

Reforma Psiquiátrica em Campina Grande: percursos e perspectivas para a saúde mental

Jullyanne Rocha São Pedro

Mestranda em Psicologia da Saúde na Universidade Estadual da Paraíba – jullyanne.rocha@gmail.com.

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo compreender os percursos e as perspectivas da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande no tocante às Políticas Públicas de Saúde Mental. A lei da Reforma Psiquiátrica, lei nº 10.216/2001, regulamenta os direitos e a proteção dos sujeitos que possuem transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A Reforma Psiquiátrica é um processo vasto e complexo que acarretou a elaboração de novos paradigmas acerca da compreensão sobre Saúde Mental, que passou a ser compreendida como o resultado de uma construção transversal, complexa e simultânea de saberes. A partir da emergência da Reforma houve a transformação no pensamento do sofrimento psíquico, que possibilitou o surgimento de novos espaços e ações de promoção à saúde, com foco no sujeito e não mais na “doença”. A Reforma Psiquiátrica demonstrou a necessidade da redefinição do objeto da psiquiatria e exigiu uma reformulação em algumas dimensões, a saber: teórico conceitual, jurídica, técnica assistencial e sociocultural. Entretanto, os discursos e as instituições que contribuíram para a segregação da loucura representam desafios e impasses aos paradigmas reformistas e ao cumprimento das Políticas de Saúde Mental.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental, Sofrimento Psíquico.

Introdução

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, juntamente com a Reforma Sanitária, contou com a participação do movimento estudantil, da academia, do movimento médico e do movimento de demais profissionais da saúde, do movimento popular, do movimento sindical e dos projetos institucionais (BRASIL, 2005; SCOREL, 2012; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014; PITTA, 2011).

Antes da Reforma Psiquiátrica, as pessoas que possuíam algum sofrimento psíquico eram excluídas e segregadas da sociedade, colocadas em asilos, manicômios e hospitais psiquiátricos. Houve uma proliferação de discursos de “verdade” que buscaram inscrever condutas e atitudes no âmbito do saber científico, religioso, médico e jurídico, que consideravam esses sujeitos “anormais” e “desviantes” (FOUCAULT, 2013a; 2013b).

De tal modo, a loucura passou a ter vários nomes, tendo sido considerada uma forma de manifestação dos deuses/divina, possessão demoníaca, até que vai se constituir em “doença mental”. Assim, o louco se torna objeto do saber do discurso médico científico, e a partir do poder deste discurso, o hospital psiquiátrico se afirma como um lugar institucional que legitima a expulsão do louco do convívio social (FOUCAULT, 2015).

Dessa forma, as práticas discursivas que legitimaram a exclusão da loucura podem ser consideradas estratégias de mecanismos de poder, que teve como consequência a normatização dos comportamentos e da vida dos sujeitos (FOUCAULT, 2014).

Nota-se que, com o advento da Reforma Psiquiátrica, ocorre a tentativa de elaborar novos paradigmas acerca da loucura e de desconstruir as identidades estereotipadas, o que acarreta o surgimento de novos espaços e ações de promoção à saúde, com foco no sujeito e não mais na doença, como é o caso do Centro de Atenção Psicossocial (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2005).

Nesse sentido, a Reforma representa um processo social complexo, que, ao colocar a “doença” entre parênteses (BASAGLIA, 2010), passa a ter um novo olhar aos sujeitos em sofrimento psíquico (AMARANTE, 2015a). Entretanto, os efeitos dos discursos excludentes representam impasses e desafios ao cumprimento das Políticas de Saúde Mental, que fazem com que as suas demandas sejam invisibilizadas e silenciadas (PITTA, 2011).

Metodologia

A metodologia desta pesquisa foi a revisão bibliográfica, realizada a partir das reflexões e apontamentos trazidos por teóricos como Michel Foucault, Paulo Amarante, Fernando Tenório, Franco Basaglia e Ana Pitta, bem como foram analisados dispositivos jurídicos que versam sobre o sofrimento mental, como no caso da lei da Reforma Psiquiátrica, lei nº 10.216/2001, que regulamenta os direitos e a proteção dos sujeitos que possuem transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A constituição da loucura no Brasil: um breve histórico

A fim de compreender os discursos e as práticas da psiquiatria, é necessário fazer uma breve análise histórica da loucura no contexto brasileiro. De tal modo, ao analisar o processo de asilamento no Brasil, percebe-se que só foi a partir da chegada da família real que “a loucura vem a ser objeto de intervenção específica por parte do Estado” (AMARANTE, 2014, p. 74). Nesse sentido, as transformações econômicas atreladas ao desenvolvimento das cidades necessitaram de medidas de controle social, a fim de reorganizar o espaço urbano.

Assim, em 1830, representantes da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro fizeram um levantamento acerca dos loucos que transitavam nestes espaços urbanos, e passaram a ser

considerados doentes mentais, que precisavam de um lugar para ser tratados. O médico Cruz Jobim, relator da Comissão, torna a loucura objeto da medicina e reivindica “um hospício para os loucos!”. Entretanto, da mesma forma como ocorreu na Grande Internação européia, os loucos são “os miseráveis, os marginais, os pobres, (...), os camponeses, os desempregados, índios, negros, “degenerados”, perigosos em geral para a ordem pública, retirantes, que (...) padecem de algo que se convencionou englobar sobre o título de doença mental” (AMARANTE, 2014, p. 75).

A criação do Hospício de Pedro II, em 1852, marca o início da assistência às pessoas com sofrimento psíquico no Brasil. Fundado em virtude do Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841, o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro visava o “tratamento de alienados”, e funcionava juntamente ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia. Esta fundação foi criticada pelos médicos, tendo em vista a sua relação com uma instituição de caridade, que fazia com que as terapêuticas propostas para a alienação mental não fossem seguidas (AMARANTE, 2012).

Com a proclamação da república, o Hospício de Pedro II deixou de ter o caráter assistencial e passou a constituir um campo do saber médico: a Assistência Médico-Legal aos alienados. Neste período ocorreu a criação de colônias para os sujeitos que se encontravam em sofrimento psíquico, que eram locais de segregação e exclusão social. Também ocorreu o aumento dos leitos psiquiátricos a partir da privatização da Assistência Médica e houve a “indústria da loucura” durante a vigência da ditadura militar (AMARANTE, 2012; PITTA, 2011).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira mantém relação com o movimento sanitário, que visava a democratização da saúde e teve a participação de diversas conjunturas sociais, como o movimento estudantil, a academia, o movimento médico e o movimento de demais profissionais da saúde, o movimento popular, o movimento sindical e projetos institucionais (BRASIL, 2005; ESCOREL, 2012; PAIM & ALMEIDA FILHO, 2014; PITTA, 2011).

Em 1978, três médicos denunciaram as violações de direitos que ocorriam nos hospitais psiquiátricos que faziam parte da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), os quais foram demitidos após a realização da denúncia. Nesse ínterim, 260 profissionais dos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro foram demitidos, e a “crise de Dinsam” contribuiu para a organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que foi o primeiro movimento social brasileiro na área de saúde mental (AMARANTE, 2012).

O MTSM visava a transformação da assistência psiquiátrica e pensava na construção de alternativas baseadas na desospitalização, assumindo uma posição crítica ao saber psiquiátrico (AMARANTE, 2016). Para Amarante (2012, p. 638), a partir da criação do MTSM, houve o início de “um processo de reflexão crítica sobre a natureza e o estatuto epistemológico do saber psiquiátrico, da função social da psiquiatria como estratégia de repressão e ordem social e quanto ao caráter de instituição total dos hospitais psiquiátricos”.

A expansão do MTSM, a constituição das Comissões de Saúde Mental em vários estados brasileiros, a realização do I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições e do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, ocorridos durante 1978, contribuíram para o debate sobre o panorama do modelo assistencial psiquiátrico brasileiro e representaram o início do processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro. A visita de Franco Basaglia e a sua relação com os sindicatos, associações, academias e com os ativistas do MTSM fez com que ele tivesse uma participação primordial na reforma brasileira (AMARANTE, 2012; PITTA, 2011).

No ano de 1979, foram realizados o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, o I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados e o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que contou com a presença de Franco Basaglia. Nesta oportunidade, Basaglia visitou o Hospital Colônia de Barbacena, denunciou a assistência lá realizada e a violação aos direitos humanos, comparando o hospital a um campo de concentração nazista (AMARANTE, 2012).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), realizada em 1987, teve como alguns de seus temas: economia, sociedade e Estado, impactos sobre a saúde e a doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. As discussões realizadas neste evento fizeram com que a criação de uma nova legislação fosse pauta para o movimento da reforma (AMARANTE, 2012).

No mesmo ano ocorreu o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que introduziu o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, o qual surgiu a partir da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, além de definir o Dia Nacional da Luta Antimanicomial para o dia 18 de maio. Este evento permitiu uma composição plural dos participantes, formadas também por usuários e familiares, que visavam uma transformação social e não tão somente a mudança do modelo assistencial psiquiátrico, com discussões acerca da saúde mental. Assim, o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, inspirou a transformação do nome do MTSM, em 1993, que passou a ser denominado como o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) (AMARANTE, 2012; BRASIL, 2005; PITTA, 2011).

Em 1987 também houve a criação do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira na cidade de São Paulo, que se tornou referência nas políticas de saúde mental e no processo de reforma psiquiátrica, sendo considerado o marco inaugural dentro da linha de cuidado em clínica ampliada articulada com o território (AMARANTE, 2012; PITTA, 2011).

Com a promulgação da nova Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um direito de todos e dever do estado, e o modelo de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi implantado a partir da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 1990), sendo orientado por diversos princípios, a saber: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência, igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, integralidade da assistência, participação da comunidade, descentralização político-administrativa (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

O SUS representa uma tentativa de superação das desigualdades em saúde, levando em consideração o fato de que a saúde é um direito de cidadania de todos. Assim, entende-se que as Políticas Públicas de Saúde ocorrem através de processos complexos que envolvem interlocuções entre o Estado, a sociedade e o mercado, que visam a proteção social e o bem-estar dos sujeitos, e abarcam ações que visam o desenvolvimento e as transformações dos sistemas de proteção social (FLEURY; OUVÉNEY, 2014).

Em virtude do princípio da descentralização político-administrativa, em 1989 ocorreu uma intervenção a um hospital psiquiátrico que era conveniado ao SUS, a Clínica Anchieta, realizada pela Prefeitura de Santos, em virtude de violências e violações de direitos, que fez com que o “tratamento” da loucura no Brasil fosse questionado. Tal fato fez com que o hospital psiquiátrico fosse entendido como “uma instituição de violência e segregação” que desencadeou na necessidade de “desconstruir o manicômio” (AMARANTE, 2012, p. 642).

Esta transformação política e ideológica do pensamento sobre o cuidado dos sujeitos que estão em sofrimento psíquico fez com que houvesse a construção de uma rede de serviços, dispositivos e estratégias que substituíram o hospital psiquiátrico.

Assim, dentre esses serviços substitutivos foram criados: Núcleos de Atenção Psicossocial, serviço de emergência psiquiátrica no Hospital Geral, uma residência para as pessoas que estavam no hospital psiquiátrico, mas não tinham lugar e/ou condições para morar; cooperativa de trabalho para os usuários, o Centro de Valorização da Criança; e o Projeto Tam Tam (AMARANTE, 2015b).

No início dos anos 90 em São Paulo, verificamos outros serviços substitutivos, a saber: centros de convivência, hospitais-dia e programas de atenção psicossocial e inclusão (AMARANTE, 2012).

Em 2001 ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental que significou o fortalecimento do movimento da reforma psiquiátrica nacional. Em 2002 houve a instituição do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) que reduziu a quantidade dos leitos psiquiátricos e redefiniu as diretrizes que regulam as internações psiquiátricas. Vale destacar ainda o surgimento das residências terapêuticas e do programa “De Volta para Casa” que se preocupam com a situação dos egressos dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Além da criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), haviam sido criados Núcleos de Atenção e Promoção à Saúde (NAPS) e Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM). A portaria nº 336 de 2002 regulamentou os serviços de atenção psicossocial, estabelecidos pelas portarias nº 189 e 224, de 1991 e 1992, respectivamente, e todos os serviços passaram a ser chamados de CAPS (AMARANTE, 2012).

Os CAPS são serviços substitutivos que atendem sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico intenso e se dividem em modalidades, a saber: Caps I, criados em municípios que possuem entre 20 e 70 mil habitantes e atendem adultos; Caps II, funcionam em municípios que possuem de 70 a 200 mil habitantes e atendem adultos; Caps II-i, existem em municípios com mais de 200 mil habitantes e atendem crianças e adolescentes; Caps II-ad, criados em municípios com mais de 100 mil habitantes e atendem adultos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas; e os Caps III, em municípios com mais de 200 mil habitantes, recebem adultos e funciona 24 horas e realizam internações (AMARANTE, 2012).

Dentre as funções do CAPS, pode-se destacar a promoção de autonomia dos sujeitos através de ações de inclusão e integração social, de forma trans e multidisciplinar, através da base territorial e com a intersetorialidade. Importante ressaltar o papel da intersetorialidade, que vem a ser um dos princípios fundamentais da nova Política de Saúde Mental, a qual exige a articulação de profissionais e dos serviços que constituem a rede (AMARANTE, 2012).

A lei da Reforma Psiquiátrica, lei nº 10.216/2001 representou uma conquista da luta antimanicomial e regulamenta os direitos e a proteção dos sujeitos que possuem transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Vale ressaltar que em 1989, o projeto de lei nº 3.657/89, apresentado pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG), foi aprovado na Câmara, mas passou onze anos no Senado. Entretanto, foi o seu projeto substitutivo que fora aprovado em 2001.

A Reforma Psiquiátrica em Campina Grande

O processo de Reforma Psiquiátrica na cidade de Campina Grande teve o seu fortalecimento a partir da Intervenção Federal ocorrida no Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional – ICANERF, conhecido como Hospital João Ribeiro, que culminou com a criação de serviços substitutivos.

A avaliação dos hospitais psiquiátricos públicos e conveniados ao SUS ocorre anualmente através da análise de critérios estabelecidos pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar – PNASH/Psiquiatria, na qual são avaliados itens como estrutura física, limpeza, alimentação, recursos humanos, prontuários e projeto terapêutico.

O ICANERF foi avaliado pelo PNASH/Psiquiatria como um dos dez piores hospitais psiquiátricos brasileiros, no ano de 2003, tendo sido reprovado sucessivas vezes em virtude de não atender as condições físicas, técnicas e administrativas exigidas, que culminou com o seu descredenciamento pelo SUS. Entretanto, o ICANERF continuou o seu funcionamento sem atender aos critérios exigidos, e, em 2004, o Ministério da Saúde decretou a intervenção federal naquela instituição, através de ação civil pública (CIRILO, 2006).

A Comissão Técnica de Avaliação e Acompanhamento do Processo de Reestruturação do ICANERF foi constituída com a finalidade de garantir a intervenção federal na instituição, além de possibilitar um novo modelo de assistência em saúde mental na cidade de Campina Grande. No tocante à assistência em saúde mental, a comissão técnica sugeriu ações para o “fortalecimento dos serviços já existentes (CAPS II e CAPS Ad), transformação do CAPS II em CAPS III, implantação das Residências Terapêuticas, estabelecimento de parcerias com o Programa Saúde da Família, realização de visitas regulares ao hospital por membros da comissão” (CIRILO, 2006, p.58).

O Ministério da Saúde e a Gestão Municipal assumiram o ICANERF, mais conhecido popularmente como Hospital João Ribeiro, em 2005, através de determinação judicial, e o interventor torna-se responsável por sua administração e gerenciamento, sendo iniciado um processo de construção de novas formas de cuidado. Aos internados foram possibilitadas rotina de higiene, alimentação balanceada, cuidados com o corpo e saúde, (re)construção de vínculos familiares e (re)inserção social, que desencadeou o retorno ao lar concomitante com o acompanhamento no CAPS ou PSF (CIRILO, 2006).

Durante a intervenção, ocorreu um Processo Seletivo Simplificado que contou com o apoio da Universidade Estadual da Paraíba, do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal da Saúde de

Recife, que aprovou 99 trabalhadores para ocuparem os cargos que surgiriam a partir da implantação do CAPS III, CAPSi, Emergência Psiquiátrica e Residências Terapêuticas (CIRILO, 2006).

Ao final do processo de intervenção, houve a transferência dos internos para a Unidade de Referência em Saúde Mental, serviço criado provisoriamente até a implantação das residências terapêuticas. A realização do evento “Fechem as portas do hospício, abram as do coração” com o apoio da Cooperativa dos Artistas, ocorreu na frente da Unidade de Referência em Saúde Mental e marcou o fim da intervenção e o descredenciamento do ICANERF com o SUS (CIRILO, 2006).

Considerações e reflexões

A partir da Reforma Psiquiátrica ocorreu uma revolução acerca do pensamento do sofrimento mental, que passa a ter como foco o sujeito e não mais a doença, tentando romper com os estigmas negativos, visando a transformação das relações sociais com os sujeitos em sofrimento psíquico (AMARANTE, 2015a; BASAGLIA, 2010; TENÓRIO, 2001; SEVERO; DIMENSTEIN, 2009).

Com o advento da Reforma, ocorre a redefinição do objeto da psiquiatria, a doença é colocada entre parênteses (BASAGLIA, 2010) e os cuidados são voltados ao sujeito. Assim, ocorre uma reformulação em quatro dimensões, a saber: a teórico conceitual, a jurídica, a técnica assistencial e a sociocultural.

A dimensão teórico-prático da Reforma se baseia em três aspectos: “a desinstitucionalização, a clínica institucional e a reabilitação psicossocial” (TENÓRIO, 2011, p.53). A desinstitucionalização pode ser considerada um dos elementos centrais da experiência reformista italiana e se baseia na possibilidade de construção de novas estratégias e serviços, capazes de atuar territorialmente promovendo sociabilidades e trocas sociais.

A clínica institucional pode ser compreendida como um espaço de construção e fortalecimento de laço social e de vínculos. Quanto à reabilitação psicossocial, ela se preocupa com o resgate das competências sociais do sujeito, que se volta à conquista da cidadania como um direito (TENÓRIO, 2011).

Desse modo, compreende-se que a proposta da Reforma acarretou novos olhares sobre a Saúde Mental, que passou a ser reconhecida como resultado de uma construção transversal, complexa e simultânea de saberes (AMARANTE, 2015b), e que é papel dos profissionais que

trabalham na rede de atenção à saúde mental contribuir com a emancipação e transformação dos sujeitos, através de estratégias que visem a produção de saberes capazes de valorizar e inscrever o sujeito em sua própria história.

Nesse sentido, os profissionais da Saúde Mental devem, em suas práticas, promover a transformação de estigmas que difundem a desigualdade social, através de uma atuação política, preocupada com a garantia dos direitos humanos, com a defesa e valorização da cidadania e com a efetivação da democracia. E para que a mudança social ocorra é necessário que haja a solidariedade entre os sujeitos e o compromisso político e ético, visando a transformação das relações sociais.

Por fim, conclui-se que alguns dos desafios para que as Políticas Públicas de Saúde Mental sejam efetivas é que elas possam contribuir com a desconstrução das identidades negativas e estigmatizadas que o sujeito em sofrimento mental possui, possibilitando a eles a reabilitação psicossocial e a conquista da cidadania. É preciso que as Políticas Públicas de Saúde Mental criem estratégias que permitam a produção de vida e da potência desses sujeitos, em suas diversidades e pluralidades, possibilitando a produção de subjetividades e a inscrição dos sujeitos em sua própria história.

Referências

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

_____. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp.635-656). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

_____. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

_____. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015a.

_____. *Teoria e Crítica em Saúde Mental*. São Paulo: Zagodoni, 2015b.

_____. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

BASAGLIA, F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. *Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005, 2005.

CIRILO, L. S. Novos tempos: Saúde Mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares. 161 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – UEPB. Paraíba: 2006.

SCOREL, S. História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp.323-364). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FLEURY, S.; OUVÉNEY, M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp. 25-58). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FOUCAULT, M. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2013a.

_____. *Os Anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2013b.

_____. *A ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

_____. *A sociedade punitiva*. São Paulo: Martins Fontes, 2015.

NORONHA, J. C., LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde –SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp.365-394), Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PAIM, J. S., ALMEIDA- FILHO, N. Reforma Sanitária Brasileira e o SUS. In J. S. PAIM; N. ALMEIDA-FILHO (Orgs.). *Saúde Coletiva: Teoria e Prática* (p. 203-209). Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589, 2011.

SEVERO, A. K. S.; DIMENSTEIN, M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia* (Natal), 14(1), 59-67, 2009.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clinica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.