

Políticas em saúde mental: o que vem sendo produzido?

Policies in mental health: what has been produced?

Camila Mariani Silva; Ariane Patrícia Ewald

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

RESUMO:

No Brasil, a partir dos anos 70, percebemos uma crescente mobilização por parte dos trabalhadores em saúde mental e de familiares de usuários de serviços psiquiátricos em prol de modificações na assistência aos que passam pela experiência da loucura. O projeto de lei 3.647/89 do Deputado Paulo Delgado propunha a saída dos internados dos hospitais psiquiátricos, promovendo a extinção progressiva dos manicômios. Em 2001, foi aprovado um substitutivo a este projeto, a lei 10.216, dispondo sobre os direitos de portadores de transtornos mentais. Mesmo não contemplando integralmente o projeto inicial, esta lei e outras políticas públicas em saúde mental têm avançado na implementação de serviços substitutivos ao internamento asilar, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). As atividades, o convívio com os internos e demais serviços substitutivos levaram à implementação de residências para egressos de hospitais psiquiátricos antes mesmo da aprovação da lei em âmbito nacional e da Portaria Ministerial nº 106/00, que regulamenta os Serviços Residenciais Terapêuticos. Em Campinas/SP, por exemplo, a primeira residência para pacientes psiquiátricos foi inaugurada em 1991. O processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro visa a desinstitucionalizar a loucura, ou seja, a extinguir a lógica manicomial vigente, mesmo fora dos muros asilares. Nesse sentido, não basta acabar com os manicômios; é importante trabalhar no sentido de permitir que os loucos transitem e utilizem espaços outrora a eles proibidos: parques, ruas, lojas, etc, ou seja, desmanchar todo e qualquer preconceito e isolamento em relação aos que passam pela experiência da loucura, desmontando também os “manicômios invisíveis”.

Palavras-chave: loucura; reforma psiquiátrica; serviços residenciais terapêuticos.

ABSTRACT:

In Brazil, since de 70's, mental health workers and relatives of users of psychiatric services have raised such a mobilization in behalf of changes concerning the assistance for those who experience insanity. Paulo Delgado's law project number 3.647 from 1989 proposed the exit of people who are interned in psychiatric hospitals, promoting the progressive extinction of mental institutions. In 2001, the law number 10.216 was approved, quite different from the original project by Paulo Delgado, which rules on the rights of people with mental disturbance. This law and some others mental public policies in mental health have pushed forward the implementation of substitutive services to the asylum, such as the Psychosocial Attention Centers (CAPS) and the Therapeutic Residential Services (SRT). The everyday activities with those who are mentally ill and the success of others substitutive services led to the implementation of residences for people who lived in psychiatric hospitals, even before the national approval of the law and of the Therapeutic Residential Services. In Campinas, a city of São Paulo, for example, the first house for psychiatric patients was inaugurated in 1991. Brazilian Psychiatric Reform process attempts to desinstitutionalize insanity, which means, to extinguish the logic of institutionalization, even outside the walls of the asylums. Therefore it is not enough to end mental institutions; it is important to work to allow “crazy people” to go around and use the spaces formerly forbidden to them, such as: parks, streets, stores, etc, that means, destroy each and every prejudice and isolation towards those who experience insanity, erasing also the “invisible asylums”.

Key words: insanity; psychiatric reform; therapeutic residential services.

Este artigo discute a noção de loucura e suas mudanças ao longo da história. Nesse sentido, trazemos algumas das reformas na assistência psiquiátrica e certas propostas atuais no campo da saúde mental.

A loucura tem assumido diversos sentidos ao longo da história. Até meados do século XVII, não era considerada negativo da razão, tampouco excluída do convívio social. A loucura, até então, “faz parte do cenário e da linguagem comuns, é para cada um, uma experiência cotidiana que se procura mais exaltar que dominar” (FOUCAULT, 1975: 79).

A partir deste momento, Fé e Razão entram num embate pela busca do conhecimento verdadeiro e absoluto sobre a vida e o mundo. A Razão agora é que dita as regras e aponta para a verdade. Com isso, a loucura passa a ser considerada falta de razão, seguindo o modelo cartesiano: se não há razão, não pode haver pensamento. Portanto,

não há espaço para a loucura, pois ela é não-razão, é Desrazão. Mas é nesse jogo de comparações (...) que loucura e razão se sustentam uma à outra. A loucura só aparece como diferença quando contraposta a uma forma de pensamento aceita por grande maioria e por ela difundida (EWALD, 1993: 43).

A loucura é, então, isolada do convívio social juntamente com criminosos, mendigos, portadores de doenças venéreas, inválidos. São criados estabelecimentos onde são internados aqueles que não seguem a ordem, a razão e a moral da sociedade – os chamados hospitais gerais. Dessa forma, a loucura como negativo da razão foi silenciada e aproximada das culpas morais e sociais (LAVRADOR, 2001). Não havia preocupação com tratamento ou cura.

Somente a partir do final do século XVIII a loucura assumiu o lugar de doença da mente. Nesse sentido, os loucos deveriam ser tratados em locais próprios, específicos, calmos e isolados dos conflitos sociais. Surge assim o hospital psiquiátrico, no qual o “doente mental” seria tratado pela nascente especialidade médica – a Psiquiatria. Ao retirar as correntes dos loucos, Philippe Pinel é reconhecido como o libertador. O tratamento por ele elaborado estava baseado na cura moral, e qualquer desvio em relação a uma conduta considerada normal deveria ser vetado. Segundo Ewald (1993), a loucura passa a ser, assim, “aquilo que está fora dos padrões de normalidade, uma desestruturação, uma perda de contato com a realidade” (p. 20). Portanto, mesmo com a retirada das correntes, a lógica de segregação e exclusão da loucura permanecia a mesma, agora respaldada por um saber científico que produzia a verdade sobre a mesma (FOUCAULT, 1975). Neste sentido, o ato libertador de Pinel pode ser visto como um mito (EWALD, 1993).

Com o saber psiquiátrico, surge um novo olhar, uma outra percepção sobre os que passam pela experiência da loucura. Segundo Machado (1981), não se pode afirmar que a loucura foi descoberta pela Psiquiatria, mas sim que esta ciência busca controlar a forma de existência que escapa aos padrões normatizados, considerando-a uma forma doente de viver – “doença mental”. Como afirma Szasz, “o conceito de doença mental [...] serve principalmente para obscurecer o fato cotidiano de que a vida, para a maioria das pessoas, é uma luta contínua, não pela sobrevivência biológica, mas por um ‘lugar ao sol’, ‘paz de espírito’”(SZASZ, 1980: 28-29).

Já no século XIX, o poder médico psiquiátrico controla o louco física, moral e juridicamente. São formulados “projetos do asilo ideal como uma espécie de utopia terapêutica, mais racional do que a própria

sociedade” (PORTER, 1987: 58). O hospital psiquiátrico foi constituído para dar conta das “doenças mentais”, para diagnosticá-las, classificá-las e tratá-las. “Nesse sentido, saúde mental equivale à ausência de doença mental e levaria o sujeito a escolher ‘corretamente’ o caminho de sua vida” (SILVA, 2004: 13).

Podemos perceber, então, que o “doente mental” foi produzido como alienado, inválido, perigoso, inapto para o trabalho considerado produtivo para as sociedades capitalistas (LAVRADOR, 2001). Porém essa noção, forjada há mais de dois séculos, ainda pode estar atuante no presente, na manutenção de uma lógica excludente mesmo nos serviços substitutivos em saúde mental.

Transformações ou Reformas?

Desde a década de 1960, no bojo de diversos movimentos sociais, políticos e contraculturais, diferentes correntes surgem no mundo questionando a violência e o desrespeito aos direitos humanos nas instituições psiquiátricas.

Na Inglaterra, por exemplo, a *Comunidade Terapêutica* é um tipo de reforma psiquiátrica que visa à participação coletiva de profissionais em saúde mental, pacientes e seus familiares na administração do hospital psiquiátrico. Nesse sentido, o poder sobre o doente não mais estaria concentrado no psiquiatra. Contudo, a prática excludente permanece em vigor na manutenção do modelo asilar-manicomial. Mais tarde, o movimento da *Antipsiquiatria* toma corpo nesse país: o modelo de tratamento médico-psiquiátrico é questionado, já que é negada a relação entre loucura e “doença mental”. O movimento antipsiquiátrico busca destituir o médico de todo saber/poder sobre a loucura. Como afirma Cooper, “na medida em que a psiquiatria representa os interesses ou pretensos interesses dos sadios, podemos descobrir que, de fato, a violência em psiquiatria é preeminentemente a violência da psiquiatria” (COOPER, 1989: 31).

Também na França surgem dois movimentos importantes no processo de Reforma Psiquiátrica. A *Psicoterapia Institucional* acredita que a instituição psiquiátrica é, sim, um local de tratamento terapêutico, desde que seja acolhedora e que o paciente possa ter amplos e diferentes locais para circulação, com diversas oficinas terapêuticas. Uma ou algumas dessas atividades serviriam como referência ao paciente internado para que ele se conectasse a alguma atividade. Esse modelo ainda é bastante presente, como na Clínica de La Borde, em Cour-Cheverny.

Um outro movimento francês questiona a forma asilar e segregadora de tratamento: a *Psiquiatria de Setor*. Neste caso, a parte principal do tratamento deveria ser realizada na comunidade do paciente. Contudo, o saber-poder do psiquiatra tampouco é questionado.

A *Psiquiatria Preventiva* surge nos Estados Unidos, seguindo uma perspectiva sociológica. Vê na “doença mental” um distúrbio que pode ser detectado antes de se manifestar e, dessa forma, prevenido. Caberia, então, à Psiquiatria eliminar os males sociais que causariam a loucura, controlando as atividades sociais em prol da saúde mental.

O movimento que rompe com o paradigma psiquiátrico de internação em asilos e do controle médico ocorre na Itália. A *Psiquiatria Democrática* visa a desnaturalizar a noção de “doença mental” e a acabar com a lógica de segregação, tutela e controle dos loucos. Buscava-se construir outras maneiras de ver a loucura e de

lidar com ela, sem excluir, descartando espaços fechados e “especializados” de tratamento. Incentiva-se a relação do louco na comunidade, circulando nas ruas, assumindo responsabilidades, já que “o questionamento do sistema institucional transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que o sustentam” (BASAGLIA, 1985: 9).

O processo de Reforma na Assistência Psiquiátrica não pretende chegar a um ponto final, a um fim ótimo. Todos nós temos uma enorme rede de relações: família, colegas de trabalho, de estudo, vizinhos, educação, religião, economia, política, arte, ciência, senso comum, etc. São forças presentes no nosso dia-a-dia, das quais, muitas vezes, nem nos damos conta. Com os que passam pela experiência da loucura não é tão diferente: eles se relacionam com o mundo, com as regras, normas, com as pessoas, com as propostas políticas, mas muitas vezes de maneira diferente daquela a que estamos acostumados. Nesse sentido, ao discutirmos Reforma Psiquiátrica, a rede de relações deve fazer parte dos debates, dos movimentos de transformação. Familiares, comunidade, comerciantes, educadores, vizinhos, artistas podem contribuir com novas críticas, outras sugestões, discussões, propor outras atividades – criar novos territórios de ação, outros movimentos.

O processo de Reforma Psiquiátrica não deve ficar restrito, portanto, aos profissionais em saúde mental, pacientes e seus familiares. A intervenção e as discussões devem atingir outros espaços que não apenas os “lugares de tratamento” – manicômios, Hospitais-Dia, Caps, Naps, Serviços Residenciais Terapêuticos (LAVRADOR et al, 2001). No cotidiano dos serviços substitutivos ao modelo asilar-manicomial podem surgir novas críticas, outras propostas, mais inquietações. As práticas cotidianas, mantidas em análise constante, impedem novas cristalizações e naturalizações dos saberes/práticas.

No Brasil, desde o final da década de 1970, estão sendo propostas transformações na assistência psiquiátrica e serviços extra-hospitalares de assistência, visando à diminuição dos leitos psiquiátricos (Amarante, 1998). Até a segunda metade dos anos 1980, as propostas de reforma restringiam-se ao campo técnico-assistencial, buscando humanizar os hospitais psiquiátricos e regularizar a situação dos trabalhadores em saúde mental. Só em 1987 é consolidado o lema *por uma sociedade sem manicômios* pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), seguindo o modelo da Psiquiatria Democrática Italiana. Segundo Amarante, houve

uma ruptura [...] no processo da reforma psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo exclusivo, ou predominantemente, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é, tornar-se um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (AMARANTE, 1998: 75-76).

As lutas propõem o fim da lógica manicomial, em todos os sentidos – não basta acabar com os asilos psiquiátricos. A proposta é destruir a noção de loucura como “doença mental”, como irresponsável e perigosa, como algo a ser excluído do convívio social.

O que vem sendo produzido?

O primeiro Caps brasileiro 1982 – Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira – foi criado em São Paulo, em 1987, sendo o projeto de implantação datado de 1982. O surgimento desse serviço “passou a exercer forte influência na criação ou transformação de muitos serviços por todo o país” (AMARANTE, 1998: 82). Esses serviços substitutivos ao internamento asilar foram elaborados e construídos a partir da necessidade de modificações na prática de atenção psicossocial aos que passam pela experiência da loucura; não resultaram de qualquer ação vinda de cima para baixo, com o governo estabelecendo políticas públicas para serem obedecidas pelos trabalhadores em saúde mental. A portaria ministerial nº 224 do Ministério da Saúde, que normatiza os serviços substitutivos, só foi sancionada em 29 de janeiro de 1992, dispondo sobre o atendimento ambulatorial em unidades especializadas Caps e Naps (respectivamente Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial).

O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil vem apresentando novos desafios aos profissionais de saúde mental, que buscam não só a *desospitalização* dos internados (retirar os pacientes dos hospitais, fechar leitos e extinguir progressivamente os asilos manicomiais), mas igualmente a *desinstitucionalização da loucura*, ou seja, a desconstrução da noção de que o louco é doente, perigoso, improdutivo e incapaz de assumir responsabilidades. Nesta linha, profissionais e familiares “têm se preocupado em não fazer dos serviços de atenção psicossocial um local de medicalização para que o louco ‘retorne à razão’, para não enclausurar os usuários, mesmo fora dos hospitais psiquiátricos” (SILVA, 2004: 24) – circunstância que Baptista (1999) e Lavrador (2001) denominam *manicômios invisíveis* e *manicômios mentais*, ou melhor, manutenção de uma postura enrijecida e cristalizada que preserva a lógica de exclusão, segregação, tutela, infantilização e preconceito para com os que passam ou passaram pela experiência da loucura. Como afirma Amarante,

o fato de ser um serviço externo não garante sua natureza não-manicomial, pois pode reproduzir os mesmos mecanismos ou características da psiquiatria tradicional, a exemplo do que ocorreu com os ambulatórios quando estes eram vistos como alternativa ao manicômio. Em suma, deve-se atentar para o caráter de ruptura com o modelo psíquico tradicional (AMARANTE, 1998: 84-85).

É necessário, então, desmanchar a cultura manicomial em nós incrustada há tanto tempo, desnaturalizar a idéia do louco perigoso que deve ser isolado para tratamento. Na realidade,

se a estada do internado é muito longa, pode ocorrer, caso ele volte para o mundo exterior, o que já foi denominado ‘desculturamento’ – isto é, ‘destreinamento’ – que o torna temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária (GOFFMAN, 1977: 23).

Ou seja, quando internado, o paciente é isolado das atividades sociais, deixa de ter autonomia sobre suas atividades, tendo de obedecer a muitas regras e horários da instituição, não sendo possível tomar certas decisões consideradas “adultas” por ser o tempo todo vigiado, controlado e tutelado (GOFFMAN, 1977).

Sendo assim, as lutas e atividades *por uma sociedade sem manicômios* não devem ser restritas a discussões e ações apenas nos serviços substitutivos ao internamento asilar, junto aos profissionais de saúde mental e aos familiares dos que passam pela experiência da loucura. Para o processo de desinstitucionalização é

necessário trabalhar nas comunidades e em todos os espaços sociais, para uma real inserção dos ex-asilados, produzindo um outro olhar e uma nova forma de conviver com a loucura, não confinando a diferença em um espaço de isolamento, infantilização e incapacidade. O processo de Reforma Psiquiátrica não é responsabilidade apenas dos profissionais *psi* (BAPTISTA, 1999).

Tendo como base as diversas discussões acerca da desinstitucionalização da loucura e reinserção do louco no convívio social, alguns profissionais em saúde mental elaboraram projetos para a implementação de moradias extra-hospitalares para pacientes psiquiátricos. Em Campinas, a primeira casa, chamada “Lar Abrigado”, foi inaugurada em dezembro de 1991 e a segunda, denominada “Pensão Protegida”, foi efetivada em janeiro de 1995, devendo-se assinalar que o projeto de implementação dessas moradias vinha sendo elaborado desde 1989 (FURTADO & PACHECO, 1997). No município do Rio de Janeiro, por sua vez, o chamado “Lar Abrigado do Instituto Philippe Pinel” foi inaugurado em 1998 (ECHEBARRENA, 2004).

Podemos observar, mais uma vez, que as discussões cotidianas e o convívio em estabelecimentos de cuidados e assistência, com os que passam ou passaram pela experiência da loucura e seus familiares, levam a práticas que antecedem as leis estabelecidas pelo governo federal, pois somente no ano 2000 foram publicadas duas portarias pelo Ministério da Saúde sobre as moradias para egressos de hospitais psiquiátricos. A primeira é a portaria nº 106 de fevereiro de 2000, que regulamenta a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Apenas em novembro de 2000 foi publicada a portaria ministerial nº 1.220, regularizando a remuneração dos procedimentos previstos pela portaria nº 106.

É importante ressaltar, entretanto, que desde 1989 tramitava no Congresso Nacional o projeto de lei nº 3.657, do Deputado Paulo Delgado, proibindo a internação em instituições asilares. A lei nº 10.216, conhecida com Lei Paulo Delgado, só foi sancionada em 06 de abril de 2001: enumera direitos do paciente psiquiátrico; propõe a extinção progressiva dos manicômios e a implantação de serviços substitutivos, com outras modalidades de assistência e cuidado; exige que qualquer internação involuntária – que deve ser o último recurso, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes – seja comunicada ao Ministério Público Estadual.

Para que todas as exigências da lei sejam cumpridas e para que as propostas da Reforma Psiquiátrica se efetivem, as discussões sobre as moradias e a assistência aos que passam pela experiência da loucura devem ser ampliadas. Existe, por exemplo, uma proposta de inserção da Saúde Mental no Programa de Saúde da Família, que vem sendo experimentado em alguns municípios do país. Entretanto, “para que uma política pública se viabilize e se consolide no tempo, precisa de ampla inserção social” (DIAS, 2001: 90), ou seja, os debates devem ser estendidos a outros espaços sociais – assembleias comunitárias, postos de saúde, escolas, etc. A implementação de Serviços Residenciais é recente, constituindo uma prática nova de assistência em saúde mental no Brasil.

Segundo Goffman (1977),

uma disposição básica da sociedade moderna é que o indivíduo tende a dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral. O aspecto central das

instituições totais pode ser descrito com a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida (GOFFMAN, 1977: 17).

Ferreira (1999) fala de três instâncias mediante as quais os que passam pela experiência da loucura devem se relacionar com e no mundo, longe do modelo hospitalocêntrico: moradia, trabalho e lazer. Logo, a fim de resgatar, com os egressos dos asilos-manicomiais, a autonomia, é necessário construir vínculos, ampliar a rede de relações com os vizinhos, com a unidade básica de saúde, com o comércio da comunidade, circular pelas ruas, clubes, supermercado, utilizar o transporte público etc. As moradias não objetivam meramente abrigar aqueles que saem do hospital psiquiátrico, mas contribuir para que relações sejam estabelecidas nessa nova maneira de habitar a vida, o que não significa que os moradores seguirão o modelo capitalista de trabalho e de consumo, nem o modelo tradicional e padronizado de família.

Essas moradias foram denominadas “*Serviços Residenciais Terapêuticos*”, mas os profissionais em saúde mental devem estar atentos em não transformar a Residência em um local de tratamento. Casa é diferente de um serviço. Moradia, lazer e trabalho são esferas distintas da vida, e também o acompanhamento terapêutico deve ocorrer em outro espaço. Nossa casa é um lugar para recebermos pessoas, um lugar do qual entramos e saímos sem restrições, onde guardamos nossas coisas, fazemos nossa higiene e podemos ficar sozinhos quando quisermos. Os acompanhamentos e tratamentos junto a psicólogos e psiquiatras devem ser realizados na rede de atenção municipal, em Caps, Naps, ambulatorios, assim como tratamentos dentários, dermatológicos, etc são realizados em outros espaços.

Logo que algumas das casas foram implantadas, a equipe técnica e os cuidadores geralmente acompanhavam os moradores a algumas atividades, como por exemplo: ir ao posto de saúde, a cursos profissionalizantes, ao supermercado, utilizar o transporte público, etc. Dessa maneira – pensava-se –, os egressos do hospital aprenderiam novamente a circular pelas ruas, a comprar suas coisas, a fazer uso de seu bairro de moradia (ECHBARRENA, 2004). Não basta sair do hospital para que os que passam pela experiência da loucura sejam novamente cidadãos autônomos, capazes de escolhas. Ou seja, o indivíduo “destreinado” do qual fala Goffman (1977) deve se acostumar novamente às atividades diárias e a cuidar de si e de sua casa. Como afirmam Furtado & Pacheco (1997) sobre a experiência das residências em Campinas, as demandas individuais e coletivas dos moradores egressos do hospital são distintas: uns precisam de maior atenção no que se refere aos cuidados da casa, à preparação dos alimentos; outros necessitam de ajuda para compreender o sistema público de transporte para que possam transitar pela cidade; outros ainda pedem ajuda com relação ao uso do dinheiro que recebem.

Os dispositivos residenciais não são o fim da Luta Antimanicomial, mas uma outra possibilidade de luta, uma “nova arma”, como nos diz Deleuze (1992), contra a marginalização e estigmatização da diferença nas sociedades atuais. Esses serviços não estão prontos, definidos, e nem com seu formato definitivo. Novas negociações, discussões e transformações vêm surgindo ao longo do processo, e outros questionamentos e mudanças ainda virão – possibilidade de outras forças ganharem forma no processo de luta contra os manicômios, tanto os asilos manicomiais como os manicômios invisíveis. Cada um desses dispositivos já implementado traz “especificidades, variadas formas de funcionar, territórios distintos para moradores

diferentes” (SILVA, 2004: 32). É importante, portanto, divulgar, socializar experiências e problematizações, para que possamos colocar em análise as práticas que estão sendo propostas e o que efetivamente está sendo produzido.

Para permitir que outros territórios existenciais sejam forjados, é necessário que os loucos, outrora isolados e institucionalizados, possam trocar experiências entre si, com a equipe técnica, com vizinhos e com a comunidade em geral.

É preciso também que os profissionais em saúde mental e familiares dos usuários dos serviços estejam atentos a suas práticas para que estas não reproduzam a cultura manicomial, por tanto tempo dominante. Nesta direção, é importante evitar que a proposta dos dispositivos residenciais se torne um modelo rígido, cristalizado e único. O processo de transformação na assistência aos que passam ou passaram pela experiência da loucura é contínuo – novas idéias emergem, outras possibilidades de vida ganham corpo. Cada morador das residências estará construindo outros territórios de vida e, com isso, vivenciando novas experiências, sejam elas de alegria, dor, saudade, encontros, desencontros, frustrações, conquistas. A vida é tudo isso, e não cabe a nós decidir quem pode e quem não pode vivê-la em plenitude.

Referências Bibliográficas

- AMARANTE, P. *Loucos pela Vida*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.
- BAPTISTA, L.A. *A cidade dos sábios*. São Paulo: Summus, 1999.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- COOPER, D. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, 1989.
- DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- DIAS, M. Saúde Mental: é possível uma política de saúde pública, coletiva, integral e de cidadania?. *Divulgação em Saúde para Debate*, nr. 23, 2001.
- ECHEBARRENA, R. *Os dispositivos residenciais terapêuticos e a “engenharia do morar”*. Monografia. Especialização em nível de Residência em Saúde Mental, Instituto de Psiquiatria – IPUB/UFRJ/RJ, 2004.
- EWALD, A.P. *A Psiquiatria não tem cura: o mito Pinel na sociedade contemporânea*. Dissertação de Mestrado. Programa de Psicologia Social e da Personalidade, PUC/RS, 1993.
- FERREIRA, G. As instâncias sociais na prática psiquiátrica: uma questão ética. *Cadernos do IPUB*, nr.17, 1999.
- FOUCAULT, M. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- FURTADO, J.P.; PACHECO, R.A. “Moradias extra-hospitalares em Campinas: reflexões sobre uma experiência”. Em VENANCIO, A.T.; LEAL, E. M.. & DELGADO, P.G. (orgs.) *O campo de atenção psicossocial: Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia, 1997.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1977.
- LAVRADOR, M. C. C. “Loucura: construção de outros modos de existência”. Em NOVO, H.; SOUZA, L.; ANDRADE, A. (orgs.) *Ética, Cidadania e Participação*. Vitória: Edufes, 2001.
- LAVRADOR, M.C.C.; SILVA, C.M.; GARCIA, J.M.; BOTECHIA, F.R.; OLIVEIRA, P. *A desinstitucionalização da loucura*. Pesquisa PIBIC.Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, UFES/ES, 2001.
- MACHADO, R. *Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- PORTER, R. *Uma história social da loucura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1987.
- SILVA, C.M. *Dispositivos residenciais: outras práticas em construção*. Monografia. Especialização em Transdisciplinaridade e Clínica, Faculdade Saberes, em convênio com a Universidade Federal Fluminense, Vitória/ES, 2004.

SZASZ, T.S. *Ideologia e doença mental*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1980.

Camila Mariani Silva é Mestranda Programa Pós-Graduação em Psicologia Social-UERJ.

E-mail: sasamila@terra.com.br

Ariane Patrícia Ewald é Professora Dr^a, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

E-mail: awald@terra.com.br