

A história da saúde mental no Brasil: considerações e desafios

Rayslla Sabrina Pereira Saraiva*

William Araújo Santos*

Stéphane Figueiredo de Sousa**

RESUMO: A história da Saúde Mental do Brasil iniciou-se em meados do século XIX, onde começaram as discussões sobre psiquiatria e transtornos mentais. Naquela época o doente mental era visto como um perigo a sociedade e, portanto, era excluído do convívio social. Com a Reforma Psiquiátrica, a visão do “louco” para a ser ressignificada e surgem novos modelos de assistência em saúde mental. O objetivo deste estudo foi de remontar a história da Saúde Mental perpassando desde seus primórdios até as perspectivas futuras. Para isto, foi adotado o método da revisão bibliográfica onde se selecionou uma literatura correlata com o interesse do estudo no período de 2006 a 2016 pelos descritores: saúde mental no Brasil, história da saúde mental, Reforma Psiquiátrica no Brasil e desafios para a saúde mental no Brasil. Assim, foi possível discorrer sobre a temática abordando os primeiros passos da Saúde Mental no Brasil, a eclosão da Reforma Psiquiátrica e a indicação de desafios que este campo almeja superar.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, Desafios da Saúde Mental.

ABSTRACT: The history of Mental Health in Brazil began in the mid-nineteenth century, which began discussions about psychiatry and mental disorders. At that time the mentally ill was seen as a danger to society and therefore was excluded from society. With the Psychiatric Reform, the vision of "crazy" to be re-signified and there are new models of care in mental health. The goal from this study was to trace the history of Mental Health permeating from its beginnings to future prospects. For this, we adopted the method of literature review where you select a related literature with interest the study in the period 2006-2016 by the descriptors: mental health in Brazil, history of mental health, psychiatric reform in Brazil and challenges for mental health in Brazil. Thus, it was possible to discuss the issue addressing the first steps of Mental Health in Brazil, the outbreak of the Psychiatric Reform and the indication of challenges that this field aims to overcome.

KEYWORDS: Mental Health, Psychiatric Reform, Challenges of Mental Health.

*Graduandos do Curso de Psicologia das faculdades Integradas de Patos (FIP)

**Psicóloga e Professora Mestre do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP)

Contato: stephanefigueiredo@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Discorrer sobre políticas de saúde mental no Brasil é uma possibilidade hodierna, conquistada a partir do processo de reforma psiquiátrica. A assistência psiquiátrica brasileira surgiu da função saneadora dos primeiros hospícios e assumindo um papel excludente. Tal assistência baseou-se no foco patológico, esquecendo assim, a compreensão do sujeito como totalidade.

Nesse contexto, surge em vários países do mundo a Reforma Psiquiátrica, sedimentada nos pressupostos da desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e da consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde mental. Parte-se da premissa de que um amplo número de problemas na saúde mental pode ser resolvido nesse nível de assistência, sem ter necessidade de serem referidos a níveis especializados do sistema de saúde. Enfatiza-se ainda a relevância do desenvolvimento de ações de tipo preventivo e promocional da saúde mental que teriam, na atenção básica, o lócus preferencial de desenvolvimento (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007)

Assim, os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, o mais antigo modelo de cuidado ao portador de sofrimento psíquico, surgem na intenção de que este sujeito doente seja visto a partir de outro paradigma, o da reabilitação psicossocial, compreendida como uma ação expandida, que considera a vida em seus diferentes âmbitos: pessoal, social ou familiar, objetivando, assim, a reinserção deste sujeito na sociedade.

A reabilitação social dos sujeitos portadores de transtornos mentais emergiu com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que segundo Rabelo (2006) são considerados locais de atendimento em níveis de alta complexidade em saúde mental e objetivam reduzir a gravidade do transtorno mental, visando estabelecer um programa de reabilitação psicossocial, com a possibilidade de acolhimento, cuidado, construção de vínculos, bem como proporcionar maior grau de socialização ao sujeito em sofrimento psíquico. As equipes são constituídas por uma gama de profissionais, desenvolvendo um grupo multiprofissional que avalia o quadro do usuário (RABELO *et. al.*, 2006).

Faz-se necessário compreender que o processo de transformação das práticas no âmbito da saúde mental, assim como a efetivação dos pressupostos do Movimento de Luta Antimanicomial implicam mudanças em diversos âmbitos: do teórico ao cultural, passando pelo âmbito de construção de políticas e modelos de atenção. Busca-se não só estabelecer novas práticas no campo da assistência, como também lançar transformações no que diz respeito ao lugar social dado as pessoas portadoras de algum transtorno e questionar a cultura

que estigmatiza e marginaliza determinados grupos sociais. Tal proposta acaba por colocar em questão os valores e representações sobre a loucura há muito arraigados em nossa sociedade e que estão na base de nossa constituição como sujeitos (KODA; FERNANDES, 2007).

Tendo em conta todas as mudanças e avanços que ocorreram na história da saúde mental do Brasil, o presente estudo vem contribuir com a temática em questão, haja vista que o mesmo objetivou analisar a literatura dos últimos dez anos remontando a história da Saúde Mental no Brasil e verificando quais desafios precisam ser superados para a população ter uma assistência digna, podendo assim gozar de uma qualidade de vida.

MÉTODOS

O referido estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, com análise qualitativa do conteúdo da literatura pesquisada. Teve como objeto de análise as produções científicas sobre o assunto. Como técnica, a revisão bibliográfica compreende a leitura, a seleção, o fichamento e o arquivamento de tópicos que se relacionam com o interesse da pesquisa em pauta.

Na pesquisa, foi utilizada a base de dados *Scientific Electronic library Online* (SciELO), onde, através dos seguintes descritores, foi selecionada a literatura de interesse: saúde mental no Brasil, história da saúde mental, Reforma Psiquiátrica no Brasil e desafios para a saúde mental no Brasil.

A literatura foi selecionada pelos seguintes critérios: publicados entre 2006 e 2016, conteúdo conexo ao tema da pesquisa e artigos nacionais publicados na íntegra. Foram excluídos os artigos que em idiomas que não fossem o português, resumos de artigos e artigos publicados antes de 2006.

Finalmente foi realizada uma análise do conteúdo da literatura encontrada, com a finalidade de identificar o foco dos estudos selecionados para se averiguar se estes contemplavam o objetivo da pesquisa. Assim, analisamos que este estudo tem cunho basicamente descritivo, tendo em vista que o objetivo da pesquisa é esboçar um panorama da saúde mental no Brasil, discorrendo desde os primórdios até os desafios para o futuro.

Deste modo, optamos por apresentar a seguinte estrutura para a pesquisa: Saúde mental brasileira: dos primórdios à Reforma Psiquiátrica; A Reforma Psiquiátrica; Desafios da saúde mental para o futuro.

SAÚDE MENTAL BRASILEIRA: DOS PRIMÓDIOS À REFORMA PSQUIÁTRICA

Historicamente foi no século XIX que se evidenciou o momento de transformações políticas e econômicas no Brasil onde houve a transição do governo monárquico para o regime republicano. Foi nessa época também que o início da psiquiatria científica foi marcado no Brasil.

Foi nessa conjuntura de transformações, que os discursos e os debates psiquiátricos se construíram. O Hospício Dom Pedro II, inaugurado em 1852, foi o primeiro manicômio brasileiro. Este hospício foi uma tentativa do Brasil de estar harmoniosamente de acordo com modernidade europeia, sendo que sua administração estava tutelada à Santa Casa de Misericórdia, um instituição religiosa (PAVÃO, 2006).

Neste cenário, o Estado assumiu a assistência aos “loucos” a partir da proclamação da República legitimado pelo discurso científico que começara a surgir no país, havendo assim uma materialização da gestão médica do hospício (PAVÃO, 2006). A partir daí, a loucura passou a ter novas dimensões onde se associava o “louco” como aquele indivíduo perigoso e ameaçador, sem uma fala coerente, marcado como o ser extravagante e diferente que precisava ser contido.

Para Fonte (2012) esse período estava marcado pela medicalização da loucura onde o seu tratamento estava unicamente voltado para os hospícios e as colônias agrícolas fundamentando o isolamento do louco da sua vida social. Nessa época, as colônias agrícolas eram ofertadas pela maioria dos Estados brasileiros como um serviço que complementava a atuação dos hospitais psiquiátricos tradicionais ou como única opção de tratamento.

Por mais que as intenções dos criadores das colônias agrícolas fossem a recuperação total do indivíduo “louco”, essas colônias permaneceram, na prática, com a mesma função característica da assistência aos doentes mentais do Brasil desde a sua criação: a exclusão do convívio social e a de “escondê-lo” dos olhos da sociedade (FONTE, 2012).

O modelo de assistência em saúde mental supracitado só veio a ter uma nova dimensão na década de 1920 com a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). Apesar ser uma nova dimensão, a LBHM nasceu com o propósito maior de cristalizar o movimento de higiene mental com um arcabouço de intervenções no meio social caracterizadas por ações e discursos eugenistas, xenófobas, antiliberais e racistas.

Os principais tópicos que a Liga defendiam eram “controlar, tratar e curar”, onde os fenômenos psicológicos eram tidos como fatores interligados a raça e o meio social. A visão central da Liga era o princípio de moralização e saneador dos comportamentos, eliminando a impureza das raças através de uma “esterilização” dos “loucos”. Porém, a exclusão social dos “loucos” era maquiada por uma proposta de melhorias sanitárias e na modificação dos hábitos e costumes comportamentais da sociedade como meio de prevenção da doença mental (PASSOS, 2009).

Segundo Fonte (2012) o tratamento asilar foi se modificando até a década de 1960, onde a autora pontua o surgimento da “indústria da loucura”, isso porque nesse período o governo militar consolidou a articulação entre a internação asilar e a privatização da assistência, através de um movimento crescente de leitos hospitalares para os “loucos” tanto na assistência pública, quanto na assistência privada. Assim, as instituições privadas eram remuneradas pelo poder público para “acolher o doente mental”, onde sua principal fonte de receita era a internação remunerada na forma de diária paga por cada dia em que o indivíduo permanecesse interno.

Entretanto, o modelo de assistência a saúde mental começara a mudar a partir da década de 1970 como descreve Devera e Costa-Rosa (2007, p. 63):

Nos anos 70, iniciou-se no Brasil a Reforma da Assistência Psiquiátrica. Instalou-se um processo histórico de formulação crítica e prática com o objetivo de questionar e elaborar propostas de transformação do modelo asilar, julgando inadmissíveis a exclusão, a cronificação e a violência do modelo hospitalocêntrico. O setor previdenciário apresentava-se em crise financeira devida aos gastos com contratação de hospitais privados, auxílio-doença e aposentadorias decorrentes de distúrbios psiquiátricos. Esse processo de transformações é, entretanto, fruto de lutas no campo da Atenção em Saúde Mental que se iniciam ainda na década anterior.

Como observado, as transformações no modelo assistencial da saúde mental passava a transpor de um período obscuro, com práticas excludentes, desumanas e segregacionistas, para uma nova dimensão, com um olhar diferenciado para a saúde mental. A partir das críticas às práticas em saúde mental e as discussões sobre o manejo dela, constituiu-se um novo período, onde se pôde pensar em um momento de reforma. Reformar a assistência a saúde mental visando: melhorias estruturais e epistemológicas; dignificação do ser humano; novos saberes; novas práticas que proporcionassem o desenvolvimento psíquico dos indivíduos, e;

uma nova ressignificação da saúde mental brasileira. Pode-se assim dizer que dar-se então o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Reforma Psiquiátrica Brasileira surgiu no bojo da Reforma Sanitária, tendo armazenado consigo princípios e diretrizes que norteiam esta última, em especial a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular. Durante o seu desenvolvimento, que seguiu um sentido particular e nem sempre coincidente com aquele da Reforma Sanitária, esforços foram dirigidos na esperança de reaver esse sentido original, sobretudo no que tange à constituição de uma rede integrada de assistência ao portador de transtorno mental (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

O referido movimento sociopolítico ocorre no âmbito da saúde pública que, da ótica da gestão de políticas públicas, consubstancia-se em uma legislação em saúde mental iniciada em 1990, com a Declaração de Caracas, aprovada pela Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. O Brasil é adepto a essa Declaração, e a mesma articula com um longo e conturbado movimento de funcionários da saúde mental que resultou na Lei n. 9.867, de 10 de novembro de 1999. Tal lei admite o desenvolvimento de programas de apoio psicossocial para os sujeitos com transtornos psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários. É uma preciosa ferramenta para possibilitar os programas de trabalho assistido e abranger uma dinâmica da vida diária, em seus aspectos econômicos e sociais (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008).

Assim, a superação do modelo manicomial acha ressonância nas políticas de saúde do Brasil que tiveram um marco teórico e político na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), culminando na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). Nota-se que na reforma psiquiátrica brasileira, nas últimas décadas, intercalação de momentos de intensificação das discussões e de nascimento de novos serviços e programas, com períodos em que aconteceu uma lentificação do processo. De acordo com a história, podemos situar as décadas de 1980 e 1990 como marcos expressivos nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país (HIRDES, 2009).

Nesse ínterim, vale enfatizar que após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei n. 10.216 foi enfim sancionada pelo Presidente da República em 6 de abril de 2001, lei esta que dispõe sobre a assistência e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. A mesma proíbe em todo o Brasil, a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação pelo serviço público de leitos e unidades particulares deste tipo; constitui que os tratamentos devem ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental e, como finalidade principal, buscar a reinserção social do doente mental no meio em que está inserido. A internação só será aconselhada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Desse modo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Auxílio de Reabilitação Psicossocial “De volta pra casa”, expandiram, significativamente, a possibilidade de desinstitucionalização dos sujeitos submetidos a longos períodos de internações psiquiátricas, ao tempo que se assistiu a uma redução expressiva de leitos em hospitais psiquiátricos, particularmente nos estados do sudeste e nordeste brasileiro (PITTA, 2011).

Tendo em vista as considerações supracitadas, o Ministério da Saúde verificou que os resultados dessa nova política influenciaram para que o número de leitos em hospitais psiquiátricos exibisse um declínio contínuo no Brasil. Em 1996, o seu número era de 72.514, enquanto em 2002, cogita-se uma queda para 55.069. Simultaneamente à redução de leitos hospitalares tem ocorrido a ampliação dos CAPS, que em 1996 havia 154 deles e em 2002 projetava-se um aumento para 424, representando um aumento da ordem de 175% .

Destarte, se faz necessário perceber que apesar dos diversos avanços demonstrados tanto em nível local quanto nacional, ainda apresenta muitos desafios e impasses na gestão de uma rede de atenção em saúde mental para o cuidar em liberdade. Alguns desses aspectos podem ser assinalados: a forma de alocação de recursos financeiros do SUS e suas repercussões no modelo assistencial indicado para os serviços substitutivos; o crescimento da demanda em saúde mental (especialmente os casos de usuários de álcool e outras drogas, bem como de atenção para crianças e adolescentes); diminuição importante, mas ainda insuficiente, dos gastos com internação psiquiátrica (modelo hospitalar ainda dominante, o que reflete a política ideológica dos hospitais psiquiátricos), fragilidades em termos de alcance, acessibilidade, diversificação das atuações, qualificação do cuidado e da formação profissional, bem como um imaginário social calcado no preconceito/rejeição em relação à loucura (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

DESAFIOS DA SAÚDE MENTAL PARA O FUTURO

Como se sabe, o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil é uma articulação sociopolítica que ocorre no âmbito da saúde pública e que se consolidou nas legislações em saúde mental iniciadas após a década de 70. Assim, o processo da reforma se constrói diariamente, embora ainda se perceba que há um longo caminho a ser percorrido para se alcançar o *status* ideal concreto da saúde mental.

No desenvolver-se da Saúde Mental no Brasil, compreende-se que este processo seja circundado de desafios a serem transpostos no futuro e que se almeja que esta transição ocorra em um espaço mínimo de tempo. Visando a discussão dos desafios da saúde mental para o futuro, abordaremos aqui os principais reptos encontrados na literatura.

A desconstrução do preconceito com os indivíduos ditos “loucos”

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, 2001 – existem cerca de 450 milhões de pessoas em todo o mundo são acometidas de algum tipo de transtorno mental ou neurobiológico, ou então com problemas psicossociais oriundos de abuso de álcool e outras drogas. Além dessa estatística, ainda ressalta-se que 24% dos pacientes atendidos na atenção primária tem um ou mais transtornos mentais (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Os autores anteriormente citados alertam que o sofrimento psíquico muitas vezes está associado a incapacidade e improdutividade que, geralmente, causa vergonha em familiares ou pessoas próximas dos sujeitos acometidos de algum transtorno mental. E, de fato, esse preconceito não atinge somente as famílias, mas as instituições que os recebem como CAPS e hospitais gerais. Além do mais, o preconceito não está apenas em uma visão de incapacidade e improdutividade, mas no “afastar-se” do doente mental, no uso do termo “louco” como algo pejorativo e na exclusão social.

Ao contrário do que muitas pessoas imaginam o doente mental, estes tem capacidade de serem economicamente produtivos. Moll *et. al* (2015) trás em seu estudo como a arteterapia pode ser um fonte de produtividade financeira. O autor relata sobre a proposta de oficinas de arteterapia que abarcam também a economia solidária, onde os produtos desenvolvidos são: oficina de sabão, sacola, boneca, mosaico, crochê, bordar blusas, chinelos e panos de prato. A comercialização desses produtos traz a possibilidade da comunidade

visualizar o trabalho dos usuários, valorizando o convívio com as diferenças, além de promover uma forma de renda extra para esses usuários.

Destarte, percebe-se o potencial que o portador de transtornos mentais tem. O desafio para o campo da saúde mental é desmistificar o mito de que o “louco” é incapaz e improdutivo.

O fim dos “manicômios” dentro dos CAPS

O modelo psiquiátrico, predominante no Brasil até meados da década de 80, caracterizou-se pela prática da retirada de pessoas em sofrimento psíquico do convívio social. Na contra mão desse modelo, surge a proposta da reforma psiquiátrica, que se apoia na defesa da criação de uma rede de serviços substitutivos às instituições psiquiátricas tradicionais, visando à integração do indivíduo à comunidade. No entanto, após a implementação dos serviços substitutivos no Brasil, ainda se pode perceber uma prática fundamentada na clínica psiquiátrica tradicional dentro de alguns desses serviços (ROSA; VILHENA, 2012).

Assim, as práticas clínicas tradicionais estão sendo questionadas, uma vez que as práticas fundamentadas na proposta da reforma psiquiátrica estão ocorrendo com mais intensidade. Todavia, as práticas baseadas no modelo clínico-psiquiátrico tradicional ainda são utilizadas indiscriminadamente em alguns serviços da rede de saúde, tanto em instituições comunitárias públicas como privadas, fazendo com que os usuários desses serviços continuem em um processo de segregação e ausência de direitos (ROSA; VILHENA, 2012).

Ante o estudo, vemos que essa realidade se multiplica em um Brasil cuja expectativa era substituir as práticas e os espaços de cuidados tradicionais, por um tratamento crítico, contextualizado e humanizado. Cabe aqui um alerta para os potenciais perigos que esta prática pode trazer aos usuários e sociedade como um todo, como também, como também cabe refletir sobre as práticas dos profissionais da saúde dentro dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico.

Capacitação de profissionais da Saúde Mental

Ao longo do tempo é possível observar que o setor da saúde mental demonstra defasagem entre os conteúdos discutidos na formação e o que esses profissionais atualmente vivem e observam no seu cotidiano. Os profissionais costumam se referir à graduação como o momento em que receberam apenas os embasamentos para o trabalho. Asseguram que ela foi

escassa especialmente pela ausência de conteúdos atrelados à saúde pública e à reforma psiquiátrica. Observamos, assim, uma fragilidade no que diz respeito à formação acadêmica desses profissionais para o trabalho específico nos serviços substitutivos.

Segundo Maciel (2007) o trabalho na comunidade e na família, e a ênfase na prevenção primária exigem, entre outras coisas, uma equipe grande e qualificada. Os profissionais, a comunidade e a família precisam estar preparadas para receber e prestar assistência aos pacientes desospitalizados. Além disso, deve haver a criação de espaços de assistência extra-hospitalares em número suficiente para atender toda a população.

Diante do exposto, os profissionais carecem desenvolver algumas estratégias para orientar seu trabalho nas redes assistenciais. Mapeamos as seguintes: formação complementar voltada para a área específica; participação na construção dos próprios serviços, bem como de grupos de estudos; participação em fóruns e capacitações. Além disso, o interesse pessoal de cada profissional provocado pela demanda do trabalho faz com que busque ampliar seu leque de conhecimentos, e a experiência construída ao longo do tempo vai norteando a proposição de novas estratégias de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou remontar a história da Saúde Mental do Brasil destacando os principais marcos cronológicos. Assim, acreditamos que o resgate histórico das práticas em saúde mental contribui para a consolidação de estudos referentes ao surgimento e o desenvolvimento deste campo, notadamente ao que se refere aos conceitos da loucura e do “louco”.

Verificou-se que as práticas vigentes à época do século XIX – momento que a saúde mental se começara a se desenrolar no Brasil – eram baseadas em um modelo estritamente excludente e opressor. Tais práticas foram repensadas em meados de 1970 a partir dos debates e do descontentamento dos profissionais em saúde quanto às perspectivas em saúde mental, desencadeando assim a Reforma Psiquiátrica.

Sem dúvidas nenhuma a Reforma Psiquiátrica foi o maior marco da história da Saúde Mental. A reforma fez com que os discursos latentes sobre as práticas da assistência mental tomassem forma e força, desfazendo assim um longo período obscuro deste campo no Brasil. Sua principal proposta estava voltada para a compreensão dos indivíduos como um todo, abarcando as esferas biológicas, psicológicas, sociais e culturais.

Entretanto, a saúde mental no Brasil ainda necessita de mudanças mais profundas que possam, efetivamente e coerentemente, atender aos objetivos da Reforma Psiquiátrica. Existem uma grande gama de desafios que a saúde mental tem a ultrapassar, gerando, assim, uma assistência à saúde mental de qualidade e eficaz.

REFERÊNCIAS

ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. **A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura.** Interface comunicação, saúde e educação, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas.** Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 11, n.1, p.21-28. 2008.

BRASIL. Coordenação Geral de Documentação e Informação, **Ministério da Saúde.** Legislação em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

DEVERA, Disete. COSTA-ROSA, Abílio da. **Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis.** Revista de Psicologia da UNESP, v. 6, n. 1, p. 60-79, 2007.

FIGUEIREDO, Marianna Lima de Rolemberg; DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góis. **Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil.** Ciências humanas e Sociais, v. 2, n. 2, p. 121-136, 2014.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. **Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil.** Estudos de Sociologia (Revista Eletrônica). v. 1, n. 18, 2012.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão.** Ciência & Saúde Coletiva, v.1 n.14, 297-305, 2009.

KODA, Mirna Yamazato; FERNANDES, Maria Inês Assumpção. **A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial.** Caderno Saúde Pública, v. 23, n. 6, p. 1455-61, 2007.

MACIEL, Silvana Carneiro. **Exclusão/inclusão social do doente mental/ louco: representações e práticas no contexto da reforma psiquiátrica.** Tese de Doutorado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2007.

MOLL, Marciana. et. al. **Ações terapêuticas para pessoas com esquizofrenia acompanhadas num Centro de Atenção Psicossocial.** Revista de Enfermagem de Saúde Mental, n. 14, p. 24-30, 2015.

NUNES, Mônica; JUCÁ, Vlândia Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. **Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária.** Caderno saúde pública, v. 23, n. 10, p. 75-84, 2007.

PASSOS, Izabel Christina Friche. **Loucura e Sociedade: discursos, práticas e significações sociais.** Belo Horizonte: Argvmentvm Editora, 2009.

PAVÃO, Silvia Rodrigues. **Louco e a Ciência: a construção do discurso alienista no Rio de Janeiro do século XIX.** Estudos e Pesquisa em Psicologia (Revista Eletrônica). v. 6, n. 2, 2006.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas.** An assessment of Brazilian Psychiatric Reform: Institutions, Actors and Policies. 2011.

RABELO, et al. **Um manual para o CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.** Salvador: EDUFBA. 2007.

ROSA, Carlos Mendes; VILHENA, Junia de. **Do manicômio ao CAPS da contenção (im)piedosa à responsabilização.** Barbarói, n. 37, p. 154-176, 2012.