

**UNIVERSIDADE TIRADENTES  
CURSO DE PSICOLOGIA**

**HEYVSON DA SILVA BRITO  
JÉSSICA SANTANA VIANA  
LARISSA LUIZA FEITOSA DA SILVA**

**AS CONTRIBUIÇÕES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA PARA O  
MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

**ARACAJU**

**2019**

**HEYVSON DA SILVA BRITO**  
**JÉSSICA SANTANA VIANA**  
**LARISSA LUIZA FEITOSA DA SILVA**

**AS COTRIBUIÇÕES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA PARA O  
MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de curso  
apresentado como um dos pré-requisitos  
à obtenção do título de Bacharel em  
Psicologia, da Universidade Tiradentes.

Orientadora: Tais Fernandina Queiroz

**ARACAJU**

**2019**

**HEYVSON DA SILVA BRITO**  
**JÉSSICA SANTANA VIANA**  
**LARISSA LUIZA FEITOSA DA SILVA**

**AS CONTRIBUIÇÕES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA PARA O  
MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de curso  
apresentado à Universidade Tiradentes  
como um dos pré-requisitos à obtenção  
do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Banca Examinadora

---

**PROF. MSC. TAIS FERNANDINA QUEIROZ**  
Orientadora

---

(MSc. Nara Fabiana Mariano)  
Esp.1ª Examinadora

---

(PhD. Maria do Socorro Sales Mariano)  
Esp.2ª Examinadora

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos primeiramente a Deus por nos dar forças para superar todos os obstáculos até aqui percorridos.

Aos nossos pais, amigos e familiares, pela paciência, por nos acolher nos momentos difíceis e por todo o apoio nos dado durante essa jornada.

À orientadora Tais Fernandina Queiroz que contribuiu com o engrandecimento do nosso trabalho, com dedicação, comprometimento, que nos conduziu da melhor maneira possível e nos proporcionou um novo olhar sobre a saúde mental.

As psicólogas Camila, Gabriela Fontes e Laíra Rolim pelas contribuições dadas durante o período em que estivemos como estagiários no Hospital São José, período este que nos trouxe grandes ensinamentos na prática em saúde mental.

Agradecemos também a nossa banca examinadora pela disponibilidade e por ter aceito o nosso convite.

Conheça todas as teorias, domine todas  
as técnicas, mas ao tocar uma alma  
humana, seja apenas outra alma humana.  
(JUNG, Carl)

## **RESUMO**

As contribuições da reforma psiquiátrica para o modelo de atenção a saúde têm a ver com a eliminação gradual dos manicômios e buscando que o indivíduo com transtorno mental possa ser incluído na sociedade e visto como um cidadão. O presente estudo possui como objetivo estudar essas contribuições para poder entender quais foram as suas consequências na sociedade. Os conceitos empregados ao decorrer desta pesquisa bibliográfica trazem como a loucura era vista no Brasil do século XIX até como ela é vista hoje, juntamente a trajetória da assistência em saúde mental no Brasil. O estudo traz também um breve estudo sobre o que seria a loucura e a normalidade. Realizaram-se pesquisas bibliográficas para a elaboração do trabalho, com a finalidade de conhecer mais a fundo o tema proposto. Os resultados encontrados através deste estudo foram vistos através de programas sociais, como o Programa de Volta para Minha Casa e a criação e expansão gradativa dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica. Psicologia. Saúde mental.

## **ABSTRACT**

The contributions of the psychiatric reform to the health care model have to do with the gradual elimination of asylums and seeking that the individual with mental disorder can be included in society and seen as a citizen. The present study aims to study these contributions in order to understand what their consequences were in society. The concepts used in the course of this bibliographic research show how the madness was seen in Brazil from the nineteenth century to how it is seen today, together with the trajectory of mental health care in Brazil. The study also provides a brief study on what would be crazy and normalcy. Bibliographical research was done to elaborate the work, with the purpose of knowing more about the proposed theme. The results found through this study were seen through social programs, such as the Return to My Home Program and the gradual creation and expansion of the CAPS.

**Keywords:** Psychiatric Reform. Psychology. Mental Health.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 FUNDAMENTAÇÃO	
<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>	
2.1 A visão da loucura no Brasil do século XIX	
<b>Error! Bookmark not defined.</b>	
2.2 Loucura x normalidade	
<b>Error! Bookmark not defined.</b>	
2.3 O sujeito biopsicossocial	
<b>Error! Bookmark not defined.</b>	
2.4 A reforma sanitária	
<b>Error! Bookmark not defined.</b>	
2.5 Trajetória da assistência em saúde mental no Brasil	
<b>Error! Bookmark not defined.</b>	
2.6 O surgimento da reforma psiquiátrica no Brasil	
<b>Error! Bookmark not defined.</b>	
3 METODOLOGIA	
<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>	
4 DISCUSSÃO	
<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>	
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	
<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>	
REFERÊNCIAS	
<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>	

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa estudar as contribuições do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, para a reorientação do modelo de cuidado em saúde Mental. A escolha do tema foi motivada pelo atual contexto de retrocesso no tocante à Política de Saúde Mental adotada pelo Ministério da Saúde. Esse retrocesso tem a ver com a volta dos manicômios, por isso há a necessidade de se entender e conscientizar-se sobre esse assunto, a fim de evitar que isso ocorra. É necessário deixar em destaque o quanto a reforma psiquiátrica é necessária para oferecer uma melhor qualidade de vida ao sujeito em situação de sofrimento Psíquico.

Segundo Pitta (2011), na sociedade civil e na população em geral, o estigma com a loucura persiste e de vários modos, explícitos ou sutis. Evidências disso são localizadas na não escuta e não credibilidade da palavra dessas pessoas denominadas de “loucas” gerando uma crônica postergação de suas demandas. Também presente num certo descompromisso ético-político por parte de profissionais de saúde, profissionais do direito, da previdência e assistência social, que administram com ambiguidade a ideia de uma sociedade onde o louco e o usuário de substâncias psicoativas sejam pares, parceiros na definição de políticas e nos seus próprios tratamentos.

Para Amarante (2003), a Reforma Psiquiátrica representa um processo social desafiador que trás mudanças importantes no cuidado em saúde mental, compreendendo mudanças jurídicas no que diz respeito aos direitos de indivíduos que possuem transtornos mentais. Dessa forma, ao invés dos hospitais psiquiátricos, deve-se priorizar a existência de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais, residências terapêuticas, redes de atenção à saúde mental, sempre considerando as individualidades e condutas de cada lugar.

O cuidado de uma saúde mental não diz respeito apenas da ausência de transtornos mentais. De acordo com Lima (2011), esse cuidado tem a ver com uma concepção polissêmica, assim como projetos de transformações, processualidades e invenções constantes. Um passo importante nesse cuidado é a assistência na criação de autonomias possíveis, através das individualidades de cada sujeito.

Lima (2011) prossegue dizendo que ação de cuidar se constitui como a essência do trabalho em saúde mental na Reforma Psiquiátrica, pois a mesma propõe novos modos de lidar com a loucura a partir de uma crítica contundente à

racionalidade médica biologizante. Para tanto, o cuidado deve estar mais voltado para a invenção de uma vida social ética e potente do que preocupado com uma cientificidade tradicional.

No Brasil atual, observa-se uma regressão no que diz respeito a política de atendimento a saúde mental, uma vez que o poder público tem destinado recursos para a ampliação dos hospitais psiquiátricos e comunidades Terapêutica, contrariando a Lei 10.216/01 e estimulando o tratamento excludente.

Diante das contribuições se fez necessário evidenciar a importância da reforma psiquiátrica para o modelo de atenção à saúde mental no Brasil, compreendendo a nova metodologia assistencial para o cuidado do indivíduo com transtorno mental.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO

### 2.1 A visão da loucura no Brasil do século XIX

Segundo Resende (2007), o Hospício D. Pedro II, inaugurado no ano de 1852, na cidade do Rio de Janeiro, pode ser considerado o marco inicial da assistência psiquiátrica brasileira, por tratar-se do primeiro hospital de ordem psiquiátrica do país, baseado minuciosamente no modelo asilar configurado pelos psiquiatras franceses Jean-Étienne Dominique Esquirol e Philippe Pinel.

De acordo com Passos (2009), de forma tardia, apenas a partir do Século XIX foi que a loucura passou a ser um objeto de intervenção do Estado no Brasil, nesse período histórico brasileiro o país vivia sob um regime monárquico, tratando-se de uma colônia lusitana, e foi após a chegada da Família Real Portuguesa ao Brasil, que a loucura entrou como pauta de estudos e interesse do Estado. Nesse período de mudanças no cenário sociocultural e político do nosso país, os loucos eram vistos como “resíduos da sociedade e uma ameaça à ordem pública”, sofrendo punições ao primeiro sinal de agressividade ou comportamento disfuncional para os padrões da época, punição que era mais assídua a depender da classe socioeconômica ao qual o sujeito enlouquecido pertencia, esses eram conduzidos ocasionalmente para os porões das Santas Casas de Misericórdia, em um local sob péssimas condições de higiene e cuidados básicos, onde eram amarrados e mantidos presos por tempo indeterminado. (PASSOS, 2009, p. 104).

De acordo com Machado (1978), no Hospício D. Pedro II, o regime médico consistia em um assistencialismo focado na internação e isolamento do indivíduo louco, sendo utilizada como medida prioritária o isolamento aos familiares, medida que levava bastante em consideração questões socioeconômicas relacionadas à família do interno, em caso de pertencer as classes econômicas menos favorecidas o isolamento era indiscutível, porém em relação as famílias pertencentes à aristocracia ou que possuíam uma condição financeira favorável, o interno poderia ser liberado para que os familiares pudessem trancafiar o membro familiar louco em seus próprios aposentos residenciais, pois acreditava-se que ela poderia reproduzir um hospício no interior da sua própria residência.

Segundo Resende (2007), as instituições psiquiátricas surgiram em um

contexto conturbado, em que a sociedade visualiza o doente mental como ameaça à ordem social, e essas instituições estavam a chegar como solução para essa demanda de acordo com a perspectiva da sociedade da época. Durante esse período a Sociedade de Medicina embasada pelos princípios das técnicas vigentes no continente europeu, frisava a importância em ofertar um assistencialismo adequado ao doente mental.

De acordo com Engel (2001), as primeiras realizações dos alienistas no Brasil, estavam relacionadas na ampliação do conceito sobre a insanidade mental, e a partir desse conceito de ampliar o que seria determinado como anormal e digno de intervenção e internamento, muitos indivíduos sofreram reclusão social sem ao menos ter um diagnóstico de transtorno mental, sob acusação desses sujeitos possuírem comportamentos disfuncionais para os padrões pré-estabelecidos no que diz respeito à ordem sociocultural, atitudes consideradas imorais determinadas pelos próprios alienistas.

## 2.2 Loucura x normalidade

Pensando em como a loucura era vista no Brasil no século XIX, faz-se necessário explicitar uma diferença entre o que seria loucura e o que seria normalidade.

Foucault (2005), diz em seu livro chamado A História da Loucura, que a alma dos loucos não é louca. Mais o que seria essa alma? Ele fala que a alma aparece como um instrumento de atuação que possui ligação com o poder e saber em relação ao corpo, no desenvolvimento de constituição do corpo histórico dos indivíduos.

A loucura é uma doença da alma e do espírito, quando o corpo padece a alma entende, mas quando a alma é martirizada o corpo não compreende, e pode chegar à loucura. De modo que a prática do internamento é uma medida que consente nos homens de bem o julgamento da loucura, um julgamento que resolve no isolamento e em afastar o indivíduo um tanto quanto singular, do convívio coletivo. (FEIER 2014, p. 133).

Carnaúba et al. (2017), diz que a colocação da loucura e do louco é vista como se estivesse em um local distante e incerto. Algo que foge do padrão, trazendo a ideia de algo que necessita ser posto de volta em seu lugar.

Segundo com Ey (1977), conforme citado por Amaral (2014), o surgimento do fenômeno psicótico estaria localizado em uma lesão neurológica, responsável por uma falha no desenvolvimento psíquico do indivíduo. Ey diz que a loucura, por roubar o livre arbítrio, é uma patologia ligada a liberdade. Ele vê o homem como livre e autodeterminado, sustentando seu pensamento em um humanismo filosófico. Complementa enfatizando que os transtornos mentais são uma afronta e um impedimento da liberdade, não sendo originários por uma atividade livre, isto é, puramente psicogenética. Ele e Lacan entraram em uma discussão por anos, pois um psiquiatra não enxerga a loucura da mesma forma que um psicanalista.

Mas como determinar a diferença entre a loucura e a razão, ou seja, a

loucura e a normalidade?

Esta torna-se uma forma relativa à razão ou, melhor, loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. Cada uma é a medida da outra, e nesse movimento de referência recíproca elas recusam, mas uma fundamenta a outra (FOUCAULT, 2005, p. 30).

Carnaúba et al. (2017), diz que a loucura é resultante de uma construção cultural, na qual, uma cultura se enxerga como normal, enquanto em uma outra, tais comportamentos podem ultrapassar os limites do que é imposto por aquela sociedade, e dessa forma, o sujeito fora dos padrões desejados naquele contexto específico, será visto como anormal ou patológico e assim a compreensão do que é normalidade começa a ser algo relativo.

### 2.3 O sujeito biopsicossocial

Pensando a respeito do que seria a loucura e a normalidade, é interessante trazer um conhecimento acerca do sujeito biopsicossocial.

Primeiramente, Jodelet (2009), diz que o sujeito não seria um ser isolado em sua forma de vida, mas sim instantaneamente social; um sujeito que interioriza, que toma posse das representações ao mesmo tempo em que interfere na sua construção. Ela prossegue mencionando que os sujeitos devem ser destacados não como seres únicos, mas como atores sociais ativos, afetados pelos diversos aspectos da vida cotidiana, que se progride em um contexto social de interação e de inscrição.

Foi observado que Pez (2013), citou Bruni (1989) em uma definição interessante de sujeito.

Ponto de partida do saber moderno, o Homem é concebido como sujeito ativo, autor de seu próprio ser, seja destinado à revolução, à liberdade ou à conquista da natureza. É no interior de um projeto em que seu ser deve se realizar, que o Homem se revela como sujeito, construindo-se a si próprio PEZ (2013, p. 02, apud BRUNI, 1989, p. 200)

Quando se fala no conceito de sujeito, também é necessário que se esclareça a noção de subjetividade. Para Mansano (2009), a subjetividade tem a ver com a uma produção constante que ocorre através de situações em que presenciamos com o outro. Dessa forma, esse outro pode ser entendido não apenas como o outro social, porém, sendo visto também como a natureza, os acontecimentos, invenções, tudo que possa produzir alguma consequência nos corpos e nas formas de viver.

Portanto, a subjetividade é produto das redes da história, descentrada do indivíduo, coletiva e nunca individual; é inventada e atende a interesses determinados. A subjetividade é produzida nos registros coletivos da sociedade e da cultura, através de mecanismos

e estratégias das mais diversas, definindo modos de existência regulados por leis, verdades, crenças, valores, configurando formas de vida que definem o jeito do sujeito se experienciar no mundo. A invenção de formas de vida nada mais é do que a produção de subjetividades. (GUIMARÃES; MENEGHEL 2003, p. 357).

Esse sujeito está inserido em uma sociedade. Dentro de uma sociedade, há indivíduos, costumes e valores. Existem alguns pré-requisitos para que os membros constituintes de uma sociedade possam ser considerados saudáveis. Entre eles estão a paz; habitação adequada em tamanho por habitante, em condições adequadas de conforto térmico; educação pelo menos fundamental; alimentação imprescindível para o crescimento e desenvolvimento das crianças e necessária para a reposição da força de trabalho; renda decorrente da inserção no mercado de trabalho, adequada para cobrir as necessidades básicas de alimentação, vestuário e lazer; ecossistema saudável preservado e não poluído; justiça social e equidade garantindo os direitos fundamentais dos cidadãos (SANTOS; WESTPHAL, 1999 apud Pereira et al. 2011).

É importante destacar o conceito de saúde, deixando claro não apenas a ausência de doença, mas uma noção de bem-estar físico e mental. Para Mendes (1999), saúde é consequência de um processo de produção social que designa a qualidade de vida de uma sociedade, tendo em vista que essa qualidade de vida diz de um estado de existência do ser humano no seu viver cotidiano, seja ele isolado ou coletivo.

## 2.4 A Reforma Sanitária

Segundo, Paim (2008), a proposta da Reforma Sanitária surgiu através de um movimento da sociedade civil brasileira em favor da democracia, dos direitos sociais e um novo sistema de saúde. Isso virou um projeto mediante a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nessa conferência, foi debatido por cerca de um ano a formulação da proposta do que hoje é conhecido como o SUS.

Essa formulação foi acompanhada e monitorada pela Plenária Nacional de Saúde, fórum dinâmico integrado por entidades sindicais, movimentos sociais, entidades da Reforma Sanitária, parlamentares e outros, e o histórico Simpósio de Política Nacional de Saúde de 1989, que superou a resistência conservadora contra a apresentação e tramitação da Lei Orgânica da Saúde no Congresso Nacional. Todos estes eventos dos anos 1980 só foram viáveis com mobilização, organização e força política provenientes da condução fortemente progressista da ampla frente política pelas liberdades democráticas e democratização do Estado, que articulou o pluralismo partidário, as diferentes matrizes ideológicas e os corporativismos da época em torno do ideário republicano (coisa pública) dos direitos sociais e papel do Estado. (SANTOS 2009, p. 22).

Menicucci (2009), fala que durante a Constituição Federal de 1988 foram determinados princípios e diretrizes para que houvesse uma reorganização do Sistema de Saúde através de um entendimento de igualdade e comprometimento com a população. Com isso, houve a criação do SUS, que incorporou a saúde como direito, trazendo uma noção de cidadania, que naquela época ainda estava em expansão. Algumas características do SUS têm a ver com atender a todos, de acordo com suas necessidades; atuar de maneira integral; ser descentralizado; se organizar de forma que possam ser oferecidos ações e serviços conforme as necessidades da sociedade, ser eficaz e eficiente e ser democrático.

O SUS possui uma proposta que abrange uma série de coisas positivas para a sociedade, no entanto, ele apresenta muitos problemas atualmente. Pereira et al. (2011), fala de uma dificuldade na qualificação de profissionais da saúde e

como isso trás consequências no funcionamento do sistema. Ela prossegue destacando os problemas na dimensão coletiva, onde torna claro que a superação destes não poderá ocorrer unicamente através de decisões de um contexto hospitalar ou auxílio médico. Seu combate requer uma ação de saúde coletiva, evidenciando uma promoção de saúde e na prevenção de doenças, do trabalho em equipe interdisciplinar, que pode ser praticável com o envolvimento da sociedade, incluindo gestores, profissionais e usuários do sistema.

## 2.5 Trajetória da assistência em saúde mental no Brasil

Visto o fenômeno da Reforma Sanitária, a assistência em saúde mental no Brasil percorreu um longo caminho até hoje.

Segundo Castel (1978), os primeiros alienistas eram profissionais dedicados às causas sociais, geralmente eram jovens com sede por aprendizado e ambiciosos, no entanto desprovidos de um conhecimento científico sobre o universo da loucura, geralmente eram atraídos pelos ensinamentos do renomado psiquiatra francês Jean-Étienne Dominique Esquirol, esse que por sua vez aliava em seus métodos o conhecimento científico proveniente da Medicina nas ambições filantrópicas. Ainda segundo Castel (1978), nessa determinada época a psiquiatria teria desempenhado, simultaneamente, a ocupação de administrar a loucura, e a função de transferir o impacto ocasionado pelo problema, condicionando-a em uma demanda tipicamente técnica.

Segundo Passos (2009), havia a necessidade de providenciar uma substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos por um modelo que visava outras abordagens como foco comunitário e na reinserção do louco na sociedade, em contraste com o modelo que visava o isolamento do doente mental, desse modo com a inversão de modelos o indivíduo com distúrbios facilitaria a reinserção social e a manutenção da identidade do sujeito.

Ainda segundo Engel (2001), durante as primeiras décadas do século XX, especificamente na década de 1920, houve uma acentuada tendência eugenista, ou seja, partindo do pressuposto de uma limpeza social, baseada nos princípios científicos da eugenia, essa ideologia foi adotada de certo modo pela psiquiatria brasileira na época, todavia sem ocasionar o rompimento ideológico dos referenciais organicistas, desse modo explanando uma perspectiva preventista.

Para Venâncio (2007), na década de 1940 a Saúde no Brasil atravessava um processo de ampliação, modernização e centralização, buscando atingir um nível mais elevado em relação ao assistencialismo prestado à população, portanto nesse momento foram realizadas reformulações nas políticas de Saúde, surgindo assim serviços nacionais classificados de acordo com as patologias, gerando um modelo verticalizado de assistencialismo, e partindo desse princípio surgiu o Serviço Nacional de Serviços de Doenças Mentais (SNDM).

Segundo Amarante (1998), a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), teve a sua fundação no ano de 1923, sob a perspectiva de uma higienização mental, embasada na ideologia eugenista, surgiu como um sistema social de intervenção sob o intuito de realizar uma espécie de limpeza na sociedade, e para isso era visto como necessária a ação de retirada dos doentes mentais e pessoas com comportamentos determinados como afrontadores para o “bem-estar” social. Através de um rigoroso processo de controle social e cada vez mais alcançando um poderio mais abrangente de intervenção, havia a pretensão da psiquiatria em relação a recuperação das raças e a composição de uma sociedade mais “saudável”.

De acordo com Costa (1989), a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), possuía como lema os termos “controlar, tratar e curar” e as manifestações da ordem psíquicas eram interpretadas como representações desencadeadas em decorrência do meio social e de caráter étnico/racial do indivíduo julgado como insano, levando em consideração os fatores orgânicos e biológicos como indicadores de uma pré-disposição à loucura.

Ainda segundo Costa (1989), dentro da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) existiam vertentes, algumas mais radicais que outras, e na mais radical delas que era liderada por Gustavo Riedel, era norteada pelo conceito de estabelecer e preservar a moralidade comportamental, a partir de um discurso que pregava a pureza da raça, e a necessidade em manter um padrão nem que para isso fosse necessário a esterilização dos pervertidos, além de propor melhorias sanitárias e alterações de hábitos de vida das pessoas com o indicativo de que tais mudanças seriam necessárias para a prevenção das doenças mentais, nesse contexto o alcoolismo aparecia como um dos fatores desencadeantes.

Amarante (1998) relata que, durante as décadas de 1940 e 1950 houve um crescimento em relação a expansão de hospitais públicos nos estados brasileiros, esse avanço foi sustentado pelo decreto-lei 8.555/1946, que permitia ao Serviço Nacional de Serviços de Doenças Mentais (SNDM) a realização de construções de hospitais psiquiátricos sob o aval dos governos estaduais, em um período em que a medicina psiquiátrica almejava se estabelecer como especialização médica, e foi justamente nesse momento histórico que foram adicionados ao exercício da psiquiatria brasileira alguns instrumentos como a utilização da eletroconvulsoterapia, a insulinoaterapia, a psicocirurgia e o uso daquele

que talvez tenha ocupado o posto de ferramenta mais conhecida de uso psiquiátrico, o choque cardiazólico.

De acordo com Resende (2007), a nova política de saúde que permitia a construção de mais hospitais públicos em meados dos anos de 1950, não foi suficiente para ocasionar melhorias significativas nesse contexto, pois a saúde no país continuava apresentando uma situação medíocre estruturalmente e assistencialmente falando, e os hospitais psiquiátricos continuaram a operar a exclusiva função de isolamento e exclusão do doente mental, a atenção psiquiátrica no âmbito do assistencialismo público continuava precária, não acompanhando as evoluções ocorridas em outras partes do mundo, ou inserindo os avanços de forma bastante lenta e imprecisa em relação aos modelos estadunidenses e europeus, sem mencionar que o uso de fármacos para o controle de pacientes psicóticos só passou a ser administrado em território nacional à partir de 1955. O mesmo autor acrescenta que todo esse contexto acabou ocasionando junto à população uma falta de confiança em relação a eficácia da assistência psiquiátrica nos hospitais públicos.

De acordo com Tenório (2002), a partir de 1964, após o golpe militar houveram algumas mudanças relacionadas ao modelo de assistencialismo destinado ao doente mental, pois houve uma cobertura maior que abrangeu as populações socioeconômicas menos favorecidas, nesse período os militares articularam a privatização assistencial e o modelo asilar, ocasionando um considerável aumento no número de leitos nas clínicas e hospitais psiquiátricos, alcançando a demanda da época em que hospitais públicos e conveniados. Ainda segundo Tenório (2002), o sistema continuava a impulsionar a internação e isolamento do doente mental, uma vez que as indicações de internações não eram tão transparentes, muitas vezes ficando à critério familiar ou do médico, nesse contexto tudo apontava para a internação como a opção analisada como mais viável, as empresas hospitalares possuíam na internação uma fonte lucrativa, e como não havia uma fiscalização do estado, havia o que na época foi denominada como “indústria da loucura”.

A década de 1940, foi marcada por diversas experiências de transformação nos hospitais psiquiátricos, havendo assim três grandes grupos: o primeiro focado em abordar a psiquiatria a partir do próprio modelo psiquiátrico (comunidade terapêutica e psicoterapia constitucional); o segundo grupo, que

colocava a comunidade como base para o desenvolvimento do tratamento (psicoterapia de setor e psiquiatria comunitária- ou preventiva); e um terceiro grupo, que questionava os princípios da psiquiatria e suas práticas (antipsiquiatria e psiquiatria democrática italiana), todos eles partiram do pressuposto de que o ambiente hospitalar é dispensável na recuperação dos pacientes (Amarante, 2003).

Na França um dos maiores representantes do movimento que originou a reforma psiquiátrica foi Pinel, ele foi responsável pelo reconhecimento de um percentual de sanidade no sujeito classificado como insano, ou seja, existia a presença de um "sujeito da loucura", dessa maneira é admitida a possibilidade de um bem-sucedido trabalho terapêutico, levando em consideração que o conhecimento clínico psiquiátrico e o manejo terapêutico são indispensáveis. (Swain, apud Serpa, 1996).

A reforma psiquiátrica vivenciada na Itália é considerada inspiradora e modelo a ser seguido posteriormente no processo de reforma ocorrido no Brasil, salientando que a base da proposta italiana partiu do pressuposto de que os fatores e condições existenciais são determinantes no que diz respeito às configurações sociais, e aos problemas relacionados no contexto médico-paciente, além das relações interpessoais presentes no âmbito social, ou seja, a experiência ocorrida na Itália levou em consideração as relações com caráter exploradores e baseadas em meios de opressão existente na sociedades, como parâmetro para análise do modelo manicomial e psiquiátrico. (Barros 1994).

No início da década de 70, foi iniciado um trabalho de desmanche da estrutura manicomial italiana e a partir disso ocorreu o processo de desinstitucionalização, que consiste em uma assistência mais voltada para o atendimento comunitário, levando a extinção do manicômio e das diversas formas de violência que ocorriam nas instituições psiquiátricas tradicionais. (Rotelli 2000). Ainda segundo Rotelli, a experiência de Trieste foi fundamental para constatar a possibilidade de um atendimento mais humanizado, oferecendo atenção e cuidados ao paciente, produzindo meios de sociabilidades e permitindo a subjetividade daqueles que necessitavam de assistência psiquiátrica.

## 2.6 O surgimento da reforma psiquiátrica no Brasil.

Após, os acontecimentos da primeira metade do século XX, na década de 70 deu-se início ao Movimento de Reforma Psiquiátrica. Esse movimento pode ser definido como um processo complexo, partindo do pressuposto de que esse processo histórico teve alcance em quatro dimensões: jurídico-política, sociocultural, teórico conceitual e técnico assistencial.

O movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira pode ser considerado um marco histórico fundamental em relação a qualidade do assistencialismo no âmbito da Saúde Mental, o contexto sociocultural da época em que os acontecimentos primordiais ocorreram é bastante significativo para uma compreensão mais acentuada em relação aos motivos que desencadearam a reforma. Em meados do Século XX a política assistencialista psiquiátrica brasileira era baseada no princípio de internação e isolamento dos indivíduos que sofriam de distúrbios mentais e recorriam ou eram encaminhados aos cuidados médicos, no entanto essa política mostrava-se defasada e não era visível um caráter satisfatório em relação a recuperação dessas pessoas, nesse caso foi necessário repensar sobre um novo lugar para o sujeito intitulado louco e para a loucura para a sociedade, que ao longo dos séculos construiu uma visão estigmatizada da loucura. (AMARANTE, 2007)

Segundo Amarante e Torre (2010), a organização denominada Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) sustentava a deplorável “indústria da loucura”, e no final da década de 1970, especificamente no ano de 1978, ocorreu a “fase crítica institucional”, que pode ser analisada como o estopim para a reforma psiquiátrica brasileira, durante esse ano que tornaram-se evidentes diversas denúncias em relação aos maus tratos, agressão, precarização das condições estruturais e ambientais dos hospitais psiquiátricos, e mortes não esclarecidas de internos, além de outras denúncias que estouraram na época, causando inquietação e revolta por parte daqueles que almejavam uma reforma psiquiátrica, com o intuito de modificar para melhor essas condições precárias em

que eram submetidos os doentes mentais, e a partir desse momento começaram a ocorrência de encontros e congressos organizados pela militância do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o que pode ser definido como o nascimento da Reforma Psiquiátrica do Brasil.

Segundo Oliveira e Alessi (2005), A partir da década de 1980, as representações sociais contra o modelo psiquiátrico vigente estavam cada vez mais explícitas, o país atravessava os resquícios de uma ditadura militar, a sociedade em sua maior parte reivindicava por uma configuração democrática que permitisse uma maior expressão ideológica, nesse contexto alguns teóricos se sobressaíram e mostraram-se importantíssimo no que se refere ao arcabouço teórico científico da reforma psiquiátrica brasileira, dentre esses autores destacaram-se os pensamentos ideológicos de Michel Foucault, Erving Goffman e Franco Basaglia, dentre outros importantes pensadores.

De acordo com Delgado (2007), o pensamento dos militantes da reforma psiquiátrica brasileira teve significativa influencia do modelo psiquiátrico democrático italiano, com destaque para as ideias do renomado psiquiatra italiano Franco Basaglia. Ainda segundo Delgado (2007), ao término da década de 1980, mais especificamente no ano de 1987 foi realizada na cidade do Rio de Janeiro, aquela que viria a ser a I Conferência Nacional de Saúde Mental, e conseqüentemente no ano de 1989 foi iniciado um projeto de lei com a intenção de regulamentar os direitos do cidadão com distúrbios mentais e a extinção dos manicômios no país, fechando com chave de ouro a década de 1980, que também foi o período em que surgiram no Brasil os primeiros Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e o fechamento de alguns manicômios ao redor do país.

Segundo Amarante e Torre (2010), na década de 1990, houveram marcos importantes para a continuidade do movimento reformista, nessa década foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, além da Declaração de Caracas. Nessa época foram inseridas as primeiras normas federais que regulamentavam a inserção dos serviços de atenção diária, embasadas na vivencia adquirida a partir do funcionamento dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e Núcleo de Apoio Psicossocial - NAPS. Ainda de acordo com Amarante e Torres (2010), nessa época a reforma psiquiátrica passou a focar em medidas substitutivas para os antigos manicômios, nesse contexto começaram a aparecer os

serviços extra-hospitalares, além de novos serviços no âmbito da assistência à saúde mental.

Segundo (FONTE) 2012, foi no ano de 2003, durante o governo do presidente Lula, que houve o desenvolvimento do movimento de desinstitucionalização no qual obteve um avanço significativo, devido a elaboração de medidas para a redução de leitos psiquiátricos e o aumento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que trouxe o encerramento de diversos hospitais psiquiátricos. Tudo isso fez parte do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS e contribuiu para o avanço da reforma psiquiátrica, trazendo uma forma de mudança em relação ao modelo de atenção a saúde, através de propostas que colocam em evidência o acolhimento e a humanização.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), é preciso ressaltar a importância estratégica que os CAPS – Centro de de atenção psicossocial tem para a reforma psiquiátrica brasileira, pois é através desses serviços que passa a ocorrer a possibilidade organização de uma rede que possa substituir o os hospitais psiquiátricos no país. O CAPS possui como objetivos fornecer atendimento clínico em regime de atenção diária, para que não ocorra a internação em um hospital psiquiátrico; trazer à tona a inserção social dos indivíduos portadores de transtornos mentais através de medidas intersetoriais; verificar a entrada da rede de assistência em saúde mental em sua zona de atividade e fornecer um suporte à atenção em saúde mental na rede básica. Dito isso, cabe ao CAPS estabelecer uma ordem em relação a rede de atenção aos indivíduos portadores de transtornos mentais nos municípios.

A política de saúde deveria ser reorientada para interferir em prol de uma proteção social que defenda os interesses públicos, baseada em princípios solidários. Para isso é preciso uma política que proteja os objetivos do SUS, mesmo que mantendo híbrido o sistema de saúde brasileiro, mas tornando-o mais voltado para as necessidades de uma proteção social solidária e menos desigual. Certamente o ponto central está em simultaneamente avançar na redução da injustiça fiscal e propiciar o aumento de recursos públicos para o financiamento das ações e serviços de saúde e regular de forma

mais efetiva as relações entre o SUS e o segmento de serviços privados, em particular o de seguros e planos de saúde. (NORONHA, 2013)

De acordo com Zappa e Oliveira (2018), foi um longo processo até chegar aqui, porém, tudo isso é algo que ainda está em curso. Em constante mudanças e construções, a situação atual necessita de crescimento e aperfeiçoamento, já que faz parte e não há como abrir mão do Sistema Único de Saúde (SUS) e da reforma sanitária, para que uma política de atenção à saúde universal, integral e igualitária possa se tornar estável. Isso tem a ver com uma alteração da política de exclusão que ainda faz parte do meio social atual, e é um processo persistente e veemente. É necessário que sejam feitas mudanças na capacitação dos profissionais, no modelo gerencial e nas abordagens clínicas.

### 3. METODOLOGIA

Analisando a temática presente nesse artigo buscamos ressaltar as contribuições da Reforma Psiquiátrica para o modelo assistencial de atenção e cuidado ao usuário da rede de saúde mental no Brasil.

O presente artigo possui um caráter bibliográfico, revisando através de obras e levantamentos já publicados por teóricos e estudiosos na área saúde mental.

Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (DEMO, 1989, p. 32).

A partir da coleta de materiais bibliográficos através de livros, artigos através das plataformas do Google acadêmico, ScientificElectronic Library Online (SciELO – Brasil). Para busca os artigos utilizamos palavras chaves: reforma psiquiátrica, saúde mental, psicologia, loucura com base no tema escolhido.

Foram utilizados artigos voltados para a reforma psiquiátrica de acordo com o tema proposto nesse artigo, utilizando livros, conteúdos de revistas científicas para embasar de forma teórica desde o período do Brasil Império até os dias atuais.

#### 4. DISCUSSÃO

Segundo Amarante e Torre (2010), a Reforma Psiquiátrica no Brasil consiste em um importante movimento ocorrido durante meados do século XX, com seu marco inicial ocorrido na década de 1970, e que foi caracterizado por um período de lutas que perduraram por três décadas, e foi marcada por avanços e conquistas no âmbito da saúde mental.

Para Delgado (2007), a relevância da Reforma Psiquiátrica tem a ver não apenas com a construção de novas atuações voltadas para a assistência à saúde mental, mas também as transformações voltadas para esse lugar social que é concedido a loucura, e as pessoas que necessitam de atenção e cuidados psíquicos, partindo do ideal da substituição do modelo centrado na internação manicomial para um modelo assistencialismo mais humanizado e com a perspectiva de reinserção do usuário na comunidade.

Feier (2014), fala que desde a antiguidade a visão da loucura na sociedade é marcada por estigmas, que sustentaram movimentos separatistas e preconceituosas, que foram usadas como forma de excluir os indivíduos classificados como loucos, que por qualquer motivo que seja, apresentam uma maneira de se comportar de forma incompreendida e diferenciada em relação aos modelos de comportamento que são impostos pela sociedade. O indivíduo considerado louco, não possui conhecimento de que a sua loucura é o transparecer de uma forma de criação de sentido que ele faz em relação a sua própria visão de realidade, é o sentido que esse indivíduo interpreta e dar significado ao seu mundo.

A loucura é entendida como a expressão excessiva daquilo que constitui o homem: a identificação a alguma coisa, tornando-se essa coisa. O louco era entendido a partir dos deuses, destes passou a ser compreendido pela possessão demoníaca, do diabo ao olhar e saber da ciência para sair como o senhor de seu sentido. Sendo assim, é possível afirmar que o louco é uma construção da época em que vive, um ser que hoje é, já não mais com as amarras que Pinel soltou, mas controlado pela vergonha de uma sociedade que não suporta se reconhecer neste lugar dito alienado e, portanto, deve

afastar, senão por explicações divinas, diabólicas ou médicas, o homem insano da sua responsabilidade (FRANÇOIA, 2005, p. 50).

Resende (2007), menciona que o Movimento de Reforma Psiquiátrica foi marcado pela Luta Antimanicomial que buscou implantar um sistema de transformação não apenas nas atividades que possuem ligação com a saúde mental, mas no que diz respeito ao social, e de suma importância na tentativa de extinguir o modelo manicomial e apagar as feridas que poderiam recordar os chamados manicômios.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2005), o presidente Lula criou o Programa de Volta para Casa e esta tem sido uma grande ferramenta efetiva na contribuição da reintegração social dos indivíduos que possuem um grande histórico de hospitalização. Tem a ver com um método bastante fortalecedor da emancipação de sujeitos com transtornos mentais e do movimento de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios. Este programa, funciona através de um pagamento realizado mensalmente de um auxílio-reabilitação, que tem um valor por volta de R\$ 240,00 e diz de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e representa um grande avanço no que diz respeito a inclusão social de sujeitos com histórico de grandes períodos de internamentos em hospitais psiquiátricos.

Menicucci (2005) fala que em 2006 houve um grande aumento no número de CAPS, trazendo um estímulo para a reforma psiquiátrica, com o intuito da “desospitalização” pelo Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Houve também uma um esforço para uma mudança no que diz respeito ao modelo de atenção a saúde, através de projetos que deram prioridade ao acolhimento e a humanização.

O Ministério da Saúde (2011), diz que entre os anos de 2003 a 2010, ocorreu uma reorganização a respeito da assistência hospitalar psiquiátrica em um procedimento administrado e firmado, que tornou possível que a diminuição do número de leitos e de hospitais psiquiátricos fosse ligada com a criação e expansão gradativa de uma rede de atenção aberta, diversificada e inserida na sociedade, com base estratégica nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ações de saúde mental na atenção básica, Programa De Volta para Casa e programas de inclusão

social pelo trabalho.

Amarante e Nunes (2018), falam sobre a criação da RAPS – Rede de atenção psicossocial no ano de 2011 e que trás uma nova noção no agrupamento de ações em saúde mental no SUS, cujo os principais propósitos são uma maior cobertura do acesso à atenção psicossocial dos cidadãos.

Segundo Cedro e Souza (2010), Através de estudos, foi possível visualizar que, a reforma psiquiátrica favoreceu na melhoria da qualidade de vida do indivíduo portador de transtorno mental, melhorando a inclusão social dos sujeitos ao tornar possível trocas sociais e contribuir com a cidadania e singularidade.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho evidencia o movimento de reforma psiquiátrica ocorrido no Brasil, sob a influência de movimentos precursores ocorridos principalmente na Europa em países como Itália e França. Os movimentos de Reforma Psiquiátrica que antecederam e influenciaram a reforma brasileira partiram do pressuposto do processo desinstitucionalização, e um modelo assistencial baseada no atendimento voltado para comunidade, visando a reintegração social do paciente, desmerecendo a necessidade de internação permanente em hospitais psiquiátricos e manicômios.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi um movimento de fundamental importância para o modelo de atenção a saúde mental, em decorrência das suas inúmeras contribuições no âmbito hospitalar e assistencial comunitário, objetivando não apenas a extinção dos manicômios, mas o direito do sujeito com sofrimento psíquico de buscar alternativas de tratamentos sem a necessidade de internação, em um modelo que prioriza a reinserção social.

Durante as últimas décadas, o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira alcançou avanços significativos, entre os quais podemos citar a substituição dos manicômios, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando o acesso no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico, um assistencialismo mais ativo através das intervenções ocorridas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e o Núcleo de Atendimento Psicossocial (NAPS), além das diversas estratégias de política de saúde mental. A saúde mental no Brasil tem atravessado por um período difícil, pois vem sofrendo alguns ataques que podem levar a um possível retrocesso, resgatando a prática manicomial, desconsiderando as conquistas adquiridas ao longo dos anos através da Reforma, principalmente no que diz respeito ao tratamento humanizado.

Consideramos a necessidade de uma maior mobilização política e social em benefício da atenção em saúde mental, necessária para maiores avanços, no que diz respeito ao suporte para os usuários da rede de assistência básica, visando uma melhor qualidade de vida e a reinserção na sociedade.

## REFERÊNCIAS

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

CASTEL, Robert: **A Ordem Psiquiátrica - A idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

COSTA, J. F. 1989. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro, Xenon.

ENGEL, M. G. 2001. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios** (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

FONTE, Eliane M. M. **Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil**. Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE. v. 1, n. 18 (2012)

FOUCAULT, Michel. **História da loucura: na idade clássica**. Tradução José Teixeira Coelho Neto. 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GIDDENS, Anthony. **A constituição da sociedade**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

GUIMARÃES, Cristian F; MENEGHEL, Stela N. **Subjetividade e saúde coletiva: produção de discursos na re-significação do processo saúde-doença no pós-moderno**. REVISTA MAL-ESTAR E SUBJETIVIDADE / FORTALEZA / V. III / N. 2 / P. 353 - 371 / SET. 2003.

JODELET, Denise. **O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais**. Sociedade e Estado, Brasília, v. 24, n. 3, p. 679-712, set./dez. 2009.

LIMA, E. J. B. **O cuidado em saúde mental e a noção de sujeito: pluralidade e movimento**. In: SPINK, MJP., FIGUEIREDO, P., and BRASILINO, J., orgs. Psicologia social e personalidade [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; ABRAPSO, 2011, pp. 109-134.

MACHADO, R. M. 1978. **A danação da norma**. Graal.

MANSANO, Sonia R. V. **Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade**. Revista de Psicologia da UNESP, 8(2). 2009.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **O Sistema Único de Saúde, 20 anos: ... Saúde Pública** [online]. 2009, vol.25

Mendes E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>

NORONHA, JC., and PEREIRA, TR. **Princípios do sistema de saúde brasileiro**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 19-32.

PAULA, K. V. S. **A questão da saúde mental e atenção psicossocial: considerações acerca do debate em torno de conceitos e direitos**. Resenhas e Críticas Bibliográficas. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18 [ 4 ]: 829-840, 2008.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 356 pp.

PASSOS, I. C. F. 2009a. **Loucura e Sociedade: Discursos, práticas e significações sociais**. Belo Horizonte, Argvmentvm Editora.

PEZ, Tiaraju D. P. **Pequena análise sobre o sujeito em Foucault: a construção de uma ética possível**. Especialização em Ensino de Sociologia – Uel. 2013.

PINHEIRO, Lara. **Atendimento à saúde mental terá nova diretriz no Brasil; entenda 4 pontos e veja opiniões contra e a favor**. Jornal G1. Rio de Janeiro, 2018. [acesso em 29 de mar 2019]. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/02/12/nova-politica-de-saude-mental-e-alvo-de-criticas-entenda-4-pontos-e-veja-opinioes-contras-e-a-favor-das-medidas.ghtml>>

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas.** Ciênc. saúde coletiva[online]. 2011, vol.16, n.12

RESENDE, H. 2007. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica.** In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Orgs.). Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis, Ed. Vozes.

SANTOS, N. R. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro. v. 33. n. 81, p. 13-26, jan.labr. 2009

Secretaria da saúde. **(SPP/DVSAM - SAÚDE MENTAL) Definição de saúde mental.** Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

World Health Organization. **O Peso das Perturbações Mentais e Comportamentais.** Portugal: WHO; 2001 [acesso em 11 mar 2019]. Disponível em: <[https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_ch2\\_po.pdf](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_po.pdf)>

ZAPPA, Martha. OLIVEIRA, Edmar. **A reforma psiquiátrica corre risco no novo governo.** Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 2018. [acesso em 29 mar 2019]. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/artigo-reforma-psiquiatica-corre-risco-no-novo-governo-23268103>>