

“Todo mundo tem história?”: experiências de ex-internos em hospital psiquiátrico

Gláucia Miranda  * Gustavo Zambenedetti 

Universidade Estadual do Centro-Oeste, Paraná, PR, Brasil

Resumo

A Reforma Psiquiátrica busca progressivamente deslocar o foco do cuidado do hospital para as redes de cuidado territoriais. O objetivo deste estudo foi compreender a experiência de pessoas em sofrimento psíquico grave no período de internação e pós-internação em um hospital psiquiátrico. Foi realizado estudo qualitativo, por meio do método de História de Vida Focal, com realização de entrevistas com cinco ex-internos do extinto Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha (HPFR). Utilizando-se a Análise do Conteúdo Temática foram levantadas três categorias: a forma de se relacionar com a loucura, a ambivalência das experiências e as nuances de uma possível ruptura de paradigmas. Tais categorias permitiram discutir a coexistência entre os paradigmas asilar e psicossocial no atual cenário da Reforma Psiquiátrica, constituindo atravessamentos nos modos de compor itinerários de cuidado entre as pessoas com sofrimento psíquico. Afirma-se a necessidade de produção de modos de cuidado que respeitem o direito à cidadania, à palavra e à história das pessoas com sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; ex-internos; saúde mental; sofrimento psíquico.

“Does everyone have a history?”: experiences of ex-inmates in a psychiatric hospital

Abstract

The Psychiatric Reform progressively seeks to shift the focus of hospital care to territorial care networks. The objective of this study was to understand the experience of people in severe psychic suffering about hospitalization and post-hospitalization in a psychiatric hospital. A qualitative study was conducted, using the Focal Life History method, with interviews with 5 former inmates of the extinct Franco da Rocha Psychiatric Hospital (HPFR). Through the Content Analysis Theme, three categories were raised: the way to relate to madness, the ambivalence of experiences and the nuances of a possible break of paradigms. Such categories allowed to discuss the coexistence between the asylum and psychosocial paradigms in the current scenario of Psychiatric Reform, constituting crossings in the ways of composing itineraries of care between people with psychic suffering. It is stated a need for the production of ways of care that respect the right to citizenship, the word and the history of people with psychic suffering.

Keywords: Psychiatric Reform; former inmates; mental health; psychic suffering.

“¿Todos tienen historia?”: experiencias de ex internos en hospital psiquiátrico

Resumen

La Reforma Psiquiátrica busca progresivamente cambiar el foco del cuidado del hospital para las redes de cuidado territoriales. El objetivo de este estudio fue comprender la experiencia de personas en sufrimiento psíquico grave en el periodo de internación y post-internación en un hospital psiquiátrico. Fue realizado un estudio cualitativo, por medio del método de Historia de Vida Focal, con realización de entrevistas con cinco ex internos del extinto Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha (HPFR). Utilizando el Análisis de Contenido Temático fueron levantadas tres categorías: la manera de relacionarse con la locura, la ambivalencia de las experiencias y los matices de una posible ruptura de paradigmas. Tales categorías permitieron discutir la coexistencia entre los paradigmas asilar y psicossocial en el actual escenario de la Reforma Psiquiátrica, constituyendo atravesamientos en los modos de componer itinerarios de cuidado entre las personas con sufrimiento psíquico. Se afirma la necesidad de producción de modos de cuidado que respeten el derecho a la ciudadanía, a la palabra y a la historia de las personas con sufrimiento psíquico.

Palabras-clave: Reforma Psiquiátrica; ex internos; salud mental; sufrimiento psíquico.

Introdução

No final de 2017 os movimentos sociais que militam em favor da Reforma Psiquiátrica foram surpreendidos pela Portaria n° 3.588 (BRASIL, 2017), responsável por um redirecionamento da política de saúde mental vigente no Brasil. Essa Portaria passa a reconhecer o “hospital psiquiátrico especializado” como parte integrante da rede

de atenção psicossocial, além de dispor sobre o reajuste do repasse de verbas para esses estabelecimentos. Tais disposições reacendem discussões sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, principalmente em torno da existência e do lugar do hospital psiquiátrico.

Sob influência do movimento italiano de desinstitucionalização (Amarante, 1996) o Brasil vem adotando a perspectiva de substituição progressiva do hospital psiquiátrico pelas redes de atenção psicossociais. Isso implica um movimento complexo de formação de uma rede

*Endereço para correspondência: Universidade Estadual do Centro-Oeste, Departamento de Psicologia - Campus Irati. Rua Professora Maria Roza Zanon de Almeida Engenheiro - Gutierrez, Irati - Paraná, PR - Brasil. CEP: 84505-677. E-mails: mrdglauca@gmail.com, gugazam@yahoo.com.br
Os dados completos dos autores encontram-se ao final do artigo.



que possa cada vez mais prescindir do hospital psiquiátrico e das práticas manicomial. Nesta perspectiva, ações do Ministério da Saúde ao longo da década de 1990 e dos anos 2000 buscaram estimular a diminuição do porte dos hospitais psiquiátricos existentes e o progressivo fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e de hospitais psiquiátricos. Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) indicam que, em 2002, existiam 51.393 leitos em hospitais psiquiátricos no país, número reduzido para 25.988 em 2014. Além disso, houve uma mudança no perfil dos hospitais psiquiátricos, passando a predominar os de pequeno porte (menos de 160 leitos) em detrimento dos hospitais psiquiátricos de médio (161 a 240 leitos/241 a 399 leitos) e grande porte (acima de 400 leitos).

Em relação às legislações que ilustram o processo de mudanças nos hospitais psiquiátricos, pode ser citado o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), instituído em 2002 pelo Ministério da Saúde. Tal programa permite

[...] um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes na rede de saúde, ao mesmo tempo que indica critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS, e descredencia aqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada a sua população adscrita (BRASIL, 2005, *online*).

Por outro lado, criam-se alternativas, como os leitos de atenção integral em hospitais gerais e CAPS (DIAS; GONÇALVES; DELGADO, 2010), assim como vários outros dispositivos que visam redimensionar o lugar da internação na rede, deslocando-a do lugar de único ou principal recurso para o de um recurso complementar, utilizado para situações específicas e com curto período de duração.

Entretanto, esse movimento de substituição de modelos é complexo e muitas vezes conflitante.

Quando falamos em processo pensamos em movimento, em algo que caminha e se transforma permanentemente. Neste caminhar vão surgindo novos elementos, novas situações a serem enfrentadas. Novos elementos, novas situações pressupõem que existam novos atores sociais, com novos – e certamente conflitantes – interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, éticas, étnicas, de pertencimento de classe social (AMARANTE, 2007, p. 63).

Além de conflitante, esse processo também é descontínuo, desdobrando-se com maiores graus de consonância ou defasagem em relação aos princípios da Reforma Psiquiátrica nos diferentes municípios e estados brasileiros (ROSA; ZAMBENEDETTI, 2014).

A compreensão do hospital psiquiátrico como um local especializado para o tratamento da loucura é fundada nos princípios pinelianos, desenvolvidos na passagem do século XVIII para o século XIX. Seguindo a esteira de Pinel, Esquirol foi um dos principais responsáveis pela instauração da ideia de que o espaço asilar, por si só, era ou deveria constituir-se em espaço terapêutico (FOUCAULT, 2002). Entretanto, além da função terapêutica, o manicômio também expressa outras duas funções: uma

função social – proteção para loucos e pobres – e uma função de proteção da sociedade – por ser um grupo que “transitava no limite da legalidade” (DESVIAT, 1999, p. 19). E, de acordo com esta última, pode-se entender que o manicômio também tinha a função de exclusão social.

O hospital psiquiátrico também pode materializar os desejos de manicômio presentes no corpo social. Trata-se de “um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica” (MACHADO; LAVRADOR, 2001, p. 46).

Nesse sentido, o manicômio – enquanto estrutura física e relacional – constitui-se como uma expressão dos desejos de ordenar, enclausurar e controlar, presentes no corpo social e que buscam incessantemente constituir estratégias de atualização, estabelecendo uma relação permanente entre o presente e a história.

Segundo Basaglia (2010, p. 37), a exclusão da loucura surge como “a expressão da vontade de excluir aquilo que se teme por ser ignoto e inacessível”. Diante da necessidade de dividir, isolar e de afastar o doente mental, o autor afirma que a sociedade tende a criar “áreas de compensação”, caracterizadas como espaços para os quais se destina aquilo que se desconhece, se teme e não se tem outras estratégias para lidar. O hospital psiquiátrico, assim como outros espaços, pode constituir-se como uma dessas áreas de compensação.

É nesse panorama que Goffman (1961/1990, p. 11) escreve um livro onde equipara mecanismos presentes nos manicômios, nas prisões e nos conventos, nomeando-os como instituições totais, caracterizadas como “locais de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”. Segundo o autor, pode-se perceber os efeitos que a institucionalização produz nos indivíduos, por meio das técnicas de mortificação do eu, assim como do acesso ao sistema de privilégios. As técnicas de mortificação do eu ocorrem através da retirada daquilo que identifica o sujeito como singular, promovendo uma uniformização entre os internos e a exposição da sua intimidade. O sistema de privilégios, por outro lado, permite um esquema para a reorganização pessoal, através de parâmetros institucionais e nas relações grupais. Ainda segundo Goffman (1961/1990, p. 68), um processo longo de internação pode levar também ao descultamento, “a perda ou a impossibilidade de adquirir os hábitos atualmente exigidos na sociedade mais ampla”.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é disparada como resposta aos problemas do modelo manicomial e se apresenta como um imperativo para a garantia dos direitos humanos. Segundo Vasconcelos (2010), a primeira fase do processo de RP brasileira ocorre entre 1978 e 1992, caracterizando-se por um cenário de denúncia da rede hospitalar, bem como por tentativas de controle e huma-

nização dessa rede. A partir dos anos 2000 observa-se a expressiva expansão da rede de atenção psicossocial no território brasileiro. Apesar disso, os hospitais psiquiátricos não foram completamente extintos, produzindo um contexto caracterizado pela coexistência de dispositivos que expressam o modo asilar e o psicossocial.

No modo asilar, segundo Costa-Rosa (2000), há ênfase nas determinações orgânicas da doença e o meio de intervenção é medicamentoso, a organização dos dispositivos é vertical, o modo de relacionamento entre equipe e usuário é um espaço de relação entre doentes (“loucos”) e sãos, e o tratamento se direciona para a remoção ou tamponamento dos sintomas, em uma posição ética de adaptação. No modo psicossocial, por outro lado, avança-se, tendo-se como ênfase os determinantes políticos e biopsicosocioculturais em relação à singularidade de cada usuário, e os meios de intervenção são psicoterapias, laborterapias, socioterapias, etc. A organização dos dispositivos é horizontal, o relacionamento se dá como espaços de interlocução, o objetivo terapêutico é o reposicionamento subjetivo e do ‘homem’ em questão (dimensão sociocultural) e a posição ética é sob uma perspectiva de singularização.

Diante disso, surge o interesse em compreender a experiência de pessoas com sofrimento psíquico grave que passaram por internação no extinto Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha (HPFR), analisando tanto as lembranças que elas têm acerca da internação naquele estabelecimento quanto a percepção sobre a atenção em saúde mental que recebem no período pós fechamento do HPFR.

Destaca-se a noção de experiência neste trabalho, compreendida em um sentido de experimentação, ressaltando “o caráter processual, relacional e coletivo desse processo” (SANTOS, 2010, p. 172). Destacar a experiência é pensa-la como memória, em um viés histórico, considerando que cada sujeito tem uma versão histórica não-oficial sobre o movimento e os contornos que vêm compondo a sociedade em que vive. E essa versão singular não se expressa de maneira isolada e imutável, mas se afeta por tudo aquilo que é constitutivo do sujeito e do seu contexto social.

A proposta foi a de utilizar como parâmetro de experiência, o fechamento do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha (HPFR), na cidade de Ponta Grossa, no Paraná, visto que tal instituição se constituiu como principal espaço de assistência psiquiátrica na região. Este hospital prestava serviços particulares e conveniados com a previdência social, constituindo-se como referência para Ponta Grossa e vários municípios próximos.

Em 2000, o hospital já apresentava seus primeiros sinais de declínio, com repasses insuficientes do SUS, não conseguindo contemplar os requisitos solicitados pelas fiscalizações do Estado. Durante trinta e seis anos o HPFR estivera em funcionamento, fechando suas portas em 10 de novembro de 2004. Contava, na ocasião, com 260 leitos conveniados ao SUS e 14 leitos destinados a convênios e particulares (TRENTINI, 2012, p. 287).

Considera-se importante o fato de o hospital ter fechado há dez anos em relação ao início deste estudo, para que se pudesse compreender se era sentida a ruptura de modelos pelos participantes da pesquisa.

Método

Este estudo possui abordagem qualitativa, com base no método de História de Vida Focal (HVF), que é um desdobramento do método de História Oral. Este último, sendo mais abrangente, é uma forma de pedir aos atores que contem a história do que viveram, levando em consideração que “as narrativas de vida nunca serão uma verdade sobre os fatos vividos e, sim, uma versão possível que lhes atribuem os que vivenciaram os fatos, a partir dos dados de sua biografia, de sua experiência, de seu conhecimento e de sua visão de mundo” (MINAYO, 2008, p. 154).

Essa modalidade de abordagem permite acessar as experiências não documentadas, sobretudo as histórias de categorias sociais geralmente menosprezadas; explorar aspectos da experiência histórica raramente registrados; evidenciar significados subjetivos de eventos do passado; engajar os investigadores em relacionamentos humanos ativos na observação dos fatos (THOMPSON citado por MINAYO, 2008).

Assim, a História de Vida Focal (HVF) é uma maneira mais tópica da busca pela compreensão de um período específico da vida do sujeito, permitindo “a possibilidade de compreensão profunda do vivido, pois permite a descoberta, a exploração e a avaliação de como as pessoas compreendem seu passado, vinculam sua experiência individual a seu contexto social, interpretam-na e lhes dão significado” (BELLATO et al., 2008, p. 850).

Finalmente, a HVF nos permite compreender o processo da Reforma Psiquiátrica por meio da experiência de ex-internos de hospital psiquiátrico que foram reinseridos na sociedade, conhecendo a lógica própria de quem a vivenciou como ator.

Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco pessoas que passaram por internação no HPFR e que, no momento da pesquisa, eram acompanhadas por um serviço de saúde mental de um município com 28.455 habitantes, localizado a 61,4 km de Ponta Grossa. Este serviço foi criado no ano de 2008 a partir da iniciativa de alguns profissionais que atuavam na rede de saúde do município e passou a centralizar as demandas de Saúde Mental do território. O fechamento do HPFR e as premissas da RP tensionaram a criação desse serviço, visando ofertar suporte psicossocial dentro do município. Apresenta equipe multidisciplinar e uma lógica psicossocial, se aproximando de um CAPS. A seleção dos participantes ocorreu junto à coordenação do serviço de Saúde Mental. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicentro, sob número de parecer 611.253, de 08/04/2014.

Os cinco participantes deste estudo – identificados por nomes fictícios – estiveram internados no HPFR no período compreendido entre 1996 e 2000, e a maioria passou por internações de curta duração, tendo apenas

um dos participantes ficado mais de um ano internado. A faixa etária é de 34 a 63 anos, três do sexo feminino e dois do sexo masculino. Um ponto em comum é que todos passaram por outras internações após a saída do hospital em questão.

O tratamento do material colhido foi realizado por meio da Análise de Conteúdo Temática, a qual “consiste na descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2008, p. 315). Com base nos procedimentos de análise realizados, emergiram três categorias de análise, desenvolvidas a seguir.

Resultado e Discussão

Minha loucura e a do outro

Um aspecto emergente nas entrevistas realizadas diz respeito ao modo como os participantes relatam os motivos que levaram ao seu internamento em hospital psiquiátrico:

“[...] porque eu quebrei tudo na casa da minha ex-cunhada! E eu tava grávida e não sabia, daí ela roubou minha menina... fiquei com ‘drauma’” (Joana, 43 anos).

“[...] é... porque eu tenho problema na cabeça, né?” (Marcelo, 34 anos).

“[...] porque eu... ficava doente da cabeça e perdi as estribeiras!” (Sônia, 49 anos)

A partir desses fragmentos dos relatos dos participantes do estudo, é possível pensar nos modelos explanatórios que são utilizados pelos próprios sujeitos para compreenderem o seu processo de saúde-doença. “Kleinman chamou de ‘modelos explanatórios’ as noções referentes à classificação, à evolução, à origem e ao manejo apropriado das doenças” (DIAS, 2011, p. 2160).

Segundo Dias (2011), tais modelos afetam a relação entre sujeitos em sofrimento psíquico grave e suas famílias, pois podem se relacionar a crenças e aspectos morais aos quais são atribuídos a responsabilidade pela doença.

Sob outra perspectiva, pode-se também discorrer sobre a concepção que o sujeito faz de si mesmo a partir do momento em que acessa uma determinada matriz, na qual se forma um determinado conceito ou classe (HACKING, 2001). No caso, a matriz que forma a ideia de “loucos” é composta por um complexo de instituições, de práticas de diagnóstico, de decisões judiciais, de notícias veiculadas nos meios de comunicação de massa, de técnicas terapêuticas. Essas matrizes possibilitam aos sujeitos acessarem modos de compreensão e explicação sobre o que acontece com eles, sendo constatado na fala dos participantes que a presença do hospital psiquiátrico permanece naturalizada como uma das formas de resposta ao sofrimento psíquico e às situações de crise.

Assim, o sujeito acessa um universo de significados atribuídos àquela classe interativa a que pertence socialmente, o que atua diretamente na subjetivação sobre a imagem de si.

Outro aspecto que chama a atenção é o modo como a divisão das alas feitas no HPFR é apreendida pelos participantes, que as designam como a ala dos ‘loucos’ e a dos ‘alcoólatras’:

“Daí lá os louco era um... os mental, as louquiçada era num departamento, as louca era em outro, os alcoólatra, no meu caso, nós tava no UDQ, UDQ era... tinha as ordem, as atividade e tinha... as hora, as gaita, os truque e lá não era fechado, daí um dia escapou uma porta... a moça lá gritou pro de, escapou tudo aquela loucarada, até dar jeito naquilo, trazer de vorta... daí o último dia que eu sai de lá, daí escapou uma moça nova, mas louca, louca... veja, nós tava na sala E, né? Os louco... e o UDQ era livre, né? E... então tinha horas que a gente via aquela, aquela... né? E quer ver eu ficar nervoso, nem que seja parente meu, é uma coisa que a gente vê que é triste...” (João, 63 anos).

Aqui, podemos ressaltar que os próprios usuários se diferenciam em relação à classe interativa à qual pertencem, pois a experiência social da loucura e a do uso de álcool e outras drogas se diferencia, o que faz os próprios sujeitos classificados se reconhecerem nessa diferença. Nesse processo, a loucura – enquanto atributo indesejável – tende a ser atribuída ao outro, distante, e não a si mesmo.

“Tem Franco que é ruim. Tem Franco que é bom”

Ao analisar as experiências dos participantes em relação ao HPFR, observamos relatos que indicam aspectos positivos e negativos da vivência hospitalar.

Quanto às necessidades básicas, como higiene e alimentação, Sônia retrata de forma negativa suas vivências cotidianas: *“A situação lá era precária, porque tinha rato no meio das comida, vazamento nos quarto, banho frio cedo”* (Sônia, 49 anos).

João relata o processo de adaptação a uma nova rotina, conforme parâmetros institucionais: *“[...] mas... era duro, porque tinha muito horário, horário pra tomar banho, horário pra jantar, horário pra dormir, horário pra levantar e... mas depois que... uns 10 dias, a gente acostuma, né?”* (João, 63 anos).

Esse modo de funcionamento expressa a lógica disciplinar de funcionamento presente no ambiente hospitalar. “O poder disciplinar é com efeito um poder que, em vez de apropriar e de retirar, tem como função maior ‘adestrar’; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor” (FOUCAULT, 2009, p. 164). As técnicas disciplinares operam por meio da gestão do tempo e do espaço, esquadrinhando o cotidiano dos sujeitos, visando torná-los produtivos. Além disso, a fala de João também expressa o caráter uniformizador, disciplinar e homogeneizante da instituição total, pois

Os menores segmentos da atividade de uma pessoa podem estar sujeitos a regulamentos e julgamentos da equipe diretora [...] cada especificação tira do indivíduo uma oportunidade para equilibrar suas necessidades e seus objetivos de maneira pessoalmente eficiente, e coloca suas ações à mercê de sanções. Violenta-se a autonomia do ato (GOF-FMAN, 1961/1990, p. 42).

Seguindo o relato, João considera que, após um período de tempo, as pessoas já se acostumam, o que indica que houve a institucionalização do sujeito. Os processos de racionalização que operam na instituição também se expressam nos sujeitos, que passam a encontrar justificativas para o modo de operação das instituições manicomiais: “*E tem que ter, né [controle da rotina]? Porque um bando já vira anarquismo*” (João, 63 anos).

Um dos participantes relata incômodo em relação à falta de atividades e à falta de espaços adequados para descanso durante o dia: “*não fazia nada... ficava por lá! (risos) não... de nada... não gostava que tinha que ficar sentado o dia inteiro, né? No banco... não tinha lugar pra deitar pra descansar*” (Marcelo, 34 anos).

Esse fragmento da entrevista expõe a experiência subjetiva de tempo que Marcelo passou no HPFR, pois foi o interno que mais passou tempo no referido hospital, entre os que foram entrevistados – cerca de um ano. A marca temporal em seu relato é a da monotonia, do tempo arrastado, que parece demorar para passar. Basaglia (2010) afirma que a apatia, muitas vezes confundida com um sintoma da doença mental, pode também ser decorrente do processo de institucionalização.

Por outro lado, também encontramos relatos associando aspectos positivos à internação. João relata seus aprendizados e relações interpessoais como algo positivo:

“[...] mas pra mim foi bão que eu aprendi muita coisa lá que a gente não sabia, que... eu proseava com os alcoólicos anônimos, psicólogo, os enfermeiro lá, os médico [...] daí tinha uma professora lá, não lembro como é que era o nome, ficava num campo de areia de futebol, como daqui lá na praça, mais longe um pouco, daí nós saía [...] Era animado lá [...] Mas hoje... no Franco, assim, eu só tenho a gavar, porque... na verdade a turma dizia o Franco da Rocha é louco, é isso... daí eles dão a vaga lá, mas eu... eu aprendi muita coisa lá que eu não sabia, que proseando com os companheiro, porque lá nós trocava ideia, né?” (João, 63 anos).

Outro aspecto levantado e que mostra uma ambivalência de afetos em relação à experiência de internamento foi o relato de Joana:

“Foi ruim! Eu não posso nem me lembrar, uí! Deus o livre... eu ficava lá dentro daquele quarto escuro, uíuui! Nossa Senhora, menina! Sabe o que é ficar o dia inteiro num quartinho... menos que esse daqui? Essa salinha. Tá certo que tinha banheiro, tudo. Davam de comer a hora que queriam! Ele... tinha os horários dos remédios, das comida... mas graças a Deus na camisa de força eu fui, porque eu fui bem mal mesmo! Daí lá eu acordei... fiquei seis dias sem acordar da injeção que me deram... forte” (Joana, 43 anos).

O relato acima foi a primeira fala de Joana sobre a experiência de internamento, mas após um período de tempo, relata:

“Tinha nada pra fazer, nós só batia bola lá... tinha um piazão... (risos) e nós jogava bola! Mas era bão, era bão! Mas o dia que eu quiser ir lá passear, eu vou! [...] Era divertido! Não é assim tão ruim, tem Franco que é ruim, tem Franco que é bão! Aquele que eu fui a primeira vez foi louco de bão! Tratavam bem da gente, porque eu acordei, né? Fi-

quei quatro dia sem acordar, louca do céu! Eu pensei: eu vou morrer! E eu só sentia aguiada [sic], assim! Mas que aguiada! Credo, quem será que tá me dando bordoada, me beliscando? Dessa largura a águia [sic]” (Joana, 43 anos).

Dessa forma, a ambivalência dos afetos em relação ao internamento pode remeter a uma sobreposição de experiências. Pereira e Joazeiro (2015), ao entrevistarem pessoas com diagnóstico de esquizofrenia internadas em hospital psiquiátrico, também encontraram relatos que destacam tanto aspectos positivos – geralmente associados à necessidade de alimentação e uso de medicações para abrandar o sofrimento – quanto negativos, associados à opressão e à falta de participação dos sujeitos nas decisões acerca de seus tratamentos.

O tratamento no modo psicossocial deve visar à politização dos usuários, pois no cenário da Reforma Psiquiátrica “o louco/doente mental deixa de ser simples objeto de intervenção psiquiátrica, para tornar-se, de fato, agente de transformação da realidade, construtor de outras possibilidades” (AMARANTE, 1995, p. 121).

A vivência de internação pode se constituir como contraste em relação às condições materiais e relacionais, perante as quais os sujeitos conduzem suas vidas em sociedade. “Nesse contexto social de exclusão, pensar em sair da internação pode representar o enfrentamento da angústia da exclusão vivida na sociedade, pois, sem suporte familiar ou social, essas pessoas podem se ver em uma situação difícil” (SALLES; BARROS, 2013, p. 329). Além disso, a passividade do sujeito pode estar relacionada a táticas de adaptação à instituição, como a imunização, pois é possível que “o mundo habitual do internado foi de tal ordem que o imunizou contra o sombrio mundo da instituição; nesses casos, não há necessidade de levar muito longe um esquema específico de adaptação” (GOFFMAN, 1961/1990, p. 62). Goffman acrescenta que tal tática de adaptação é comum com sujeitos que já passaram por outras instituições no decorrer da vida.

Pós fechamento do HPFR: experiências de rupturas ou continuidades?

A partir dos relatos dos participantes foi possível perceber que todos passaram por vários internamentos em hospitais gerais ou hospitais psiquiátricos após o fechamento do HPFR. Isso muitas vezes causava momentânea confusão, como se vê nas falas dos entrevistados: “*Eu tive no Pinel, no Bom Retiro, no... num monte de hospital. Só no Pinel foi três veiz que fui internada!*” (Sônia, 49 anos); “*Lá em Irati eu fui várias vezes pela mão do doutor L., eu morava lá perto, então, eu fui internada cada passo*” (Joana, 43 anos).

E, quando questionada sobre quantas vezes ficou internada no HPFR, ela respondeu: “*uma vez só! Quando eu tinha 26 anos... a minha mãe que sabe bem da história... eu nunca lembro direito, que a minha cabeça não funciona direito, né?*” (Joana, 43 anos).

Tais trechos apontam para aspectos típicos do modo asilar, pois apesar de os sujeitos passarem por diferentes estabelecimentos, as experiências podem não ser facilmente diferenciadas, devido à similaridade dos processos de exclusão e técnicas de mortificação do eu adotadas.

Os participantes, de forma geral, relataram ter sido internados recentemente, em período próximo ao da realização das entrevistas. Tal fato constitui um importante dado para a análise, indicando possíveis fragilidades da rede substitutiva. Apesar de a Reforma Psiquiátrica não se opor à internação, oferece a prerrogativa de que ela não seja a única nem a principal forma de cuidado, devendo ser acessada somente quando os outros pontos da rede não forem suficientes.

Em relação ao processo de reinternações, pode-se observar o fenômeno de *revolving door* – discutido por Franco Rotelli et al. (2001) – ou “porta-giratória”, que seria um circuito frequente de reinternações do sujeito. É possível dizer que “a porta giratória ocorre com mais frequência em pacientes crônicos, com maiores comprometimentos e maior tempo de permanência em instituições psiquiátricas hospitalares” (CASTRO citado por RAMOS et al., 2011, p. 521). Segundo Amarante (1995), tal prática em relação aos sujeitos em sofrimento psíquico grave pode persistir em contextos em que não existem serviços substitutivos adequados e/ou há a impossibilidade de custeio de outras formas de tratamento.

A questão do circuito de reinternações aparece de forma frequente na literatura da área da saúde mental. Ramos, Guimarães e Enders (2011, p. 519) apontam dimensões contextuais encontradas no que tange a tal fenômeno: 1) a porta giratória da psiquiatria (nível contextual imediato); 2) desarticulação da rede de atenção em saúde mental (nível contextual específico); 3) o louco e a loucura no imaginário social: o hospital como o lugar da “cura” (nível contextual geral); 4) paradigmas da saúde mental: a dimensão epistemológica do saber/fazer psiquiátrico (metacontexto). Além disso, pode-se pensar nas dificuldades enfrentadas pela rede em relação à atenção ao sofrimento psíquico grave:

[...] funcionamento inadequado dos serviços extra-hospitalares; dificuldade de acesso dos usuários aos serviços substitutivos; a problemática da dependência química no contexto da atenção psicossocial; dificuldade de usuários, familiares cuidadores e profissionais em aderir aos dispositivos da rede de saúde mental; desconhecimento de parcela dos profissionais da instituição sobre a rede de atenção à saúde mental (RAMOS; GUIMARÃES; MESQUITA, 2014, p. 556).

Ao problematizar a questão das reinternações, aponta-se que tal fato se configura

[...] como um alerta epidemiológico para a necessidade de acompanhamento das mudanças nas práticas assistenciais e que hospitalizações frequentes podem gerar a cronificação da doença, aumento do isolamento e distanciamento do mundo real, privação do convívio familiar e social e fixação de estigmas (RAMOS; GUIMARÃES; MESQUITA, 2014, p. 554).

Além disso, é importante citar que os participantes deste estudo podem não sentir o fechamento do HPFR necessariamente como uma ruptura, porque suas vidas continuaram sendo perpassadas por internações em hospitais psiquiátricos mesmo após o fechamento do HPFR. Nesse sentido, aponta-se que a realidade da saúde mental no Paraná ainda apresenta um processo lento de Reforma Psiquiátrica. Ressalta-se que o estado é um dos maiores parques manicomiais do Brasil, sendo que ainda existem no estado 15 hospitais psiquiátricos e 2.273 leitos em hospitais psiquiátricos – o que o torna o 3º estado em número de hospitais e de leitos no país e o 4º na proporção de leitos por habitantes (Brasil, 2015). Assim, tal realidade aponta para aspectos históricos e de gestão presentes no contexto estudado.

Além dos relatos acerca da(s) experiência(s) de hospitalização, também foi possível abordar aspectos relacionados à percepção dos participantes sobre os serviços substitutivos. Na fala de Marcelo é possível compreender o motivo que o leva ao serviço: “*Quando o S. marca consulta, nós vamos consultar! O doutor S*”... (Marcelo, 34 anos). E sua mãe complementa: “*Quando acaba o remédio, eu venho pegar a receita*”.

E, quando perguntado se participa das atividades e das oficinas, ele diz que não, e a mãe completa: “*Ele não gosta de vim!*”

Dessa maneira, pode-se compreender que Marcelo ainda concebe seu tratamento em um modelo biomédico e atribui ao serviço substitutivo apenas a função de mediação para a obtenção do medicamento. Assim, percebemos que a loucura ainda é reduzida à doença, contrastando com a perspectiva basagliana de “colocar entre parênteses” a doença mental, o que pressupõe um olhar integral sobre o sujeito, no qual o sofrimento psíquico constitui-se apenas como uma de suas dimensões. Estudo desenvolvido por Pereira e Joazeiro (2015) também constatou que nem sempre a adesão a serviços substitutivos ocorre facilmente por parte de pacientes crônicos, com longo histórico de internações, lançando desafios específicos à rede substitutiva. Pande e Amarante (2011) discutem que alguns usuários com longo histórico de internações podem apresentar “sequelas” decorrentes do processo de institucionalização, o que também representa um desafio para os serviços substitutivos, evidenciando a persistência de uma nova forma de cronicidade, a despeito dos novos serviços substitutivos.

Entretanto, também foram observadas falas que demonstram o papel dos serviços substitutivos na vida dos participantes:

“[...] mas eu assim que vim, vou lá falar com o [serviço substitutivo], na segunda e na quarta, vou dar uma fugida lá de manhã [...] Mas gosto de vim! É porque aqui no [serviço substitutivo] e em toda parte tudo eles tratam muito bem a gente! É importante! Esses dias eles tavam brincando, colando umas bexiga, daí... *proseando e tinha festa junina, daí eles combinaram pra mim de eu ir, cheguei ali, a mulherada dançando, fiquei um pouco...*” (João, 63 anos).

“Eu prefiro vim no [serviço substitutivo] que daí eu tomo remédio e quando venho, eu não tomo, entendeu? E se eu tomar eu fico só cochilando, eu fico dormindo demais, os remédios são muito forte...um é 25mg, o outro é 10mg, o outro é 20mg! Então, se eu tomar, daí eu durmo depois do almoço até a tarde! Eu não vejo esse aqui fazer comida, eu não vejo limpar a casa, não vejo nada! Diz: ‘credo, muiê! Levante, se esperte!’ Não, eu não tô boa, não tô boa mesmo, eu não tô legal! Daí fica aquela moleza no corpo, sabe? Daí tem dia que eu lavo roupa, limpo a casa...tem dia que eu faço as coisa, tem dia que não”! (Joana, 43 anos).

Pela fala de Joana, é possível perceber que os efeitos colaterais da medicação atrapalham sua rotina e que, quando ela vai ao serviço de saúde mental, não toma sua medicação, o que possibilita que não tenha tanto sono e participe das ações do serviço. Metaforicamente, é possível compreender que o serviço atua de forma terapêutica, substituindo a função atribuída à medicação. O serviço atua no sentido de produção de vida e se torna um elemento organizador no cotidiano de Joana.

Sônia, quando perguntada sobre como se sentia em relação à internação e ao serviço substitutivo, responde fazendo alusão ao serviço de saúde mental: “Melhor viver a vida, né?” (Sônia, 49 anos).

Essas falas ilustram a importância de se pensar a RP como um movimento que dispara a necessidade de equipamentos que olhem o sujeito integralmente, que contemplem a sua autonomia e qualidade de vida no tratamento, pois

[...] o hospital psiquiátrico agrega desvalor à experiência humana. Não ajuda ninguém a se qualificar. Quanto mais tempo alguém passa internado, tanto menos ele passa a valer na convivência com o seu grupo, em seu bairro. É um lugar onde se desaprendem as regras básicas de convivência, onde se agrega estima e preconceito” (VALENTINI, 2001, p. 14).

Considerações finais

Um usuário acessado de maneira informal no período de coleta de dados relatou não ter história e, quando confrontado com a declaração de que todos possuem história, indagou com surpresa: “todo mundo tem história”? É essa a posição assumida neste estudo, uma resposta afirmativa a esta pergunta, pois acredita-se que todas as pessoas são uma fonte de história, percepções, memórias e versões sobre os processos históricos de mudanças de paradigmas, o que permite a construção de saberes e intervenções mais comprometidas com a realidade dos sujeitos a que diretamente se destinam.

Quanto ao referido hospital deste estudo, o HPFR, foi possível o acesso a diferentes imagens através de quem passou por lá, que mostraram diferentes Francos da Rocha. Entretanto, reafirma-se que os sujeitos que passaram alguns de seus dias no hospital, bem como em outros ‘Francos’, guardam algo em comum: um modo de vida que deve ser respeitado e defendido para que possam ter outras experiências de acompanhamento em saúde mental que gerem outros afetos e produzam outros sentidos nesse processo histórico e humano de reforma.

A discussão realizada permite concluir que ainda não é possível afirmar que “hospital psiquiátrico é coisa do passado”, visto que, apesar do fechamento do principal hospital psiquiátrico da região na qual os participantes residem, suas experiências continuam sendo perpassadas pela vivência em hospitais psiquiátricos.

Atualmente, vivencia-se a coexistência de modelos de tratamento em saúde mental, o que evidencia o caráter processual da Reforma Psiquiátrica e os hibridismos encontrados nas práticas profissionais. Basaglia afirmava que, enquanto o hospital psiquiátrico existir, produzirá demandas para sua utilização, perpetuando sua imagem como algo natural na matriz explicativa relativa ao fenômeno do sofrimento psíquico. Afirma-se, mais uma vez, o quanto é necessário avançar na constituição de redes que deem suporte a um cuidado territorial, promotor de saúde e de vida.

Informações sobre os autores:

Gláucia Miranda

 <https://orcid.org/0000-0001-8088-9740>

 <http://lattes.cnpq.br/1954864938371156>

Psicóloga da Proteção Social Especial de Alta Complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), no Serviço de Acolhimento Institucional para mulheres vítimas de violência – Casa Corina Portugal – do município de Ponta Grossa, PR. Mestranda no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro-Oeste. Especialista em Saúde Mental pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná/Escola de Saúde Pública do Paraná. Especialista em Gestão Pública, com ênfase no Sistema Único de Assistência Social, pela Residência Técnica (RESTEC) do Estado do Paraná. Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual do Centro-Oeste. Tem experiência na área de Psicologia Social e Psicologia da Saúde, desenvolvendo principalmente os seguintes temas: Saúde Mental; Álcool e outras drogas; Reforma Psiquiátrica; Gestão Pública, com ênfase no Sistema Único de Assistência Social; Educação Permanente; acolhimento institucional e familiar. Tem interesse por Psicologia Social/Institucional; Políticas Públicas, principalmente Saúde Pública, Saúde Mental/Álcool e outras drogas; e Assistência Social.

Gustavo Zambenedetti

 <https://orcid.org/0000-0002-7372-9930>

 <http://lattes.cnpq.br/0900580518880314>

Professor Adjunto do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário (PPGDC) da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Campus Irati-PR. Mestre e doutor em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria. Concluiu a Residência Integrada em Saúde, Ênfase em Dermatologia Sanitária em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Tem experiência na área de Psicologia Social/Institucional e Psicologia da Saúde, desenvolvendo principalmente os seguintes temas: saúde mental; saúde coletiva; Reforma Psiquiátrica; redes de atenção em saúde; processos de estigmatização e HIV-AIDS, estratégias de descentralização da atenção em HIV-Aids.

Contribuição dos autores:

Gláucia Miranda foi responsável pela concepção, desenho do estudo, coleta, análise, interpretação e revisão do manuscrito. Gustavo Zambenedetti participou da concepção, desenho, revisão e aprovação da versão final do artigo.

Como citar este artigo:

ABNT

MIRANDA, Gláucia; ZAMBENEDETTI, Gustavo. “Todo mundo tem história?”: experiências de ex-internos em hospital psiquiátrico. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 34, e6065, 2022. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/2022/v34/6065>

APA

Miranda, G., & Zambenedetti, G. (2022). “Todo mundo tem história?”: experiências de ex-internos em hospital psiquiátrico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 34, e6065. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/2022/v34/6065>

Copyright:

Copyright © 2022 Miranda, G., & Zambenedetti, G. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença Creative Commons Atribuição que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

Copyright © 2022 Miranda, G., & Zambenedetti, G. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original article is properly cited.

Referências

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BASAGLIA, Franco. Um problema de Psiquiatria Institucional: a exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. (Org.). *Escritos selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 35-59.

BELLATO, Roseney et al. A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 3, n. 10, p. 849-856, 2008. <https://doi.org/10.5216/ree.v10.46717>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: MS, 2005. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 16 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados – 12*, Ano 10, n. 12, outubro de 2015. Disponível em http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em: 15 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017*. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 15 de mar. 2018.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

DESVIAT, Manuel. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DIAS, Marcelo Kimati. A experiência social da psicose no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2155-2164, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400015>

DIAS, Marcelo Kimati; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel. Leitões de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de saúde mental. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). *Desafios políticos da Reforma Psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 115-140.

FOUCAULT, Marcel. *História da Loucura na era clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2002.

FOUCAULT, Marcel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 36. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 1961. São Paulo: Perspectiva, 1990.

HACKING, Ian. ¿La construcción social de qué? Barcelona: Paidós, 2001.

LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 615-634.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Loucura e subjetividade. In: MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.). *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 45-58.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

PANDE, Mariana Nogueira Rangel; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400006>

PEREIRA, Andrea Ruzzi; JOAZEIRO, Gabrielly. Percepção da internação em hospital psiquiátrico por pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 476-483, 2015. <https://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.20153904476483>

RAMOS, Déborah Karollyne Ribeiro; GUIMARÃES, Jacileide; ENDERS, Bertha Cruz. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 519-527, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000015>

RAMOS, Déborah Karollyne Ribeiro; GUIMARÃES, Jacileide; MESQUITA, Simone Karine da Costa. Dificuldades da rede de saúde mental e as reinternações psiquiátricas: problematizando possíveis relações. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 19, n. 3, p. 553-560, 2014. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i3.35382>

ROSA, Marcela Pereira; ZAMBENEDETTI, Gustavo. Descompassos da Reforma Psiquiátrica: a saúde mental em um município do interior do Paraná. *Desafios: Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins*, Palmas, v. 1, n. 1, p. 317-335, jul/dez. 2014. <http://dx.doi.org/10.20873/uft.2359-3652.2014v1n1p317>

ROTELLI, Franco et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.) *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 17-59.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sônia. Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 324-335, jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hNyyHsFKnqKW7bq3Fz4sXgr/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 mar. 2018.

SANTOS, Adriana. Não me interne não, que tem explicação! Narrativas e experimentações trágicas no campo da Reforma Psiquiátrica. In: CAMPOS, Florianita Braga; LANCETTI, Antonio (Org.). *SaúdeLoucura: experiências da Reforma Psiquiátrica*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 169-192.

TRENTINI, Fabiana Vosgerau. A história da saúde mental e seu processo de Reforma Psiquiátrica no município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. *Emancipação*, Ponta Grossa, v. 12, n. 2, p. 279-296, 2012. <https://dx.doi.org/10.5212/Emancipacao.v.12i2.0009>

VALENTINI, Willians. Nenhum ser humano será Bonsai. In: HARARI, Angelina; VALENTINI, Willians (Org.). *A Reforma Psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 11-24.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). *Desafios políticos da Reforma Psiquiátrica*. São Paulo: Hucitec, 2010.