes, esse movimento não poderá ser inicialmente realizado, de maneira solitária e/ou apenas com a família, pois a dinâmica e o vínculo familiar também ficam fragilizados mediante o diagnóstico - como já discutimos.

Por essas e outras razões, os serviços de porta aberta podem se apresentar como motores para que os sujeitos resgatem e fortaleçam seus vínculos sociais e familiares. É por meio de suas vivências nesses espaços, que surtem efeito dentro e fora deles, que as pessoas vão tecendo novos modos de se enxergar e de colocar no mundo, uma vez que os equipamentos e dispositivos de saúde são, ali, mediadores dos processos. O tom, quem vai dando é o usuário, por meio de sua implicação e responsabilização subjetiva, que vão permitindo o desenvolvimento de sua autonomia e empoderamento que, aos poucos, vão se traduzindo no protagonismo e cidadania.

E, ao trazer isso para o debate, - gostaria de deixar claro - não estou negando os desafios, limitações e responsabilizações que cabe a nós, enquanto sociedade, de promover um espaço mais acolhedor, pelo contrário. Ao dizer desse tom construído pelos sujeitos, minha intenção é dizer da potência que existe nos usuários, apesar do sofrimento mental. Os loucos, não apenas são os agentes de transformação, como também produzem muito, mostrando, a todo instante, que dão conta e que desejam fazer parte da vida em comum. Não à toa, vem criando os caminhos para tal, seja pela realização do enfrentamento social, habitando a cidade, seja pela criação de laços com o território, apesar dos desafios, seja pela via política, enquanto sujeitos políticos, exigindo seus direitos, mas também os cumprindo. Tudo isso, no intuito de que, cada vez mais, suas posições como cidadãos sejam, enfim, legitimadas - e cabe, a nós, favorecer, incentivar e potencializar esse percurso.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexa história de como a humanidade encarou a loucura por tantos séculos deve ser contada, e resgatada, em nosso meio social para que possamos não a repetir e, também, para podermos avançar nas discussões. Isso porque o presente e futuro, para melhor serem construídos, requer de nós o movimento de reflexão sobre as experiências anteriores. Nesse sentido, a história das concepções e tratamentos da loucura, dos movimentos sociais brasileiros, que resultaram na criação de políticas públicas em saúde, trazem subsídios a elaboração

das necessárias avaliações processuais e reformulações de políticas de saúde e de nossas práticas, para que possamos avançar na garantia e defesa dos direitos de cidadania do sujeito louco. E é, pensando no cenário atual de desmonte das políticas públicas, que tal movimento se faz ainda mais necessário.

O desenvolvimento de novos modos de cuidado, é imprescindível para os serviços de saúde, guiados pela ética, reconhecimento e respeito pelos usuários e trabalhadores/as. Embora o aprimoramento técnico seja um ponto importante para se promover saúde, esse não pode ser o único viés para se estabelecer o cuidado, pois, há um sujeito no processo que deve ser levado em consideração e deve ser escutado. A escuta, principalmente no caso das pessoas em sofrimento mental, é essencial para a prática do cuidado, uma vez que tais sujeitos já foram silenciados e violentados de todas as formas possíveis; e nós, sociedade e Estado, temos uma dívida para com eles, que exige a formulação de ações afirmativas, que favoreçam a inclusão social.

Precisamos, portanto, avançar bastante no que diz respeito ao cuidado e também à inclusão social das pessoas em sofrimento mental. Pois, apesar dos manicômios estarem sendo fechados, os muros imaginários, que reproduzem estigmas, segregação, exclusão e violências, ainda estão erguidos na sociedade, impedindo a existência livre desses sujeitos. Não à toa, ao escutarmos os profissionais, percebemos as diversas queixas dos mesmos a respeito de falta de estrutura, física e de pessoal, para poderem desempenhar seus trabalhos e promover um melhor cuidado aos usuários e de falta de valorização profissional. O ínfimo investimento dentro desse campo da saúde nos evidencia o que, no campo social, também é percebido: A loucura continua ocupando um lugar de desdém no corpo social e isso impacta a qualidade de circulação e de vida dessas pessoas. Somos, assim, convocados a refletir criticamente e construir, juntos, caminhos para que a transformação social ocorra nos espaços da cidade.

Este trabalho, por fim, representa um desejo de resgatar a história brasileira e reafirmar sua importância e seus avanços, sem deixar de problematizar os seus retrocessos a fim de pensarmos meios para superá-los. Desejamos que este artigo possa incentivar novas investigações sobre a temática e contribuir com fazeres inventivos em rede na saúde pública.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Ariadna Patricia Estevez; SILVA, Jessika Oliveira; OLIVEIRA, Ana Caroline de Moraes. Centro de convivência e cultura: diálogos sobre autonomia e convivência. ECOS: Estudos Contemporâneos da Subjetividade, Campos dos Goytacazes, RJ, v. 6, n. 1, p. 5-19, jun. 2016.

ALVES, Tarcísia Castro; OLIVEIRA, Walter Ferreira de; VASCONCELOS, Eduardo Mourão. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 51-71, 2013.

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

BARBOSA, Bruno Daemon. *Sobre a História da Loucura: aspectos metodológicos e historiográficos em Michael Foucault*. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1997.

BARRETO, Lima. *O cemitério dos vivos: memórias*. 2. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1961.

BASAGLIA, Franco. *A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática/Conferências no Brasil*. São Paulo: Brasil debates, 1979 (Ciência e o homem, 1).

BUENO, Austregésilo Carrano. *Canto dos malditos*. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 08 de set. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 08 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 07 set. 2023.

COSTA, Augusto César de Farias. *Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. In: **MINISTÉRIO DA SAÚDE, Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

FLICK, Uwe. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, Bookman, 2009. vi, 405 p. (Biblioteca Artmed. Métodos de pesquisa). ISBN 9788536317113.

FOUCAULT, Michel. História da loucura na idade clássica. 12. ed. São Paulo: Perspectiva, 2019. (Coleção Estudos, 61).

GOFFMAN, Erving. Manicômios, Prisões e Conventos. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GONÇALVES, Monique de Siqueira. Os primórdios da Psiquiatria no Brasil: o Hospício Pedro II, as casas de saúde particulares e seus pressupostos epistemológicos (1850-1880). Revista Brasileira de História da Ciência, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 60-77, 2013.

GOZE, Tudi et al. A fenomenologia como base epistemológica e ética do movimento desalienista na França e no Brasil. Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies, v. 25, n. 3, p. 274-281, 2019.

LE GUILLANT, Louis. Introdução a uma psicopatologia social. In: LIMA, Maria Elizabeth Antunes (org.). Escritos de Louis Le Guillant: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho. (Guilherme Teixeira, trad.). São Paulo: Vozes, 2006. p. 23-74.

LEÓN-CEDEÑO, Alejandra Astrid; MANTOVANELLI ORTOLAN, Maria Lúcia; BONAFÉ SEI, Maíra. A convivência como promotora de saúde mental: aproximações entre a Associação Ciranda da Cultura e os serviços de Centros de Convivência. Saúde & Transformação Social / Health & Social Change, vol. 8, núm. 1, p. 129-137, 2017.

MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. A “entrevista em profundidade” ou “semi estruturada”, no contexto da saúde. Investigación Qualitativa em Ciências Sociais//Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales//, vol 3, p. 126-131. Atas CIAIQ2015.

MOREIRA, Juliana Maria Brandão. Arqueologia da loucura: narrativas alternativas, cultura material e história do Hospital Colônia de Barbacena. 2021. Tese (Doutorado em Antropologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

MOREIRA, Maria Inês Badaró; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. Saúde e Sociedade, v. 26, n. 2, p. 462-474, 2017.

PEREIRA; Eliane Cristina Rezende; DOBARRO, Sérgio Leandro Carmo. Uma análise do tratamento dispensado à loucura no Brasil sob a perspectiva dos direitos humanos. In: DIAS, Laércio Fidelis; ALONSO, Ricardo Pinha; JUNIO, Ricardo Bispo Razaboni. Novos Direitos na Contemporaneidade. São Paulo: Cultura Acadêmica Editora, v. 1, 2021.

PIMENTEL, Ana Paula; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. A ordem do discurso psiquiátrico: saber, poder, verdade e produção de exclusão social. Mnemosine, v. 17, n. 2, p. 250-563, 2021.

PRADO, Felipe Kaê Martins et al.. Acompanhamento terapêutico e intervenção em rede como estratégia na atenção psicossocial. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. 1, p. 1-7, 2020.

SILVA, Joelma Correia da. BRITO, Amanda Ramalho de Freitas. A construção da loucura no conto miopia progressiva. *REVEXT - Revista De Extensão Da Universidade Estadual De Alagoas - UNEAL*, v. 5, n. 1, p. 89–97, 2020.

SILVA, Juscelino Junio Honorato da. As violações aos Direitos Humanos nos tratamentos psiquiátricos da antiguidade e sua integração na atualidade. Monografia (Bacharel em Direito) - Núcleo de Trabalho de Curso da UniEVANGÉLICA, Anápolis, 2019.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 13, n. 4, p. 591-595, 2005.

SILVEIRA, Renato Diniz. Cidadania do Louco: Da utopia à possibilidade. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

SOUZA, Angélica Silva; OLIVEIRA, Guilherme Saramago; ALVES, Laís Hilário. A pesquisa bibliográfica: princípios e fundamentos. *Cadernos da Fucamp*, vol. 20, n. 43, p. 64-83, 2021.

VALE, Carlos Henrique Felipe Pereira. Saúde mental no Brasil e os desafios da gestão em saúde: uma revisão narrativa da literatura. Monografia (Especialista em Gestão Pública em Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.