

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: HISTÓRICO E ANÁLISE DO SEU CONTEXTO ATUAL MENTAL HEALTH POLICY IN BRAZIL: HISTORY AND ANALYSIS OF ITS CURRENT CONTEXT



Beatriz Pinheiro Santos Duarte¹, Guilherme Augusto Detome Vertelo¹,
João Lucas Pereira Mariano¹, Diego Freire Marincek²

¹ Discentes do curso de Medicina – Centro Universitário Atenas, Paracatu - MG, Brasil.

² Docente do curso de Medicina – Centro Universitário Atenas, Paracatu – MG, Brasil.

Artigo Original

Resumo

Introdução: O início da reforma sanitária brasileira abriu espaço para novas discussões acerca da democratização do acesso à saúde do Brasil. Nesse contexto, instalou-se a reforma psiquiátrica brasileira que almejava a garantia de direitos às pessoas com psicopatologias e o fim dos manicômios. **Metodologia:** Foram analisadas e incluídas publicações disponíveis nas plataformas Scholar Google e Biblioteca Virtual de Saúde. **Resultados e Discussão:** Desde 1980, o Brasil desenvolve leis e políticas intentando a aquisição dos direitos das pessoas com transtornos mentais que visam a atenção clínica e a inserção social. O surgimento do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) foi um marco fundamental para o tratamento e tentativa de reinserção desses pacientes, contando com apoio de outras políticas públicas. Contudo, a aprovação da resolução 32 pela Comissão Intergestora Tripartite colocou em risco esses avanços. Desde 2016, assiste-se à tentativa de desmonte das políticas de saúde mental no Brasil, isso ameaça o atendimento de milhares de pessoas, sendo um retrocesso perante a trajetória da reforma psiquiátrica. **Considerações finais:** O incentivo à hospitalização dos pacientes com transtornos mentais favorece a tendência de retorno ao modelo manicomial, contribuindo para a marginalização social destes que mesmo após décadas de luta, são estigmatizados pela sociedade.

Palavras-chave: Doença mental; Reabilitação Psiquiátrica; Assistência Social Psiquiátrica; Reforma dos Serviços de Saúde

Abstract

Introduction: The beginning of the Brazilian health reform opened space for new implications for the democratization of access to health in Brazil. In this context, a Brazilian psychiatric reform was set up that aimed at guaranteeing the rights of people with psychopathologies and the end of asylums. **Methodology:** Publications available on the Scholar Google and Virtual Health Library platforms were analyzed and included. **Results and discussion:** Since 1980, Brazil has developed laws and policies aimed at acquiring the rights of people with mental disorders aimed at clinical care and social inclusion. The emergence of the Psychosocial Support Center (CAPS) was a fundamental milestone for the treatment and reintegration of these patients, with the support of other public policies. However, the approval of resolution 32 by the Tripartite Interagency Commission jeopardizes these advances. Since 2016, there has been an attempt to dismantle mental health policies in Brazil, this threatens the care of thousands of people, being a setback to the trajectory of psychiatric reform. **Final considerations:** Encouraging the hospitalization of patients with mental disorders favors the tendency to return to the asylum model, contributing to the social marginalization of those who, even after decades of struggle, are stigmatized by society.

Keywords: Mental Illness; Psychiatric Rehabilitation Psychiatric Social Assistance; Health Services Reform

Introdução

O No início da década de 1970, iniciou-se a Reforma Sanitária Brasileira, que foi caracterizada por diversas vertentes de debates a fim de viabilizar a democratização de acesso à saúde e concretizar outras transformações necessárias em todo o setor de saúde. No mesmo contexto que iniciou a reforma psiquiátrica brasileira, surgiram movimentos reivindicando direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais, visto que havia a prevalência, não só no Brasil, mas no mundo, do modelo manicomial.¹

Houve avanços significativos no decorrer dos anos. As discussões culminaram na criação de leis, tais como a Lei 10.216/01, responsável por assegurar o direito de acesso ao tratamento de saúde de acordo com a necessidade do paciente, e ainda garantiu o cuidado com humanidade e respeito. Algumas políticas públicas importantes também surgiram, como a criação e ampliação dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS).²

No entanto, o que se percebe, atualmente, é o retrocesso de anos de discussões, debates e conquistas. A Comissão Intergestora Tripartite (CIT) assinou a resolução nº 32/17 que inseriu novamente o hospital psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial e vem gradativamente provocando o desmonte da Política de Saúde Mental no Brasil.³

Metodologia

Foi realizada revisão integrativa de literatura nas bases de dados Scielo e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram analisadas e incluídas 35 publicações em Língua Portuguesa utilizando os descritores “Reforma Psiquiátrica”, “Política de Saúde Mental” e “Centro de Atenção Psicossocial” dispostas em um recorte temporal de 2001 a 2021. A busca pelos artigos foi realizada no período de dezembro de 2020 a março de 2021.

Foram selecionados artigos que abordassem a desenvoltura da Política de Saúde Mental Brasileira, a infraestrutura atual para o seu funcionamento e reflexões sobre o futuro desta política no país. Ademais, foram excluídos trabalhos que não abordassem o contexto da Saúde Mental e sua funcionalidade no Brasil.

Resultados e Discussões

Abordagem Histórica

Um dos ramos da Reforma Sanitária Brasileira em 1970 foi a situação da Saúde Mental no país, que tinha como sua principal vertente o modelo manicomial, responsável por submeter pacientes

institucionalizados a tratamentos pouco efetivos e a situações violentas. Essa conjuntura culminou no surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978, cujo objetivo era denunciar e expor a realidade que viviam os pacientes psiquiátricos.^{4,5}

Não só a Reforma Sanitária influenciou na Reforma Psiquiátrica. Em 1978 foi aprovada a Lei 180 de 13 de maio de 1978 na Itália, apelidada de Lei Basaglia, que determinou a extinção progressiva dos manicômios em território nacional. Essa lei tornou a Itália um importante modelo na luta antimanicomial e influenciou a reforma psiquiátrica Brasileira. Tanto que, Franco Basaglia, psiquiatra italiano que teve um importante papel na reforma do sistema de saúde de seu país, esteve presente no I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições em que teve contato com o MTSM. Logo em janeiro de 1979 foi realizado o I Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental o que impulsionou ainda mais a reforma psiquiátrica no Brasil.⁶

É importante mencionar que havia entidades contrárias à reforma, como por exemplo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), o que deixou o processo alvo de muitas tensões e debates. A década de 1980 foi marcada por conferências e congressos voltados para trabalhadores da área de saúde mental, mas as discussões não se limitaram somente a esse grupo. O marco principal dessa década foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contou com a participação não só de trabalhadores, mas de intensa participação social. Este fator engajou ainda mais movimentos e ampliou as reivindicações, caminhando para a institucionalização da reforma sanitária brasileira que ocorreu em 1988, na elaboração da Constituição Federal. Ocorreram outros eventos em 1987 como o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, são considerados muito importantes em se tratando da defesa e debate acerca da elaboração da política de saúde mental.⁷

Devido à grande repercussão dos movimentos e debates, em 1989 surgiu o projeto de Lei Paulo Delgado que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção de manicômios. No entanto, essa lei só foi aprovada no dia 06 de abril 2001, sendo numerada Lei 10.216. Apesar desse hiato temporal, pode-se afirmar que essa lei foi imprescindível para que a Reforma Psiquiátrica avançasse no Brasil.⁸

Essa conquista se apoiou na constituinte de 1988, ano em que foi criado o Sistema Único de

Saúde (SUS). Por isso, foi possível que houvesse articulação entre gestores na ampliação da assistência humanizada às pessoas com transtorno mental. Todo esse contexto favoreceu o trajeto da Reforma Psiquiátrica. Outro evento marcante aconteceu ainda a década de 1980, em 1987, que mudou o rumo da trajetória do paciente psiquiátrico: o surgimento do primeiro CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) na cidade de São Paulo. Ainda hoje, ele é um modelo importante, uma vez que dentre seus objetivos está a desinstitucionalização dos doentes mentais e a inserção dos mesmos na sociedade, assunto que será abordado adiante.⁹

Na década de 1990, não foi diferente. Amplos debates circundaram o tema, e eventos importantes e decisivos aconteceram, como a assinatura da Declaração de Caracas na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina em 1990. Foi nessa data que o Brasil assumiu o compromisso de modificar o atendimento, promover dignidade e assistência humanizada aos pacientes psiquiátricos. Também foi realizada a 2ª Conferência de Saúde Mental em 1992, com a participação de usuários, familiares, prestadores de serviços, gestores e outros seguimentos. Assim, foi ressaltada a importância da participação dos usuários nos debates para dar continuidade ao processo de reforma.⁷

Visando a desinstitucionalização, foram instituídas no ano de 2000 as Residências Terapêuticas, mantidas com a verba antes destinada à manutenção de leitos psiquiátricos. Abrigam pacientes que foram institucionalizados por muitos anos e/ou não contam com apoio familiar. Dessa maneira, oferece-se esse serviço com apoio e assistência do CAPS. Atualmente o país conta com 256 residências.^{8,9,10}

Como já abordado, em 2001, foi aprovada a Lei 10.216, que visou mudanças estruturais na gestão, assim como garantia de direitos para pessoas portadoras de transtornos mentais. A lei focou na redução das internações hospitalares, indicando esta somente para casos agudos, e incentivou o atendimento na atenção primária, em que o paciente recebesse uma assistência hospitalar, mas, ao mesmo tempo, estivesse perto de seus familiares.¹¹

Nesse contexto, foi sancionada a Lei federal 10.708 em 2003, responsável pela criação do Programa de Volta para Casa. Esse acontecimento conseguiu promover mais efetivamente a reintegração social das pessoas com doença mental. Tal iniciativa propôs um auxílio de R\$240,00 (duzentos e quarenta reais) às famílias ou responsáveis que

acolhessem as pessoas que antes estavam institucionalizadas, atualmente esse valor é de R\$412,00 (quatrocentos e doze reais). Esse programa foi considerado um avanço muito importante e necessário para os egressos dos hospitais psiquiátricos, pois devolveu a autonomia e o exercício de cidadania aos pacientes. No entanto, a implementação desse programa sofreu resistência.¹²

Outra iniciativa governamental que mudou o curso na reforma psiquiátrica brasileira foi Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH) em 2004, cujo objetivo é “promover a redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais (acima de 600 leitos, muitas vezes hospitais-cidade, com mais de mil leitos) e dos hospitais de grande porte (com de 240 a 600 leitos psiquiátricos)” (BRASIL, 2005).¹³

Ao analisar a história da reforma psiquiátrica no Brasil, pode-se perceber que os avanços foram grandes. No entanto, o que se vê, desde o ano de 2016, é a ascensão da chamada Nova Política de Saúde Mental, que contraria leis imprescindíveis para a garantia dos direitos de pessoas com transtornos mentais.¹⁴

Surgimento do CAPS

A reforma psiquiátrica, iniciada na década de 70, foi responsável por formar um sistema público e comunitário de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), chamado de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O primeiro CAPS no Brasil teve sua origem em 1987 na cidade de São Paulo, instituição essa gerada onde era a Divisão de Ambulatório da Secretaria Estadual de Saúde, sendo denominada de Professor Luís da Rocha Cerqueira. Teve como uma das inspirações para a sua criação o Centro de Atenção Psicossocial de Manágua (Nicarágua), surgido em 1986, em que havia uma equipe interdisciplinar e uma proposta de ação mediada pela prevenção, tratamento e reabilitação.^{15,16}

Os Centros de Atenção Psicossocial surgiram como um modelo que caminha de forma oposta aos manicômios, sendo também uma organização que trabalha com pessoas que possuem transtornos mentais, neuroses graves, psicoses entre outros quadros clínicos que justifique a permanência do paciente nas instituições carecendo de cuidados especiais, direcionando uma atenção intensiva, comunitária e personalizada. Além disso, nas atividades iniciais programadas pelo CAPS, foram consideradas as preferências pessoais dos funcionários, os talentos e especificidade de cada profissional, todos trabalhando em equipe e em harmo-

nia, visando prazer e sentido nas atividades para os usuários e trabalhadores.^{15,16,17}

Objetivos da Política

Os Centros de Atenção Psicossocial direcionam atenção no atendimento aos pacientes destinados a essa organização, adotando um trabalho em rede e multidisciplinar, por meio de comunicação ativa com outras áreas que compõem a rede de atendimento em saúde mental, tais como: a atenção básica, as estratégias da saúde da família (ESF), incluindo também a família do paciente. Dessa forma, o CAPS adota como um dos objetivos atender a sociedade de sua respectiva área, promovendo atenção clínica e reinserção social dos pacientes, oferecendo a eles trabalho, lazer, capacidade de exercer seus direitos civis além de gerar meios de melhor acolhimento da família e da comunidade.^{15,17,18}

O CAPS foi formulado como método substitutivo de atenção à saúde mental nos campos das internações hospitalares psiquiátricas em relação aos atendimentos primários e secundários, prestando atendimento diário, gerenciamento de projetos terapêuticos em união com acompanhamentos clínico. Tudo isso é promovido de forma que não permita deixar o paciente isolado de sua família e da comunidade. Para isso, exercem ações intersetoriais incluindo a educação, trabalho, esporte, cultura, lazer.^{15,17}

Ademais, o CAPS visa organizar a rede de serviços de saúde mental do seu território dando suporte e promovendo supervisão da atenção à saúde mental na rede básica, no Programa de Saúde da Família (PSF), no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ele regula a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua respectiva área, coordena em união com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuam no seu território e promove a atualização da listagem de pacientes de seu território que fazem uso de medicamentos para a saúde mental.^{15,18}

O CAPS preconiza a desinstitucionalização, visando a desconstrução do modelo tradicional de atenção psiquiátrica, com base não apenas em diagnósticos e prognósticos da doença mental, mas na complexidade em que o paciente se encontra, na sua dimensão psíquica e nas relações com o meio em que vive. Logo, essa organização tem como um dos focos principais a reinclusão de seus pacientes na família, na comunidade, no seu território e na vida pro-

ductiva, promovendo a recuperação da autoestima e a recomposição de vínculos.^{17,18}

Embora os objetivos do CAPS sejam promissores, existem falhas que ainda são encontradas no campo estrutural e no organizativo, além de preconceitos ainda evidentes por parte da população, já que uma parcela da comunidade continua a ter uma visão negativa em relação a pessoas com transtornos mentais. O sistema manicomial foi o potencializador dessa visão retrógrada, fazendo parte da sociedade enxergar os pacientes como perigosos, incapazes e que, portanto, necessitam de ser excluídos.^{19,20}

Além do preconceito, existem problemas em diversas áreas: no processo de territorialidade, na estrutura dos estabelecimentos, no suporte aos usuários, na relação entre os profissionais e os pacientes que são encaminhados para os centros, no preparo dos profissionais, na comunicação entre os membros do projeto. Logo, são barreiras que carecem de intervenção e de investimentos para que os objetivos apresentados pelos Centros de Atenção Psicossocial ocorram com eficiência, proporcionando aos usuários a capacidade de reingressarem na comunidade e terem uma vida ativa.^{17,19}

Nessa perspectiva, uma territorialidade extensa pode acarretar dificuldades de logística, no transporte, na acessibilidade e na atenção contínua aos pacientes. Acrescenta-se a isso a insatisfação encontrada pelos profissionais e usuários na estrutura dos estabelecimentos e no déficit de materiais direcionados ao atendimento. Essas falhas são ocasionadas em sua maior parte pela falta de direcionamento de verbas, comprometendo a disposição de ferramentas para a recuperação dos doentes e interferindo diretamente na qualidade da atenção direcionada aos mesmos.^{20,21}

A informação fornecida aos usuários em alguns centros e postos de saúde é fajuta, fazendo com que os estabelecimentos fiquem saturados por pacientes que poderiam resolver suas queixas em unidades próximas do seu domicílio. Isso seria atenuado se o processo de matriciamento fosse fiscalizado e bem empregado. Entretanto, a alta rotatividade dos profissionais da saúde e a dificuldade em mobilizar as equipes que se encontram diariamente sobrecarregadas, desmotivadas, com desgastes nas interações sociais e com resistência ao trabalho coletivo torna-se uma barreira no sistema matricial.^{20,21}

Seguindo essa linha de discussão, os pacientes que chegam a certas unidades básicas não

são atendidos com uma atenção diferenciada e preferencial e, como consequência, acabam tendo crises em filas de espera sem receber o acolhimento esperado. Além disso, esse problema retarda o processo de reabilitação psicossocial e de reinserção social, pois a falta de informação e de acolhimento faz com que os pacientes façam frequentes retornos aos centros, ou passem a abandoná-los devido à insatisfação gerada.²²

Somados a isso, a comunicação precária e o desinteresse de alguns profissionais interferem no funcionamento do centro de apoio e no trabalho em rede. Isso se potencializa pelo fato de a comunicação muitas vezes acontecer por redes celulares. Portanto, não são protocoladas. Essa vertente se dá também pelo despreparo dos profissionais: muitos não recebem o aprendizado qualitativo no meio acadêmico sobre políticas públicas, sociais e de saúde mental, além de uma grande parcela terminar a graduação com uma visão individualista, não sabendo exercer o trabalho coletivo.^{22,23}

Além dos cuidados aos doentes mentais, existe também o Centro de atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD), destinado a dependentes químicos, tendo em vista a acentuação de casos a partir do século XIX e XX. De acordo com as premissas da Reforma Psiquiátrica, o CAPS AD presta serviços públicos, de atenção cotidiana, voltada não somente minimizar o vício, mas também para o reingresso do paciente no âmbito familiar, social e comunitário. O cuidado passa a ser prestado visando a atuação no próprio território de cobertura e ampliando o processo de cuidado aos familiares.²⁴

Para muitos usuários, o CAPS AD é significado de um local de apoio, de ajuda e crescimento, que mantém as portas abertas para recebê-los sempre que houver necessidade, estabelecendo vínculos com os usuários. Para garantir a atenção integral aos usuários, os serviços de saúde necessitam de conexão, de forma funcional e complementar, com os diversos dispositivos de rede. Os principais dispositivos da rede de atenção são: CAPS AD, CAPS AD 24 horas, a Atenção Básica, os Ambulatórios de Saúde Mental, os Hospitais Gerais, os consultórios de rua, entre outros.²⁴

Em relação às dificuldades de trabalho, elas são financeiras (por falta de verbas e poucos investimentos); infra estruturais (por déficit de espaço físico e problemas na manutenção); humanas (muitos trabalhadores não possuem o

conhecimento, qualificação, identificação com a área de dependência química e pela divergência salarial e alta rotatividade entre os profissionais) e materiais. Na retaguarda da rede, refere-se ao fato da necessidade de melhor efetividade, com corresponsabilidade e alternativas pensadas em conjunto, com maior participação dos gestores municipais. Assim, visa-se um trabalho integrado em todas as instâncias e gera-se desenvolvimento de Políticas Sociais, podendo envolver a sociedade sem políticas de exclusão.²⁵

Panorama Atual e Perspectivas

A atenção psicossocial no Brasil, outrora pautada nos princípios de liberdade e autonomia a pacientes com transtornos mentais, sofre um profundo desmonte graças às medidas tomadas pelo governo federal a partir de 2016. Em dezembro de 2017, a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) aprovou a resolução 32, que estabelece um novo direcionamento à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O texto afeta desde o financiamento até a orientação clínica da RAPS, o que favorece a internação psiquiátrica e compromete princípios que orientam a clínica psicossocial. Dessa forma, a lógica de atuação retorna ao modelo manicomial e contraria o progresso alcançado ao longo das últimas décadas por meio da Reforma Psiquiátrica.^{26,27}

Em 2018, as ações manicomiais no SUS foram fortalecidas na questão de financiamento pela portaria nº 2.434, que reajustou o valor das diárias de internação em hospitais psiquiátricos e pela portaria nº 3.659, que suspendeu um repasse financeiro ao custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da RAPS.²⁵

A “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (PNSM) regressa com atitudes consideradas obsoletas, como uma abordagem punitivista e proibicionista das consequências derivadas do álcool e demais drogas. Dessa forma, fortalecem ações como a abstinência, o fortalecimento de comunidades terapêuticas e o incentivo à avaliação exclusivamente biológica do paciente.^{28,29}

Entretanto, é necessário que o paciente não seja avaliado apenas na perspectiva biológica, apenas por meio da internação e medicalização. Essa avaliação corrobora com rótulos que restringem o doente em seu meio social. Portanto, é necessário tanto um acompanhamento social

e jurídico, de forma que previna possíveis agravos do caso.³⁰

Além do ideal antirreformista, o apoio aos hospitais psiquiátricos também contraria o Plano Global de Saúde Mental da OMS e o relatório de Lancet Commission. Estes prezam pelo encerramento de hospitais psiquiátricos, que deve ser feito de forma adequada ao desenvolvimento do país, pois eles são pautados por um modelo manicomial que tem como base a segregação e violação de direitos. A lógica manicomial corrobora com a desinstitucionalização psiquiátrica e marginalização do sujeito tido como “louco”, o que propicia políticas higienistas que excluem o doente mental.^{31,32}

Dessa forma, a proposta governamental de criar Unidades Psiquiátricas Especializadas nos hospitais, além de novas Unidades Ambulatoriais, gera ressalvas. Mesmo que tenham um papel importante no SUS, as novas unidades, se desligadas de um território específico e desintegradas do CAPS, podem levar a uma fragmentação da assistência de saúde e a uma diminuição do acompanhamento do paciente e continuidade de cuidados.^{33,34}

Ademais, em meio à pandemia proporcionada pelo novo corona vírus, houve uma tentativa de “rever a atual Política de Saúde e a RAPS”, a fim de rever e revogar portarias que integram a política atualmente. Tais medidas afetam serviços sociais bem estabelecidos como Consultórios de Rua, Serviços Residenciais Terapêuticos e Unidades de Acolhimento. Ademais o CAPS também teria sua ação reduzida em favorecimento aos ambulatórios de psiquiatria e unidades de emergência psiquiátrica.³⁵

Considerações Finais

Á área da saúde mental brasileira, outrora impulsionada pelos ideais reformistas de autonomia ao paciente, tende a retornar ao modelo hospitalocêntrico como forma de tratar distúrbios mentais. O incentivo à hospitalização do paciente com transtornos mentais em detrimento do acompanhamento pela RAPS favorece a marginalização deste perante a sociedade, pois reforça o estereótipo de “louco” e que ele deve ser privado do convívio social.

Mesmo que longe do funcionamento idealizado e com falhas demonstradas, o CAPS e demais integrantes da RAPS garantem direitos à pessoa com transtornos mentais e permitem um atendimento humanizado, de forma que o paciente permaneça no meio familiar e inserido socialmente. Assim,

conclui-se que a tendência de retorno ao modelo manicomial, impulsionada pelo cenário político-ideológico brasileiro, favorece um temor por parte da população contra doentes mentais e promove um retrocesso aos avanços nas políticas públicas conquistados ao longo das últimas décadas.

Referências

1. RODRIGUES, Thayane Alves dos Santos; RODRIGUES, Lauane Pereira de Sousa; CARDOSO, Ângela Maria Rosas. Adolescentes usuários de serviço de saúde mental: avaliação da percepção de melhora com o tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 69, n. 2, p. 103-110, 2020.
2. AZEVEDO, Lorena de Souza; Estudo sobre as alterações nas políticas nacionais de saúde mental e os direitos fundamentais da pessoa com deficiência. 2020.
3. ARAÚJO, Jade Muniz; DE SOUZA, Marcele Moura Gadelha. A transformação do mesmo em novo: o cotidiano do assistente social em tempos de desmonte, na realidade de um dos CAPS de Fortaleza-CE.
4. DE ALMEIDA, Daniela Lima. Assistência em saúde mental: da lógica manicomial à reforma psiquiátrica. *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, v. 8, n. 2, p. 302-313, 2018.
5. ALARCÃO, Gustavo Gil. Na contracorrente? Resistências, adaptações e apropriações: a formação do Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-1962-1965. 2018. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
6. KLEIN, Simone Karine et al. Qualidade de vida e níveis de atividade física de moradores de residências terapêuticas do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1521-1530, 2018.
7. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Brasília, 2000.
8. LEITÃO, André Studart; BRUNETTA, Cíntia; LEITÃO FILHO, Fernando Sergio Studart. Vidas Esquecidas: Reforma Psiquiátrica, Dignidade e Desinstitucionalização. *Revista Jurídica*, v. 3, n. 52, p. 255-274, 2018.
9. JUNIOR, Deomar da Assenção Arouche et al. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O MARCO REGULATÓRIO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: os direitos fundamentais dos pacientes em tratamento de transtornos mentais. *Revista da Advocacia Pública Federal*, v. 4, n. 1, 2020.
10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003.
11. MAIA, Ari Fernando; GRADELLA JÚNIOR, Osvaldo. A educação em direitos humanos como suporte às políticas antimanicomiais: história e memória. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 19, 2021.
12. Ministério da Saúde, Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil Brasília, novembro de 2005.
13. CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020.
14. SANTOS, Rodrigo Afonso Nogueira; FONSECA, Thales; KYRILLOS NETO, Fuad. REFORMA PSIQUIÁTRICA E LÓGICA DIAGNÓSTICA PSICANALÍTICA: DISCUSSÕES ACERCA DE UMA POSSÍVEL TECITURA. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 23, n. 1, p. 12-20, 2020.
15. FERREIRA, Jhennipher Tortola et al. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma instituição de referência no atendimento à saúde mental. *Rev. Saberes, Rolim de Moura*, v. 4, n. 1, p. 72-86, 2016.
16. RIBEIRO, Sérgio Luiz. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 92-99, Sept. 2004.
17. GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família.

18. SCHRANK G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev Esc Enferm USP*, v. 42, n. 1, p. 127-34, 2008.
19. RIBEIRO, Alessandra Monachesi. Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 33-56, 2005.
20. RIBEIRO, Alessandra Monachesi. Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. *Psicol. USP*. São Paulo, v. 16, n. 4, p. 33-56, 2005 on 04 Jan. 2021.
21. ROCHA, CAMILA DE CASTRO; BARZAGHI, NATÁLIA. DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PSICÓLOGOS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPSad): DESAFIOS DA FORMAÇÃO À ATUAÇÃO PROFISSIONAL. *REVISTA UNINGÁ REVIEW*, v. 24, n. 2, 2015.
22. SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sônia. Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. *Saúde e Sociedade*, v. 22, p. 1059-1071, 2013.
23. LIMA, Israel Coutinho Sampaio; DE ANDRADE LIMA, Sérgio Beltrão. A integralidade do centro de atenção psicossocial à rede de serviços de saúde. *Revista Interdisciplinar*, v. 8, n. 4, p. 19-29, 2015.
24. BITTENCOURT, Marina Noll et al. A experiência da ouvidoria em um Centro de Atenção Psicossocial álcool/drogas. *Rev. Bras. Enferm. Brasília*, v. 71. 5, p. 2287-2294, 2018.
25. FERREIRA, Jhennifer Tortola et al. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma instituição de referência no atendimento à saúde mental. *Rev. Saberes, Rolim de Moura*, v. 4, n. 1, p. 72-86, 2016.
26. AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. 2018.
27. CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020.
28. GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O social em questão*, v. 22, n. 44, p. 111-138, 2019.
29. SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Dimensão epistêmica da Reforma Psiquiátrica Brasileira: significados de gestores, profissionais e usuários. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, 2021.
30. TONEL, Rodrigo; STURZA, Janaína Machado. Suicídio, direito à saúde mental e políticas públicas: realidade e perspectivas futuras. *Revista Derecho y Salud*, n. 4, p. 98-109, 2020.
31. SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de; JORGE, Maria Salete Bessa. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 17, n. 1, 2019.
32. DA SILVA, Berenice Lira; DA SILVA, Alessandra Ximenes. A Política Nacional de Saúde Mental: uma reflexão acerca dos retrocessos nos governos Temer e Bolsonaro. *Serviço Social em Revista*, v. 23, n. 1, p. 99-119.
33. ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, p. e00129519, 2019.
34. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. 2019.
35. RB, Rede Recovery Brasil et al. NOTA DE REPÚDIO AO DESMONTA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL DO SUS. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, v. 12, n. 33, 2020.