

## UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL: UM OLHAR SOBRE OS AVANÇOS E DESAFIOS

Elisângela Lopes de Faria  
Enfermeira, Graduada na FAPAM.  
Servidora Pública Federal.  
Especialista em MBA Executivo em Saúde pela UCAM.

Marisa Gonçalves Brito Menezes  
Enfermeira, Professora da FAPAM, Mestra pela Escola de Enfermagem UFMG,  
Especialista em Auditoria de Sistema de Saúde pela Faculdade São Camilo,  
Especialista em Terapia Intensiva IEC- PUC MG,  
Graduada pela Escola de Enfermagem UFMG.

### Resumo

Os avanços no processo de desinstitucionalização em saúde mental foram marcados após a Reforma Psiquiátrica e se iniciaram em 2001, com aprovação da Lei 10.216, na I Conferência Nacional de Saúde Mental e no II Encontro Nacional de Trabalho em Saúde Mental. Com outras várias ações sociais, na mudança de modelo hospitalar de contenção, isolamento e exclusão tutelar, que permaneceram durante vários anos, promovendo a redução gradual do número de leitos hospitalares destinados aos pacientes psiquiátricos. Com o passar do tempo foram substituídos por estratégias terapêuticas, como os Centros de Atenção Psicossocial, Núcleos de Assistência Psicossocial, Serviço Social Terapêutico, hospitais dia, leitos em hospitais gerais destinados a emergências psiquiátricas e posteriormente os centros de convivência e cultura. Essa implementação foi um marco na história da Psiquiatria Brasileira que passou a oferecer suporte à rede de cuidado em saúde, cujos objetivos permitem ao usuário, a inserção social, envolvem profissionais de saúde, usuário e família. O presente trabalho discorre sobre esses avanços possibilitando reflexões sobre as Leis Brasileiras vigentes. Percebe-se o esforço dos responsáveis pela criação das Leis, porém argumenta-se ser necessária uma mudança da metodologia na Saúde Mental Brasileira para que ocorra o avanço da inclusão social e reabilitação psicossocial.

**Palavras-chave:** Desinstitucionalização. Política de saúde. Psiquiatria. Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental.

### Abstract

Advances in the process of deinstitutionalization in mental health were scored after the psychiatric reform, that began in 2001 with the approval of Law 10,216, in the First National Conference on Mental Health and the Second National Working Meeting on Mental Health. With other various social activities, change the hospital model of restraint, isolation and protect exclusion, having spent several years promoting the gradual reduction in the number of hospital beds for the psychiatric patients, whith the passage of time have been replaced by therapeutic strategies such as the Psychosocial Care Centers, Psychosocial assistance centers, Social Services Therapeutic, day hospitals, beds in general hospitals for the psychiatric emergencies and then the centers of living and culture. These implementations were a milestone in the history of Brazilian Psychiatry which now support the health care network, whose objectives allow the user, social inclusion, and involves health professionals, user and family. This paper discusses these advances enabling reflections on

the current Brazilian law. One sees the effort of those responsible for the creation of laws, but it is argued the need for a change in methodology in the Brazilian Mental Health to occur advance social inclusion and psychosocial rehabilitation.

**Keywords:** Deinstitutionalization. Health Policy. Psychiatric. Psychiatric Reform. Mental Health.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema uma análise de algumas políticas públicas em saúde mental: um olhar sobre os avanços e desafios no Brasil e aborda acontecimentos principais que ocorreram após a Reforma Psiquiátrica. Nesta perspectiva, devem-se compreender os conceitos das políticas públicas como mediadoras de conflitos e o processo de desinstitucionalização em saúde mental, como meio de inserção social.

As políticas públicas nasceram nos Estados Unidos como disciplina acadêmica, sendo utilizadas como ferramentas de decisão governamental sobre o poder público e se ocupam em estudar as relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, implementação e avaliação de políticas (PETERS, 1986). Reis, Araújo e Cecílio (2010) referem-se à política pública como a soma das atividades dos governos que agem diretamente ou através de delegação influenciando a vida do cidadão. Desse modo é papel do governo definir e implementar as políticas públicas, sendo que, em saúde, envolvem estudo sobre o papel do Estado, a relação do Estado/ Sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública. No atual momento, as políticas brasileiras para a saúde são estruturadas pela Lei do Sistema Único de Saúde (SUS), com ampla e extensa legislação baseada no eixo da Constituição Federal de 1988, através das Leis: 8.080 e 8.142/90, complementadas por Normas Operacionais, e têm como importantes instrumentos as portarias do Ministério da Saúde. (DIMENSTEIN et al., 2010).

Após a implantação desse modelo ocorreram diversos questionamentos que comprovaram a necessidade do início da formulação da primeira série de políticas públicas para a saúde mental no Brasil. (BARROS; TUNG; MARI, 2010). Neste contexto, além dos objetivos já citados, este estudo possui o interesse de explicar os avanços e dificuldades encontradas na assistência à Saúde Mental, após o Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Para alcançar o objetivo proposto utilizou-se como recurso metodológico a pesquisa bibliográfica, realizada a partir da análise pormenorizada de materiais já publicados na literatura e artigos científicos divulgados no meio eletrônico no período de abril a junho de 2016, quando foram

consultadas as bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e fontes primárias que versam sobre o tema. Foram utilizados os seguintes descritores: políticas de saúde, saúde mental e psiquiatria comunitária. Foram encontrados 195 artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão preestabelecidos, destes foram utilizados 17 de acordo com os objetivos do estudo. O texto foi fundamentado nas ideias e concepções do estudioso Basaglia dentre outros e de Leis Brasileiras que tratam da Reforma Psiquiátrica.

## 2. AS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL E A SUA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

De acordo com Fonte (2012, p.1) *“a loucura só vem a ser objeto de intervenção por parte do Estado no início do século XIX com a chegada da Família Real ao Brasil, depois de ter sido socialmente ignorada por quase trezentos anos”*. Entretanto, esse período de modernização e consolidação da nação brasileira como um país independente, os loucos ainda são vistos como resíduos da sociedade e uma ameaça à ordem pública.

Nesse sentido, Basaglia (2005, p. 47) confirma quando diz:

[...] o doente mental era uma figura que deveria ser mantida à distância, para que não perturbasse o cotidiano e a ordem da sociedade. A necessidade de isolar o doente mental também resulta no fato da sociedade buscar a eliminação do que limita sua expansão. Além disso, a doença mental é vista como um problema social que necessita ser resolvido “fora” da sociedade, uma vez que o doente mental significa uma ameaça à ordem social.

Passos (2009) revela a situação dos loucos no país ao informar que viviam nos porões das Santas Casas de Misericórdia, onde a rotina era ficar amarrados e vivendo sob péssimas condições de higiene e cuidado. A necessidade de terapêutica medicamentosa e a reclusão dos pacientes são concretizadas com a construção de novos hospícios. (FONTE, 2012).

Para Guedes (2007, p.3) *“os locais de asilamento tornaram-se lugares privilegiados de produção e exercício do saber médico, o que permite sistematizar as informações, buscar uma causa positiva para a loucura.”* Assim todo o poder e a autoridade advindos de um médico tiravam do louco a sua condição de sujeito. Dessa forma, o louco deixa de ser alienado e passa a ser *“vigiado, julgado, responsabilizado, corrigido e reprimido”* (GUEDES, 2007, p. 4).

Basaglia (2005) esclarece sobre a institucionalização, pois trouxe inúmeras consequências para o doente mental como, por exemplo, a fragmentação e/ou extinção do convívio familiar, perda da identidade, liberdade, negação da subjetividade e de todos os direitos, inclusive da incapacidade de exercer a sua cidadania. O mesmo autor também explicita claramente o significado da institucionalização, cujo doente mental é submetido à opressão e torna-se vítima do abuso de poder

dos técnicos. Ressalta ainda que a internação está permeada por situações de exclusão, distanciamento da realidade social e perda da liberdade e direitos.

O movimento da reforma psiquiátrica surgiu na Europa com o objetivo de modificar o modelo de tratamento destinado aos doentes mentais, através do expoente e líder o psiquiatra Franco Basaglia. A experiência desse movimento iniciou-se em 1961 com a transformação do hospital psiquiátrico inserido em Gorizia, uma cidade italiana que faz fronteira com a Eslovênia, em uma comunidade terapêutica. (BARROS, 1994). O mesmo autor complementa que a partir daí, inúmeras experiências tiveram início sendo a mais famosa a que foi realizada na província italiana de Trieste, no qual em 1965 havia mais de 100 mil pessoas internadas e iniciou-se então as atividades de humanização neste hospital, visando abolir práticas repressivas e de violência, além suprimir da impregnação provocada pelo excesso de psicofármacos. Essas experiências tiveram o olhar de Basaglia que pretendia, além da eliminação dos manicômios, o fim da exclusão social dos doentes mentais. (BARROS, 1994). Com a aprovação da Lei 180, em 13 de maio de 1978, determinou-se o fim dos manicômios em todo território italiano, ocasionando esvaziamento destes e definindo a necessidade de criação de estruturas territoriais que respondesse às demandas, abolindo a ligação entre doença mental e periculosidade social. Consolidando o processo de criação de novas práticas de atenção psicossocial e de saúde mental, essa lei ficou conhecida como a Lei de Basaglia. (BASAGLIA, 2005).

No Brasil, o ano de 1978 marca o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Assim durante o ano de 1978 surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Sobretudo foi este Movimento que passou a protagonizar e a construir informações de denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência, além de construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2005).

De acordo com Barros, Tung e Mari (2010) com o passar do tempo houve necessidade de realizar mudanças com a intenção de buscar alternativas para o tratamento em saúde mental, desconstruindo o modelo hospitalocêntrico. Para isso, foi organizada e construída uma rede de serviços para atender os pacientes no âmbito extrahospitalar, materializados como, por exemplo, os centros de atenção psicossocial (CAPS), os ambulatórios especializados e os serviços de atenção primária, além da implantação de serviços de internação parcial, como os hospitais-dia, a instalação

de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e a ampliação das funções dos serviços de emergências psiquiátricas (SEPs) para o manejo do paciente em crise. (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

Segundo Basaglia (2005) existem no Brasil debates em torno da reforma psiquiátrica e de um novo modelo de tratamento visando à promoção e inclusão social do doente mental e tem como regra a desinstitucionalização do paciente. Entretanto este processo requer investimentos e possui objetivo de diminuir as internações psiquiátricas e possibilitar um tratamento ambulatorial setorizado, visando a não reincidência do quadro de internação e isolamento. O mesmo autor complementa ao quando afirma que esta proposta é considerada como resultado do processo de desconstrução do antigo modelo existente nos hospitais gerais, na Europa no século XVII, e que tinha como base o isolamento e exclusão social em suas intervenções.

De acordo com Souza, Silva e Oliveira (2010), a política nacional para a saúde mental tem seu olhar voltado para a inclusão ou inserção da pessoa com doença mental, de pessoas com problemas com álcool e outras drogas, contemplando tanto a infância quanto adolescência e adultez.

Para Basaglia (2005) os ideais da reforma psiquiátrica no Brasil ganham visibilidade com o MTSM e, nos anos 80 a crítica à realidade manicomial entra na discussão da esfera pública e inicia a formulação do Projeto de Lei de autoria do deputado Paulo Delgado, em 1989, que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios.

Segundo Brasil (2005) mais do que denunciar os manicômios como instituições onde impera a violência, a reforma propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, profundamente solidárias, inclusivas e libertárias. De acordo com Hirdes (2009) o termo desinstitucionalização significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade de um determinado território. Porém, a desinstitucionalização possui um significado muito mais amplo do que simplesmente deslocar o centro da atenção do hospício ou do manicômio, para a comunidade.

Dentre as medidas tomadas, no Brasil para melhorar a situação dos doentes mentais. Basaglia (2005) destaca:

- Redução progressiva dos leitos psiquiátricos de hospitais especializados;
- Qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra hospitalar;
- Programa permanente de formação de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica;
- Implantação do Programa de Volta para Casa;
- Implementação da Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas.

A partir daí várias outras ações foram impetradas no sentido de alterar o quadro de isolamento e exclusão social dos doentes psiquiátricos, no Brasil, sendo algumas oficiais como a criação dos Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS) / CAPS, a partir da Portaria do Gabinete do Ministério (GM) 224/92 que regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental em acordo com as diretrizes de descentralização e hierarquização das Leis Orgânicas do Sistema Único de Saúde (SUS). (KODA; FERNANDES, 2007). As mesmas autoras informam ainda que os serviços referidos funcionam como porta de entrada para instituições hospitalares.

Mais recentemente, a Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001 “*dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*” (BRASIL, 2001, p. 1). Ao longo do tempo, várias Portarias foram baixadas no sentido de proteger e assistir o doente mental em sua integridade, sendo a criação dos CAPS a mais significativa. Dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, esses dispositivos são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Com a criação desses centros possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no Brasil. (DELGADO; GOMES; COUTINHO, 2001).

Para Koda e Fernandes (2007) o CAPS oferece vários recursos terapêuticos como: atendimento individual; atendimento em grupo; atendimento para a família; atividades comunitárias; assembleias ou reuniões de organização do serviço dentre outras atividades.

Para Delgado, Gomes e Coutinho (2001) há também constatação da ineficiência das políticas públicas brasileiras sobre o assunto. Pois a reforma psiquiátrica brasileira consagrada pela Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 foi um importante passo para as pessoas com transtornos mentais adquirirem dignidade e acesso aos direitos humanos, contudo faz-se necessário que diversos interessados lutem em prol da resolução das questões referentes e que dificultam a consolidação da Reforma Psiquiátrica.

Acredita-se, no entanto, para que ocorram mudanças efetivas torna-se imprescindível a quebra de paradigmas e preconceitos que cerceiam as ações e que poderiam se apresentar exitosas no atual contexto da sociedade brasileira. (KODA; FERNANDES, 2007). De acordo com as autoras supracitadas, as mudanças propostas no movimento antimanicomial, assim como o processo de transformação das atividades na esfera da saúde mental, faz com que haja mudanças do teórico ao cultural, bem como na construção de políticas e modelos de atenção.

Essa conjectura leva à reflexão sobre como a sociedade brasileira vê e cuida das pessoas acometidas por problemas mentais de qualquer natureza. Diante disso, observa-se a estrutura das instituições que acolhem essas pessoas ainda com bastante precariedade. Koda e Fernandes (2007) fazem uma análise e afirmam que as instituições apresentam-se como conjuntos culturais

simbólicos e oferecem um sistema de normas, valores e pensamentos considerados referência não só para os inseridos, mas para toda a sociedade.

Delgado, Gomes e Coutinho (2001) revelam ao averiguar a ruptura com um modelo manicomial, a necessidade de ponderar os efeitos sobre uma regulação social mais ampla, tendo em vista que a existência dos hospitais psiquiátricos garantiu não só a resposta à loucura pautada no protótipo médico-científico, como também aprovou uma forma de discriminação e divergência entre loucos e normais, bem como entre “sãos” e doentes mentais.

De acordo com Lucchese (2003) a história das conquistas, dos avanços, das dificuldades e dos desafios em relação à promoção da saúde no Brasil não só psiquiátrica, vem sendo construída ao longo de décadas e transcorrem por conceitos relacionados aos programas, as ações e projetos de saúde, dentre outros, os quais formam uma imensa rede interligada e ao mesmo tempo, descentralizada. A mesma autora afirma que as políticas públicas brasileiras baseiam-se na universalidade e equidade, no acesso às ações e serviços, e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade na organização de um sistema único de saúde no território nacional.

Desse modo o período atual caracteriza-se por dois movimentos simultâneos, um movimento caracterizado pela construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar. E o outro marcado pela fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes. Sendo assim, considera-se a partir dos movimentos a consolidação da reforma psiquiátrica como política oficial do governo federal. (BRASIL, 2005, p.2).

Entretanto, faz-se necessário ficar alerta de que falta ainda muito para que seja garantido aos acometidos por transtornos mentais, de acordo com a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, no art. 2º, parágrafo único, inciso II, da referida lei: “acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades.” (BRASIL, 2001).

Segundo Brasil (2005, p.45) *“um dos principais desafios para o processo de consolidação da reforma psiquiátrica brasileira é a formação de recursos humanos capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura.”* Brasil (2005) ainda alerta que o processo da reforma psiquiátrica exige cada vez mais da formação técnica e teórica dos trabalhadores, muitas vezes desmotivados por baixas remunerações ou contratos precários de trabalho.

Schrank e Olschowsky (2008) afirmam que é prudente a inserção dos familiares das pessoas com transtornos mentais no dia a dia da rede de atenção à saúde mental e na sua militância, na luta por uma sociedade sem manicômios, nos movimentos sociais. Para eles, são essas medidas que estão conseguindo garantir os direitos, provocando mudanças nas políticas públicas e na cultura de

exclusão do louco na sociedade. Assim, o grande desafio da Reforma Psiquiátrica é construir um novo lugar social para os *loucos*.

Diante desse quadro Hirdes (2009) afirma sobre a necessidade de formação de profissionais devidamente capacitados, em todos os níveis, desde a graduação até a especialização. Brasil (2005, p.4) afirma que o “*Ministério da Saúde convoca os grandes centros brasileiros de alto nível acadêmico para que tomem também para si a tarefa de produzir análises sobre os novos serviços e novo modelo de atenção.*”, ou seja, construir espaços de reflexões, bem como de novas propostas a serem implementadas. (BRASIL, 2005, p. 47).

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi apresentado concluiu-se que é necessária uma mudança da metodologia na gestão da saúde mental brasileira que possibilite avançar mais nas políticas de inclusão social e reabilitação psicossocial, objetivando o fortalecimento dos instrumentos de controle social.

Torna-se importante a reformulação das políticas específicas para saúde mental, ao alcance de toda a população acometida de transtornos mentais e a inclusão de programas com ações de prevenção para esse mal. Deve-se questionar como assegurar as garantias sociais para que a pessoa com transtorno mental exerça sua cidadania com respeito, gozando seus direitos e sua individualidade, uma vez que a prática psiquiátrica vive ainda dias contraditórios.

Em um lado estão novos ganhos e descobertas das políticas e em outro apresenta a deterioração do setor público. Desse modo, é relevante informar sobre o fato de haver uma transformação da doença mental em um modo “fraudulento” de viver, o que tem levado milhares de pessoas ao encarceramento, transformando os hospitais psiquiátricos em prisões.

A conexão entre a saúde mental e a atenção básica como meio de entrada para o tratamento de pessoas com transtornos mentais, ainda é um grande desafio enfrentado na atualidade, pois as melhorias a serem desenvolvidas na assistência em saúde mental e a ampliação do acesso terapêutico oferecido à população, com qualidade e garantias de continuidade do tratamento é dependente de articulações políticas efetivas e pautas prioritárias de debates e interesses.

Ao organizar o programa de saúde pública há de se priorizar recursos. Isto quer dizer que a avaliação dos problemas tem que ser feita em todos os momentos e que alguns transtornos ou problemáticas devem merecer prioridades por sua gravidade, impactos e comprometimento na vida do sujeito, bem como custos sociais e financeiros.

Considerando que no Brasil há setores progressistas voltados para a reforma psiquiátrica e que estes setores ocupam lugar de destaque na formulação e na condução administrativa de

mudanças em saúde mental. Acredita-se ser viável incluir no processo de avaliação dos dispositivos criados para a implementação da reforma, profissionais que se mantenham avaliando a ação, com posturas essencialmente críticas, e que desenvolvam atitudes para avaliação da gestão e consequentemente reduzindo eventuais pontos “cegos” dos gestores e formuladores de políticas, com a finalidade de operacionalizar e otimizar o serviço. Para isso, é preciso desfazer os preconceitos para analisar as atuais políticas públicas brasileiras em relação à legislação com implementação de uma rede comunitária e multiprofissional de atendimento e que ainda apresentam muitas vezes falhas inaceitáveis.

## REFERÊNCIAS

BARROS, D. D. Jardins de Abel - desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Lemos/EDUSP, 1994.

BARROS, Régis Eric Maia. TUNG, Teng Chei. MARI, Jair de Jesus. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.32, supl. 2, out. 2010.

BASAGLIA, F. **Escritos Selecionados em Saúde Mental e reforma Psiquiátrica**. Amarante, P (org.) Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BRASIL. Lei n.10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 abr. 2001, p. 2.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação, a organização, e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. P. 18055.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990, p. 25694.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. 2005.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. GOMES, Maria Paula Cerqueira. COUTINHO, Evandro da Silva Freire. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.17, n.3, maio/jun. 2001.

DIMENSTEIN M.; SALES, A. L.; GALVÃO, E.; SEVERO, A. K. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 20, v. 4, p.1209-1226, 2010.

FONTE, Eliane Maria Monteiro 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.

GUEDES, Simone Cordeiro Costa. A Chácara dos Loucos e o imaginário sobre a loucura. ANPUH – XXIV SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – São Leopoldo, 2007.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 01, jan./fev. 2009.

KODA, Mirna Yamazato Kod. 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. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 06, jun. 2007.

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 02, p.439-448, 2003.

PASSOS, I. C. F. **Reforma Psiquiátrica: as experiências francesas e italianas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PETERS: B. G. **American Public Policy**. Chatam House, New York, 1986.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. **UNA-SUS | UNIFESP**. São Paulo, 2010.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista de Enfermagem USP**, v. 42, n. 1, 2008.

SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de; SILVA, Cezar Augusto Ferreira da; OLIVEIRA, Eliany Nazaré. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Rev. esc. Enferm**, SP, v. 44, n. 03, set. 2010.