

Estratégias de Desinstitucionalização: liberdade ou ilusão?¹

Marcele de Jesus Duarte Monteiro (Universidade Federal do Pará)

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo analisar os dispositivos de desinstitucionalização, focando naqueles em que se apresentam em âmbito nacional, sem se debruçar nas estratégias peculiares de cada região do país. O argumento principal da pesquisa está em compreender se há alteração na forma como o sofrimento mental é pensado no processo de desinstitucionalização, ou se ocorrem os fenômenos de desospitalização ou transinstitucionalização. Inicialmente, o trabalho identifica quais são os dispositivos de desinstitucionalização adotados pelo Brasil. Após, há a discussão acerca de como esses dispositivos são aplicados, observando se, como se entende a desinstitucionalização no contexto da Reforma Psiquiátrica, oferece estratégias que rompem com a ideia de que a loucura é doença a ser curada, e portanto, respeitam a existência das pessoas em sofrimento mental. A metodologia do trabalho consiste em uma pesquisa qualitativa, utilizando do método dedutivo, através de pesquisa bibliográfica.

Palavras-chave: Desinstitucionalização; Loucura; Movimento Antimanicomial; Reforma Psiquiátrica; Sofrimento Mental

Introdução

A neutralização da loucura é a resposta mais antiga e estruturada para este fenômeno que causa estranheza no grupo social em que os indivíduos loucos nele inseridos. Rodeada de estigmas, a loucura é vista como fonte de desordem e caos, e a rotulação como “louco” transforma a imagem daqueles que dela são acometidos em “perigosa e monstruosa” (FOUCAULT, 2001). Essa suposta ameaça ao que organiza a comunidade é capaz de causar reações de tentativa de neutralização aos comportamentos considerados inadequados e “inaturais”.

Foucault (2014) identifica essas tentativas como técnicas de controle, responsáveis pelo molde das subjetividades e disciplina de corpos. As técnicas de controle, conceituadas como práticas que sustentam a sociedade na organização conforme conhecemos, dentro do

¹ GT 05 - Crime e Loucura.

sistema capitalista, não estão presentes somente nas tentativas de neutralização da loucura, mas em todo o corpo social, em especial nas instituições disciplinares, locais que possuem como objetivo a construção de corpos dóceis para o sistema, quais sejam hospitais, prisões, quartéis e escolas. Sobre esse controle, escreve Alvarez (2015):

“Nesse sentido, processos de disciplinarização e normalização dos corpos deveriam garantir sujeitos adequados ao sistema produtivo que se estabelecia em consonância com o ideal de homem moderno; e a regulamentação dos processos referentes à população resguardaria um outro modo de dispor as coisas de acordo com os princípios instituídos pelas revoluções burguesa e industrial.” (p. 78)

Entretanto, técnicas de controle específicas para a neutralização da loucura podem ser percebidas socialmente. A instituição disciplinar específica para o controle da loucura é o Hospital Psiquiátrico, espaço de segregação que tem como objetivo higienizar a sociedade ao retirar do convívio social os indesejáveis, sob o discurso de oferecer “tratamento” para a loucura que estes supostamente estariam acometidos. Dentro do Hospital, o "paciente" passa a se orientar conforme a lógica disciplinar do espaço para moldar a subjetividade do indivíduo para que seu corpo seja docilizado, através da sua desumanização decorrentes de experiências humilhantes características do próprio espaço (GOFFMAN, 2015).

“Para os inimigos destinados aos manicômios judiciários, que podem ser entendidos como campos de concentração contemporâneos, nada há para além do próprio corpo. Ali, à espera de um amanhã que nunca chega, esquecem a marcação dos dias e passam a se arrastar junto com o tempo incontável como mortos-vivos. Nesse limiar entre a vida e a morte, essa sobrevivência é produto do dispositivo medida de segurança, mas, antes de entrar em conflito com a lei ou mesmo antes de ser diagnosticado como louco, já era produto das relações de poder que lhe atravessavam a vida ainda em liberdade, visto que era também submetido a um poder que atua sobre a vida da população na perspectiva da prevenção e da segurança, na medida em que o controle dos seus processos "naturais" se soma aos cálculos do poder para a manutenção da vida enquanto espécie.” (p. 93)

A loucura não possui limites bem definidos, passando por metamorfoses de acordo com a organização social e as expectativas sobre os indivíduos. A Luta Antimanicomial questiona todos os saberes e práticas que ligam o sofrimento mental à periculosidade e criminalidade, procurando a ruptura com o espaço manicomial e a resposta da neutralização, ou seja, o próprio Hospital, e com a Psiquiatria, outra técnica de controle identificada por Foucault (2014) como dispositivo de controle da loucura.

A desinstitucionalização integra este questionamento, visto que procura fortalecer a saída dos indivíduos rotulados como loucos das instituições disciplinares e confrontar essa neutralização e a docilização de corpos (ALVAREZ, 2015). Procura-se romper com o modelo clássico da Psiquiatria e com a concepção de que a segregação é a única resposta ao

sofrimento mental. Portanto, é um conceito importante para que passe a entender o sofrimento mental não mais como um problema, mas como um fenômeno complexo de existência humana.

A Luta Antimanicomial tem o caráter de ruptura com o que se entende por loucura, e parte de seus ideais foram incorporados na Reforma Psiquiátrica Brasileira, esta última com o objetivo de proteger os direitos das pessoas em sofrimento mental. A Lei 10.216/2001 instituiu a Reforma Psiquiátrica como política de Estado e representou uma mudança na forma como o sofrimento psíquico ainda que não tenha transgredido em relação à Psiquiatria enquanto entender o sofrimento mental como patologia, apresentou certos avanços enquanto garantia de maior humanização na forma que os indivíduos são atendidos em espaços destinados a oferecer cuidados, bem como solidificou a rede de apoio nas quais estes podem ser atendidos.

Entre as estratégias adotadas pelo Estado Brasileiro está o conjunto de medidas que visam retirar os indivíduos de espaços de institucionalização, lê-se nos Hospitais Psiquiátricos, na tentativa de retomar sua autonomia e subjetividade, de modo que estes possam cumprir com seus papéis cívicos. Este artigo tem como objetivo discutir tais estratégias de desinstitucionalização que se apresentam em âmbito nacional, sem se debruçar sobre as peculiaridades regionais, de modo a apresentar seus objetivos e apontar se há realmente uma ruptura com os saberes nos quais se baseiam a ligação entre o sofrimento mental e a patologia. Dois conceitos serão utilizados como forma de comparação, sendo estes a transinstitucionalização e a desospitalização, explicados e analisados no corpo do trabalho, para verificar se estes fenômenos também estão presentes nas estratégias adotadas.

Inicialmente, discute-se sobre desinstitucionalização, de forma não só conceitual, mas compreendendo o contexto no qual esta se apresenta enquanto virada na concepção de loucura. Aponta-se, também, quais são as estratégias de desinstitucionalização adotadas pelo Estado Brasileiro e onde cada uma está presente na legislação pátria. Em um segundo momento, analisa-se os objetivos de cada estratégia, entendendo como estas se apresentam e são construídas, para verificar se estas estão de acordo com o que realmente está sendo proposto na desinstitucionalização, ou seja, a ruptura com o que se compreende como loucura.

O trabalho foi desenvolvido através de pesquisa bibliográfica e documental, utilizando o método dedutivo, analisando obras que tratam sobre sofrimento mental e desinstitucionalização, bem como legislações sobre o tema.

Ainda há uma longa discussão a ser tratada acerca do sofrimento mental, da extensão da Reforma Psiquiátrica Brasileira e dos impactos de cada medida tomada pelo governo brasileiro na vida das pessoas que são estigmatizadas com o rótulo da loucura. É preciso estar atento para não se reforçar tais estigmas, além de reforçar a necessidade de fortalecer a humanização de tais indivíduos, para que se haja uma verdadeira virada nas concepções limitantes que rodeiam o sofrimento mental.

Desinstitucionalização: caminhos e possibilidades na Legislação Brasileira

Um dos dispositivos utilizados enquanto neutralizadores da loucura é o Hospital Psiquiátrico, espaço de segregação onde a disciplina e a hierarquia são pontos basilares na organização, estando bem delimitados a “correção” do indivíduo louco. A estrutura do Hospital se mostra violenta para com esses indivíduos, e sob o discurso de que suas práticas envolvem tratamento para o comportamento desviante que essas pessoas demonstrariam.

Uma das respostas ao dispositivo manicomial está na desinstitucionalização, neste fenômeno de saída dos Hospitais Psiquiátricos.

Desinstitucionalização é um dos princípios norteadores da Luta Antimanicomial. Tendo como ponto central a revolução de como se encara o sofrimento mental e na ruptura com as concepções que entendem este como sinônimo de periculosidade, criminalidade e inadequação social, a Luta Antimanicomial questiona saberes e práticas que isolam e neutralizam o que se percebe enquanto loucura. O esforço está no reconhecimento de que sofrimento mental trata-se de uma experiência de pessoas que apresentam comportamentos não esperados e considerados “desviantes” do padrão ao qual se espera de corpos dentro do sistema capitalista. Portanto, procura-se a ruptura da roupagem que a loucura possui como fonte de desordem social e do “dispositivo manicomial²”, a fim de cessar com os esforços de neutralização do sofrimento.

A desinstitucionalização não se confunde com a desospitalização (ALVAREZ, 2015). Esta última se caracteriza como a saída dos indivíduos do espaço hospitalar, sem necessariamente haver alguma virada na forma como a loucura é encarada socialmente. Enquanto isso, a desinstitucionalização se foca não só na saída, mas na desconstrução da loucura, não a entendendo como um problema social, mas como uma das expressões da existência humana, respeitando a autonomia e reforçando a dignidade, sendo um processo,

² "Conjunto de saberes, legislações e normativas, arquiteturas e estabelecimentos, práticas profissionais e instrumentos, costumes e preconceitos que sustenta a loucura como doença a ser curada" (ALVAREZ, 2015, p. 108)

portanto, muito além do que apenas a saída da instituição. Esses conceitos devem ser muito bem pontuados, para que não haja confusão entre ambos, e se aponte como desinstitucionalização algo que não é.

Outro conceito importante é o da transinstitucionalização (ALVAREZ, 2015), que também tem como característica a saída de um indivíduo do Hospital Psiquiátrico, mas que culmina na sua internação em outra instituição segregante. Na transinstitucionalização, não há rompimento com a lógica manicomial nem com o isolamento social das pessoas em sofrimento mental. A autonomia não é trabalhada nesse momento, nem mesmo a dignidade dos indivíduos, uma vez que a segregação ainda está presente. Não ocorre o rompimento com as instituições segregantes, e nestes espaços, não há liberdade ou reforço da autonomia, somente a retirada de pessoas de um lugar com o rótulo de hospital. Sendo diferente da desinstitucionalização, que procura promover a saída dos indivíduos, com a sua permanência no corpo social, trabalhando sua autonomia, para que estes continuem a manter suas vidas em espaços não segregantes.

Tendo em discussão ambos os conceitos – desospitalização e transinstitucionalização – e suas diferenças com o que realmente seria desinstitucionalização, apontam-se quais são os dispositivos que o Estado Brasileiro nomeia como estratégias de desinstitucionalização, e como estão realmente se encaixam no conceito de desinstitucionalização trabalhado dentro do Movimento Antimanicomial. Três estratégias são apontadas: os serviços residenciais terapêuticos, o Programa de Volta Pra Casa e os Leitos de Saúde Mental em Hospital-Dia.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) são serviços de moradia assistencial criados para indivíduos que passaram por um período de longa internação. Instituído na Portaria Nº 3.588 de 21 de Dezembro de 2017, do Ministério da Saúde, o objetivo oficial das SRTs é o resgate da autonomia daqueles que estiveram no processo de institucionalização, na tentativa de garantir seu convívio social, a promoção dos laços afetivos e a reinserção no corpo social e a retomada dos laços familiares perdidos durante a institucionalização.

As SRTs são divididas em duas categorias. O Tipo I está voltado às pessoas que estiveram em institucionalizações de longa duração que não possuem vínculos familiares. Essa modalidade de Serviço Residencial Terapêutico busca oferecer um serviço terapêutico mais individual, focando em cada pessoa e suas necessidades, de acordo com o que a análise feita sobre o grau de autonomia de cada um.

O Tipo II está mais voltado aqueles lidos como necessitados de maior grau de dependência institucional, que precisariam de cuidados permanentes devido à perda de subjetividade decorrente da institucionalização. Portanto, essa modalidade de Serviço

Residencial Terapêutico apresenta características que focam nas habilidades para vida diária, como higiene e autocuidado, tendo inclusive cuidadores para auxiliar as pessoas que estão na moradia assistencial.

Outra estratégia adotada para o fortalecimento da desinstitucionalização é o Programa De Volta Pra casa, instituído pela Lei N° 10.708/2003 e em regulamentação pela Portaria de Consolidação N° 5/GM/MS de 28 de Setembro de 2017. Trata-se um auxílio financeiro para pessoas em reabilitação que passaram por períodos de longa institucionalização, seja em hospitais psiquiátricos comuns, seja em hospitais de custódia para indivíduos autores de delito. O Ministério da Saúde elenca o Programa como a base da desinstitucionalização do Brasil, pois este se volta completamente para o estímulo do exercício de cidadania de forma plena na comunidade, em relação aos direitos civis e políticos.

Recebem o auxílio aqueles que estiveram em institucionalizações, tendo também o caráter indenizatório pelo tempo em que os indivíduos passaram tendo seus direitos privados e sendo desumanizados pelo espaço segregante do manicômio, que influenciaram na forma como a vida destes se desenha no momento da saída do espaço asilar. Pessoas que estiveram em situação de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico também podem receber o auxílio, desde que esteja em conformidade com a decisão judicial que se foca na medida de segurança, conforme o artigo 3° da Lei N° 10.708/2003.

Por fim, tem-se os Leitos de Saúde Mental em Hospital Dia, instituídos na Portaria SAS/MS N° 224 de 1992. Trata-se de uma modalidade que está entre o tratamento ambulatorial e a internação, cumpridos nos Hospital-Dia em Saúde Mental, onde são desenvolvidas diversas atividades que se empenham na tentativa de estabilizar o paciente que nele se encontra. Atividades de grupo e atendimentos familiares, para que haja uma maior compreensão sobre o quadro da pessoa em sofrimento mental, tanto por ela mesma quanto por aqueles que estão ao seu redor. Procura-se o apoio dos familiares, e são oferecidos programas de tratamento para que se tenha uma recuperação, e o indivíduo esteja mais estabilizado e possa voltar ao convívio social de forma plena.

Apresentadas estratégias de desinstitucionalização do Estado Brasileiro, cumpre verificar como cada um desses dispositivos se encaixam nessa ideia de ruptura proposta pela desinstitucionalização, na mudança na forma em que a loucura é encarada na sociedade, de modo a verificar como esses dispositivos são colocados na legislação. Esse é o principal ponto a ser entendido no próximo item do trabalho.

Discutindo estratégias: um passeio pelos dispositivos oficiais de desinstitucionalização

Entender como as estratégias de desinstitucionalização do Estado Brasileiro são apresentadas na legislação é de suma importância para analisar como esse fenômeno é tratado no Brasil. Cada estratégia possui seu objetivo específico, se diferenciando das outras pelo impacto que procura ter na vida do indivíduo em sofrimento mental. Nesta seção, abordaremos se esses dispositivos estão comprometidos com o conceito de desinstitucionalização e a proposta de ruptura com o que

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) tem como objetivo “ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares” (Ministério da Saúde, 2017). Como podemos perceber, a legislação pátria reconhece que o período de internação em espaços hospitalares enfraquece a subjetividade do indivíduo, rompendo com seus laços familiares e com sua sensação de pertencimento a uma determinada comunidade. As SRTs teriam, portanto, como meta, recuperar o que foi perdido durante esse período. É importante ressaltar que o processo de admissão em uma SRT passa pela análise dos vínculos familiares e da situação socioeconômica daqueles que pleiteiam uma vaga.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos procuram assegurar a moradia das pessoas em sofrimento mental que, ao saírem das longas internações, não possuem condições de se manter nem vínculos familiares para poder voltar.

Como já dito acima, temos dois tipos de SRTs. As de Tipo I são focadas na construção da autonomia dos indivíduos nela moradores, para que haja fortalecimento na inserção deste de volta à comunidade de onde foram segregados durante anos. Já as do Tipo II são mais focadas no que se julga “situação de maior dependência institucional”. Utilizando Goffman (2015), seriam as situações em que o indivíduo, após passar por situações de desumanização e passaram a se orientar somente na lógica hospitalar, estando não adaptados por completo à organização social. É importante ressaltar que a garantia do direito à moradia é de suma importância, em especial nesses casos de vulnerabilidade social e familiar.

Em ambos os casos, percebe-se que a dinâmica hospitalar asilar (GOFFMAN, 2015) orientou os indivíduo de modo em que há dano profundo à sua dignidade, e o grande desafio a ser realizado é a reparação desses danos, para que o indivíduo possa exercer seus direitos cívicos de forma plena, visto que há esse rompimento durante a internação (CORREIA, CERQUEIRA, 2017).

Segundo Júnior e Silveira, as SRTs tem por finalidade específica a garantia do direito à moradia daqueles que não as possuem e a emancipação dos moradores. Para tal, deve ser construída uma rede de atenção psicossocial multidisciplinar, capaz de reparar os danos causados durante a longa internação. Os Serviços Residenciais Terapêuticos tem como grande desafio resgatar a dignidade das pessoas em sofrimento mental que viveram parte de suas vidas em espaços hospitalares asilares.

Por isso, não basta desospitalizar os indivíduos. Retirá-los apenas dos hospitais e colocá-los em outros espaços que ainda mantém a lógica manicomial. A desospitalização

reificação de um saber, suas práticas correlatas e a manutenção das relações de poder que as sustentavam, esse processo resultou em uma série de consequências complicadas, que até hoje ressoam, e que, por isso, devem ser entendidas como um processo de desospitalização, em vez de desinstitucionalização. (ALVAREZ, 2015, p. 110)

Superando a noção de desospitalização, há também que se afastar da transinstitucionalização, ou seja, a negação da virada de como a loucura é encarada, ou seja, na manutenção da lógica asilar dentro de estratégias de apoio à saúde mental. É a saída do Hospital Psiquiátrico e a realocação em outra instituição que não possui nome hospitalar ou manicomial, mas que ainda institucionaliza o indivíduo e o julga incapaz de conviver socialmente.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos podem estar ligados a essa noção de transnacionalização, mascarada de desinstitucionalização, mas que ainda reproduz o discurso segregante. O grande alerta está na ausência de previsão de tempo mínimo ou máximo de permanência, ou em descrições mais detalhadas acerca das estratégias adotadas para que seus moradores possam, em algum momento, sair desses locais e construir suas vidas de forma autônoma.

O Tipo II de Serviço Residencial Terapêutico, com enfoque em indivíduos que supostamente necessitavam de maior acompanhamento devido ao grau de dependência institucional, não possui exatamente um plano de como tal acompanhamento é feito, ou se há probabilidade de saída. Essas questões não são regulamentadas pela Portaria N° 3.588/2017, o que dificulta o entendimento de que este dispositivo seja focado, de forma completa, na desinstitucionalização.

O auxílio financeiro a essas pessoas também é de suma importância. Portanto, a criação do Programa de Volta Pra Casa (PVC) possui especial relevância. Apontado como

uma estratégia de desinstitucionalização, o programa tem como objetivo o estímulo ao exercício da cidadania, dos direitos políticos e civis, de modo pleno (BRASIL, 2003).

Instituído pela Lei N° 10.708/2003, trata-se de um auxílio financeiro à pessoas em sofrimento mental que estiveram em longas internações psiquiátricas e possui os seguintes requisitos cumulativos para sua obtenção:

- I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos;
- II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;
- III - haja expresse consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa; IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional. (BRASIL, 2003)

É um benefício que também tem a função de indenização pelo período ao qual o indivíduo esteve em internação psiquiátrica, e tenta reabilitar estes à comunidade. Pode ser pago ao próprio sujeito do auxílio ou aqueles que por ele não responsáveis, caso este seja lido como incapaz de exercer atos da vida civil.

Algumas observações devem ser feitas sobre o PVC. Segundo Lima e Brasil (2014), muitas vezes o administrador do auxílio é o representante legal da pessoa em sofrimento mental. Em nenhum momento, a Lei N° 10.708/2003 se coloca enquanto estratégia de desinstitucionalização, a palavra nem ao menos é citada na lei. O valor também está aquém, sendo de 500 (quinhentos) reais, bem abaixo do salário-mínimo vigente.

Ainda que a autonomia financeira seja de suma importância, não se tem de forma concreta uma possibilidade de independência, seja pela falta de administração própria da quantia, seja pelo valor da quantia em si, que não está condizente com a subsistência no Brasil.

Essa noção de incapacidade reafirma o estigma que pessoas em sofrimento mental são expostas todos os dias, e nega a possibilidade de autonomia plena, um dos pilares da desinstitucionalização. A ausência da mudança de paradigma adiciona mais à insuficiência do programa, que não representa qualquer rompimento com a noção da loucura como problema ou condição incapacitante, criando um efeito placebo. Para que o Programa De Volta Pra Casa possa ser melhor encaixado em uma proposta de desinstitucionalização, é necessário que haja maior garantia de que o indivíduo possa ter maior controle do benefício, tanto quanto o possível, e que o valor seja reajustado, de modo que a subsistência do indivíduo seja assegurada.

O último tripé de estratégia de desinstitucionalização são os Leitos de Saúde Mental em Hospital-Dia, que existem desde a década de 60 no Brasil e hoje estão presentes em 11 municípios do país (BRASIL, 2021). A regulamentação deste dispositivo está na Portaria SAS/MS N° 224, de 1992 e o objetivo principal está em ser uma modalidade entre o tratamento ambulatorial e a internação, onde atividades são desenvolvidas a fim de estabilizar o indivíduo em sofrimento mental.

Há atendimentos em grupo, psicoterapias, e atendimentos à família, além de um programa de tratamento para o indivíduo durante a permanência deste no Hospital-Dia. Nas atividades desenvolvidas, ao longo do dia, há uma rotina a ser desenvolvida, e lógica hospitalar enquanto o indivíduo estiver no local. Recebe-se no local tanto pessoas que estiveram em situação de longa internação quanto pessoas que necessitariam de atenção hospitalar devido à gravidade de seu sofrimento mental.

A ideia principal está em evitar que haja internação a longo prazo dos indivíduos, mas a lógica hospitalar ainda está presente, levantando, novamente, a discussão acerca da transinstitucionalização (ALVAREZ, 2015). Este dispositivo se trata de um leito em hospital, onde ainda estão presentes características segregantes e a captura do tempo e da subjetividade do indivíduo (FOUCAULT, 2014), ainda que se procure evitar a institucionalização de longo prazo, pois ela ainda está presente, mesmo que por um breve período.

Não há rompimento com a ideia da loucura enquanto promotora de caos social, uma vez que se espera contenção e “estabilização” desses indivíduos, em busca da sua neutralização para então voltarem ao convívio social. Ainda que apontado como estratégia de desinstitucionalização, é necessário verificar até que ponto este dispositivo realmente rompe com o sistema manicomial e até qual momento realmente está focado na virada da concepção acerca do sofrimento mental.

Conclusão

Todos os dispositivos aqui apresentados, ainda que passíveis de crítica, apresentam avanços acerca da política de saúde mental no Estado Brasileiro. Reformas são necessárias para que se haja autonomia e maior independência dos indivíduos que estavam em situação de institucionalização, mas torna-se inegável a necessidade de continuar a se pensar estratégias para a ruptura com o conceito estagnante da loucura e passar a entendê-la enquanto existência-sofrimento, e não enquanto caos social. As políticas de desinstitucionalização propostas pelo Estado são de suma importância para o combate ao

saber manicomial no Brasil, ainda que precisem estar mais alinhadas a uma ruptura radical com estes mesmos saberes.

Referências

ALVAREZ, Alyne. **Crônicas (des)medidas**. Belém: Alt. Produções, 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=W6opH0NPVgA&t=8s>. Acesso em: 10 maio 2023.

ALVAREZ, Alyne. **Das vidas que não (se) contam: dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará**. 2015. Tese (Doutorado)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

CARVALHO, Salo de. **Antimanual de Criminologia**. São Paulo: Saraiva, 2015.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; PASSOS, Rachel Gouveia. **Dimensão Jurídico-Política da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Limites e Possibilidades**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.

FOUCAULT, Michel . **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1977.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais: Curso no College de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2015.

LIMA, M. C. P.; BOTEGA, N. J. Hospital-dia: para quem e para quê? *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 23, n. 4, p. 195–199, dez. 2001.

LIMA, Sheila Silva e BRASIL, Sandra Assis. Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 2014, v. 24, n. 01 pp. 67-88.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria De Consolidação N° 5. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde**. [S. l.], 28 set. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N° 3.588. 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**. [S. l.], 21 dez. 2017.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (Brasil). **Portaria SAS/MS nº 224**. [S. l.], 29 jan. 1992.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Parecer. **Parecer Sobre Medidas De Segurança E Hospitais De Custódia E Tratamento Psiquiátrico Sob A Perspectiva Da Lei N. 10.216/2001**, Brasília, 2011.

NEUSA, Guareschi; ANITA, Bernardes; TAMARA, Oliver; ANDREI, Weber. Vulnerabilidade social e o programa Hospital-dia: uma discussão sobre as políticas públicas em saúde mental. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, n. 40, p. 299-316, out 2006.

SANTOS JUNIOR, H. P. DE O.; SILVEIRA, M. DE F. DE A. Práticas de cuidados produzidas no serviço de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 788–795, dez. 2009.