


## Reflexões sobre a saúde mental enquanto pauta política no Brasil: Do processo de enclausuramento até a reestruturação da política nacional

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.018-013>

### Jorge Luiz Rubbo Abdo

Mestrando em Enfermagem e Saúde  
Instituição de formação: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo  
E-mail: [jorgeabdo@uesb.edu.br](mailto:jorgeabdo@uesb.edu.br)  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8080-9223>

### Sylvain René

Doutorando em Enfermagem e Saúde  
Instituição de formação: Universidade de Tecnologia do Haiti (UNITH-HAITI)  
E-mail: [sylvainrene04@gmail.com](mailto:sylvainrene04@gmail.com)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0562-7083>

### Larissa Helena Sacheto Abdo

Acadêmica de Medicina  
Instituição de formação: Universidade Anhembi Morumbi (UAM)  
E-mail: [abdolarissa3@gmail.com](mailto:abdolarissa3@gmail.com)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5057-5679>

### Temístocles Damasceno Silva

Doutor em Educação Física

Instituição de formação: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)  
E-mail: [tom@uesb.edu.br](mailto:tom@uesb.edu.br)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5932-9773>

### Ismar Eduardo Martini Filho

Doutor em Odontologia Legal  
Instituição de formação: Universidade de Uberaba – SP  
E-mail: [iemfilho@uesb.edu.br](mailto:iemfilho@uesb.edu.br)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1013-6951>

### Alba Benemerita Alves Vilela

Doutora em Enfermagem  
Instituição de formação: Universidade Federal de Sergipe  
E-mail: [albavilela@gmail.com](mailto:albavilela@gmail.com)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2110-1751>

### Sérgio Donha Yarid

Doutor em Odontologia Preventiva e Social  
Instituição de formação: Universidade de Uberaba – SP  
E-mail: [yarid@uesb.edu.br](mailto:yarid@uesb.edu.br)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6447-0453>

## RESUMO

O presente estudo de natureza teórico crítica teve como objetivo refletir sobre o processo de reestruturação da saúde mental no Brasil. Como metodologia, delineou-se o desenvolvimento de um estudo de reflexão teórica, na perspectiva de discorrer quanto ao fenômeno da reforma psiquiátrica brasileira, levando-se em consideração os estudos relacionados a temática, e que dialogassem sobre tais conhecimentos científicos. O processo da reforma psiquiátrica, iniciada na década de 90, teve como meta o combate ao enclausuramento por meio da desinstitucionalização dos indivíduos com diagnóstico clínico de doenças mentais, na busca em trazer de volta à sociedade, enquanto cidadãos, indivíduos portadores de doenças mentais, assim como em reestruturar o modelo de saúde psiquiátrica no país. Tal dinâmica alicerçou-se no ideário da humanização. A expansão dos Centros de Atenção Psicossocial, e por conseguinte, a diminuição do percentual de leitos em hospitais psiquiátricos, acompanhada por mudanças no processo trabalhista se apresentam como desdobramentos do referido processo.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica, Política de Saúde Mental, Atenção Psicossocial, Desinstitucionalização, Assistência à Saúde Mental.



## **1 INTRODUÇÃO**

A atenção estatal à saúde mental no Brasil é relativamente recente, remontando ao início do século XIX, quando a família real instaurou as primeiras medidas de assistência (Fonte, 2012). Nesse período, a abordagem era distante da humanização, focando na remoção dos doentes mentais da sociedade em vez de seu bem-estar. Considerados desajustados, representavam uma ameaça à ordem pública em uma fase de consolidação nacional. Assim, o tratamento baseado no confinamento foi adotado, visando unicamente manter a ordem, em vez de promover a recuperação e inclusão dos indivíduos afetados.

Decorridos mais de vinte anos, defensores de uma reforma no modelo de assistência psiquiátrica lutavam pelo que acreditavam ser o resgate da dignidade e da cidadania das pessoas com algum tipo de sofrimento mental. Assim, reivindicavam o fim das hospitalizações psiquiátricas no Brasil, um procedimento envolto por contradições e denúncias de abusos e violações. Ainda que o texto aprovado, diferentemente da proposição original, não tenha orientado a extinção dessas instituições, mesmo assim constituiu um novo modelo de tratamento para a questão de saúde mental no território brasileiro (Amarante, 1998).

Com isso, a Lei 10.216, promulgada em 6 de abril de 2001, apontou um marco histórico na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) no Brasil, encerrando uma longa luta por uma reforma no modelo de assistência psiquiátrica (Brasil, 2001; Amarante, 2007; Yasui, 2010; Amarante; Nunes, 2018). Defensores buscavam resgatar a dignidade e cidadania das pessoas com transtornos mentais, exigindo o fim das hospitalizações psiquiátricas devido a relatos de abusos. Embora a lei não tenha eliminado tais internações, introduziu um novo modelo de tratamento com enfoque em recursos fora dos hospitais e garantiu direitos aos que sofrem de transtornos mentais. Esta conquista foi celebrada pelos envolvidos e marcou uma nova fase na Política Nacional de Saúde Mental (Amarante, 1998).

Por conseguinte, considerando a pertinência da matéria e a vinculação destes pesquisadores à área da saúde, inserida no campo das políticas públicas de saúde no país, o presente estudo teve como objetivo o desenvolvimento de reflexões correlatas ao processo de reestruturação da saúde mental no Brasil.

## **2 OS POSICIONAMENTOS INTERNACIONAIS SOBRE A SAÚDE MENTAL E OS DESDOBRAMENTOS NO CONTEXTO NACIONAL**

As consequências da Segunda Guerra Mundial causaram grandes mudanças nas relações humanas e conseqüentemente, provocaram diversos posicionamentos de entes governamentais e não-governamentais. Dentre estes, destaca-se a Organização das Nações Unidas com base na criação da Declaração dos Direitos Humanos em 1948.

De acordo com Vasconcelos, 1992, esse processo impulsionou mudanças nas percepções do tratamento para as pessoas com transtornos mentais. Novos paradigmas de entendimento das doenças mentais surgiram, afastando-se do modelo biomédico focado apenas na doença, seus sintomas, medicamentos e internação, para uma abordagem guiada pelo modelo do cuidado à saúde mental preventiva e comunitária.

Ao contextualizar a saúde mental no Brasil torna-se possível verificar que a referida pauta se caracteriza por disparidades de modelos assistenciais. As variações nos entendimentos sobre loucura e adoecimento mental influenciaram a formação de diversas práticas de cuidado. O contexto sociopolítico, econômico e a organização do sistema de saúde também colaboraram para a mudança das instituições e suas abordagens.

O marco inicial do cuidado enclausurado se deu no Rio de Janeiro, a partir do surgimento do Hospício Pedro II em 1841. A ideia era retirar da convivência social aqueles que simbolizavam intimidações à sociedade, baseando-se em pressupostos higienistas e na liberdade privada. Nesse período, os asilos existentes, possuíam características religiosas e de caridades. Com isso, o Hospício Pedro II começou a ser regido pela psiquiatria científica, ampliando a abordagem medicalizante, após a Proclamação da República (Messas, 2008; Yasui, 2010).

Apesar de a Reforma Psiquiátrica no Brasil surgir concomitantemente ao movimento sanitário nos anos 70<sup>1</sup>, seus acontecimentos apresentaram uma singularidade que se insere no contexto internacional de superação da violência nos hospitais psiquiátricos para além da aprovação de novas leis e normas, assim como, alterações nas políticas governamentais e serviços de saúde (Brasil, 2002).

A Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, organizada pela Organização Panamericana da Saúde, em Caracas - Venezuela, de 11 a 14 de novembro de 1990, endossou a necessidade de revisão dos cuidados relacionados aos pacientes com transtornos mentais. O referido evento reconheceu a incapacidade social do manicômio com base em quatro eixos: ético-jurídico, clínico, institucional e sanitário. Logo, evidenciou-se as condições desfavoráveis aos direitos humanos e civis dos pacientes bem como o atendimento inadequado às necessidades de saúde mental da população e dos serviços de saúde.

Tal evento possibilitou a criação de um documento com o objetivo de proteger pessoas com problemas mentais e melhorar o amparo à saúde mental. Esse documento enfatizou o direito ao consentimento para o tratamento, avanço significativo na relação entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde. Consequentemente, o Brasil adotou tais premissas por meio da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (OPAS, 1990; Brasil, 2002).

---

1. Esse movimento, objetivava transformações na gestão, e nos modelos de atenção no campo da saúde, defesa da saúde coletiva, igualdade na oferta de serviços e maior participação dos trabalhadores e usuários na gestão e produção de tecnologias de cuidado (Brasil, 2001).

A Lei Paulo Delgado sancionada em 2001, após 12 anos de discussão no Congresso Nacional, mudou a forma como a assistência em saúde mental era ofertada, priorizando o tratamento em serviços comunitários e protegendo os direitos das pessoas com transtornos mentais. No entanto, a lei não estabeleceu um plano claro para extinguir os manicômios. A divulgação da Lei 10.216 impulsionou o movimento da reforma em nosso país. Em meio a isso, o estado desenvolveu uma política para a saúde mental alinhada com as diretrizes da RPB, criando linhas específicas de financiamento para serviços a serem desenvolvidos em substituição ao hospital psiquiátrico.

Nesse ínterim, surge em 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, fundamentalmente importante para a concretização dessas mudanças, pois promoveu um diálogo entre diferentes atores envolvidos no setor, incluindo todos os públicos participantes, como: usuários, familiares, profissionais da saúde e gestores. Essa participação ampla, desde os gestores aos usuários do sistema, foi essencial para a formulação de políticas públicas mais inclusivas e eficazes (Brasil, 2001).

Segundo dados do Ministério da Saúde, houve uma expansão da rede de atenção à saúde mental por meio do atendimento as regiões onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. A criação do Programa "De Volta para Casa" se apresenta como tentativa governamental de desinstitucionalização de pessoas que ficaram muito tempo internadas. Paralelamente, cria-se uma política de recursos humanos vinculada a Reforma Psiquiátrica e outra para lidar com o álcool e drogas, incluindo a estratégia de redução de danos. Posteriormente, inicia-se o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, reunindo cerca de dois mil profissionais e pacientes dos CAPS (Brasil, 2005).

De acordo com Costa-Rosa, 2003, o paradigma da atenção psicossocial ganhou materialidade por meio do CAPS tendo em vista os elementos teóricos, técnicos, ideológicos e éticos para se contrapor ao modelo assistencial historicamente construído pelo paradigma psiquiátrico. Dados do Governo Federal apontam a existência de 1.000 unidades do CAPS em 2006. Além disso, o montante de recursos financeiros destinados aos serviços comunitários ultrapassou o montante do que era executado pelos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2006). Diante do exposto, observa-se que a RPB criou e expandiu o número de CAPS no país.

A reestruturação e ampliação dos CAPS teve seu destaque, provocando o acesso à criação de diferentes modalidades de atendimento, tais como: CAPS-AD (álcool e drogas), CAPS-II (para casos mais graves) e CAPS-AJ (para atenção à infância e juventude), entre outros. Com isso, esses centros foram projetados visando ofertar não apenas uma alternativa ao modelo hospitalar, mas proporcionar um ambiente mais humano e favorável à recuperação e reinserção social dos pacientes para a comunidade (Brasil, 2005). É válido destacar a expressiva redução dos leitos destinados à psiquiatria após a RPB após 2008. Para Fernandes, 2018, esse processo trouxe o aumento de novas estratégias de atendimento na comunidade, autonomia e cidadania para os indivíduos em sofrimento mental.



Em 2008 foram designados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), com a premissa do apoio em saúde mental às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesse mesmo ano, a conferência de saúde foi constituída para prestar apoio as NASFs, sendo caracterizado por defender uma sociedade mais justa e acolhedora, trazendo melhores condições de vida para os cidadãos que enfrentam sofrimento mental, integrando a luta por equidade social com a promoção do bem-estar psicológico dos indivíduos (Andrade e Maluf, 2017; Delgado, 2019).

A reintegração de pessoas com longos históricos de internação ao convívio social, assim como a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos, tornou-se uma política pública no Brasil a partir dos anos 90, ganhando impulso em 2002 com normas do Ministério da Saúde que estabeleceram mecanismos claros, eficazes e seguros para reduzir o número de leitos nesses hospitais.

No entanto, para avaliar o ritmo dessa redução em todo o país, é necessário considerar o histórico de implantação dos hospitais psiquiátricos nos estados, bem como a adoção das diretrizes da Reforma Psiquiátrica em cada região, uma vez que o processo de reintegração pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade, dependendo sempre da cooperação entre as três esferas governamentais. (Brasil, 2005).

### **3 O SISTEMA HOSPITALAR PARA A PSIQUIATRIA**

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar para a Psiquiatria (PNASHP) é um instrumento de gestão crucial para a redução e fechamento gradual, planejada e acordada, de leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil. Instituído em 2002 pelo Ministério da Saúde, o PNASHP permite aos gestores avaliar a qualidade da assistência prestada pelos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos, fornecendo-lhes critérios para uma atenção psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse processo avaliativo sistemático e anual também possibilita o descredenciamento de hospitais que não atendam aos padrões de qualidade estabelecidos (Brasil, 2002).

Antes do PNASHP, os sistemas para controle e avaliação desses hospitais destinados à psiquiatria eram restritos, baseando-se em supervisões hospitalares realizadas por supervisores do Sistema Único de Saúde e em fiscalizações ou auditorias motivadas por denúncias de mau funcionamento das unidades. A implementação do PNASHP ao introduzir um sistema de avaliação abrangente e periódico, foi fundamental no processo da reorganização da saúde mental no Brasil. A saúde agora segue um processo sistemático e anual, realizado por profissionais de três áreas complementares: a clínica, a vigilância sanitária e a regulamentação. Esse trabalho integrado, visa garantir a qualidade e a segurança dos serviços da saúde (Brasil, 2005).

No entanto, a reforma psiquiátrica é um processo complexo e multifacetado que busca sistematizar o modelo da saúde mental brasileira, promovendo a desinstitucionalização e incluindo

socialmente essas pessoas que antes eram banidas do convívio na comunidade, por serem doentes mentais. Essa reforma tem como um de seus pilares a ideia de desinstitucionalização, que implica não apenas o fechamento de manicômios, mas também a criação de uma rede de serviços de saúde mental que ofereça cuidado integral e abrangente, baseado na comunidade e nos territórios onde as pessoas vivem. intervenção (Rotelli, Leonardis e Mauri, 1990).

De igual importância, a negociação e pactuação entre os diferentes níveis gestores, os Conselhos Comunitários de Saúde, e prestadores de serviços de saúde mental, são essenciais para a implementação efetiva da RPB. Entendendo com isso, que a reforma requer um enfoque integrado e coordenado, que envolve o processo da transferência dos recursos destinados a este fim. Visando o respeito na definição das políticas públicas, na criação de serviços alternativos aos manicômios e a garantia de que os direitos dos usuários do sistema de saúde mental. (Desviat, 2015).

As comissões intergestoras bipartite e tripartite são espaços importantes para a negociação e pactuação de políticas e ações relacionadas à Reforma Psiquiátrica. Nesses espaços, representantes dos diferentes níveis de governo e da sociedade civil se reúnem para discutir e definir estratégias, alocação de recursos e metas a serem alcançadas no âmbito da saúde.

A participação dos Conselhos Comunitários de Saúde é crucial, pois eles representam a voz da comunidade e podem contribuir para a formulação de políticas que sejam mais adequadas às necessidades locais e que promovam a inclusão e a participação dos usuários do sistema de saúde mental no processo de tomada de decisão.

Sendo assim, a RPB, faz parte de um processo que requer um trabalho conjunto e uma articulação entre diferentes atores, com o objetivo de garantir que as pessoas com doenças mentais tenham acesso a serviços de qualidade, baseados na comunidade e que respeitem seus direitos e dignidade, entendendo que seu objetivo principal está pautado na desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais, com destaque para aquelas que estão há muito tempo enclausuradas.

Para cada redução significativa desses leitos de internação, se faz necessário ampliar a rede de atenção à saúde mental com base na necessidade de cada comunidade, isso implica, saber implementar ações específicas para a reinserção social dos indivíduos com história de internação prolongada, assim como, implantar estratégias como residências terapêuticas e adesão ao Programa De Volta para Casa (Brasil, 2005).

Nesse caminhar, é válido externar que esses avanços refletem uma mudança de paradigma na forma como a sociedade brasileira enxerga e trata a saúde mental, valorizando a humanização do cuidado, a autonomia dos indivíduos e a sua inserção na comunidade. A Reforma Psiquiátrica Brasileira continua sendo um processo em constante evolução, enfrentando desafios e buscando melhorias contínuas no atendimento às pessoas que vivenciam problemas de saúde mental (Brasil, 2005).

No entanto, a trajetória da transformação da assistência psiquiátrica em nosso país, segue de forma irregular, com avanços e retrocessos, não deixando de mencionar as tensões nas disputas pelo poder da nação. Não obstante aos desafios, diversos estudos demonstram que essa reforma alcançou progressos significativos, com destaque para a substituição do cuidado hospitalar pela expansão da rede comunitária, mesmo que de forma gradual (Amarante e Nunes, 2018; Clementino *et al.*, 2019; Lima, 2018; Onocko-Campos *et al.*, 2018).

Notadamente, o período de transição do cuidado institucionalizado para o meio comunitário, provocou um aumento expressivo nos repasses dos recursos financeiros para os serviços extra-hospitalares. A reforma psiquiátrica vivencia significativos avanços desde sua criação, conquanto ainda escassos, na intensificação de seus serviços.

Todavia, a estigmatização social dos indivíduos em sofrimento mental ou com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas ainda é uma realidade a ser superada, apesar dos avanços com a reforma psiquiátrica. De igual modo, a reprodução de práticas burocratizadas e enraizadas, bem como a escassa juntura intra e extrasetorial, são aspectos a serem enfrentados para a melhor efetivação do processo de reforma.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, percebe-se que o avanço na política da saúde mental no Brasil se deu com a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial, na busca por substituir o modelo hospitalocêntrico existido anteriormente. Contudo, ainda existem pressupostos a serem vencidos, como a obrigatoriedade de mais investimentos em pesquisas no intuito de comprovar a efetividade desse modelo, a capacitação dos profissionais, o fortalecimento da intersetorialidade e a ampliação da rede de serviços.

Destarte, o estigma histórico em relação às pessoas com transtornos mentais é uma barreira a ser enfrentada. O que remete a destacar a importância em abordar essas questões para solidificar a mudança do modelo de atenção à saúde mental em toda nação brasileira. Estabilizar os novos serviços com o modelo tradicional de atenção hospitalar é inevitavelmente um desafio a ser enfrentado.

Apesar dos avanços com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS III, sendo hoje os únicos serviços efetivamente voltados para o cuidado ao paciente em crise, vindo a substituir os hospitais psiquiátricos, percebe-se que a visão da internação integral ainda é tida como uma solução para as tensões familiares. Sendo assim, capacitar e o envolver os cuidadores familiares é fundamental para consolidar o novo modelo de atenção.

Todavia, recapitular a trajetória da institucionalização da saúde mental no Brasil, mostra que aceitar a coexistência de manicômios e comunidades terapêuticas com os serviços substitutivos, contesta os princípios e os objetivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, remetendo ao modelo de



segregação, encarceramento e preconceito. A justificação da reforma psiquiátrica é a defesa do direito à cidadania e de uma sociedade mais igualitária, permitindo que aqueles que enfrentam desafios de saúde mental tenham a sua voz e sofrimento reconhecidos e abordados.





## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: v. 23, n. 6, p. 2.067-2.074, 2018.

AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo (org.). *Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, [1995] 1998.

ANDRADE, Ana P. M. D.; MALUF, Sônia W. Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 273-284, 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA - ABP. *Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil*, Rio de Janeiro, 2006. Mimeo.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001.

BRASIL. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. Ministério da Justiça. *Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico*. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. *Manual do Programa De Volta para Casa*. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CLEMENTINO, F. S. *et al.* Atendimento integral e comunitário em saúde mental: Avanços e desafios da Reforma Psiquiátrica. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, e0017713, 2019.

COSTA-ROSA, A. *et al.* Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. p. 13-19. IN: Amarante, P. (Coord.) *Arquivos de saúde mental e atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

DELGADO, P. *Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte*. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0021241, 2019.



DESVIAT, Manuel. A reforma psiquiátrica. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

FERNANDES, Cristofthe J. Reforma psiquiátrica (im)possível? estudo documental e analítico (2008 a 2017). 2018. 137f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Ceará, 2018.

FONTE, ELIANE M. M. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. Estudos de Sociologia, Pernambuco: v. 1, n. 18, 2012.

LIMA, Aluísio F. Os movimentos regressivos-progressivos da reforma psiquiátrica brasileira. *In*: LIMA, Aluisio F. (Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018. p. 15-34.

MESSAS, G. P. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. História, Ciências, Saúde: Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 65-98, 2008.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, DC, v. 42, n. 18, e113, 2018.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação. Milão: OPAS, 1990.

PASSOS, Izabel C. F. Loucura e Sociedade: Discursos, práticas e significações sociais. Belo Horizonte, Editora Argumentum, 2009.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. *In*: NICÁCIO, Maria F. S. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-60.

VASCONCELOS. Do hospício à comunidade: mudança sim, negligência não. Belo Horizonte: Segrac, 1992.

YASUI, Silvio. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.