



## **DA CAMISA DE FORÇA AO CONVÍVIO SOCIAL**

### **FROM STRAIGHT JACKET TO SOCIAL LIFE**

**Larissa Rocha Coêlho**

**Faculdade Entre Rios do Piauí (FAERPI)**

**Sara Alves Henrique**

**Universidade Federal do Piauí (UFPI)**

#### **RESUMO**

O presente artigo visa relatar sobre o caminho percorrido pela saúde mental no Brasil, mencionando sobre como esta era tratada antes da Reforma Sanitária e quais as mudanças que ocorreram na saúde, especificamente em contexto de saúde mental após grandes marcos na história do Brasil como a Reforma Sanitária (1970-1985), a Constituição Federal de 1988 e a instituição do SUS.

**PALAVRAS CHAVE:** Saúde Mental. Serviços de Saúde. Histórico da Saúde Mental.

#### **ABSTRACT**

This article aims to report on the path taken by mental health in Brazil, mentioning how it was treated before the Sanitary Reform and what changes occurred in health, specifically in the context of mental health after major milestones in the history of Brazil as the Sanitary Reform (1970-1985), the Federal Constitution of 1988 and the institution of SUS.

**KEYWORDS:** Mental Health. Health Services. Mental Health History.

## **1 INTRODUÇÃO**

Por muito tempo, predominou a ideia de que saúde significava ausência de doenças físicas ou mentais, como também a imagem de que desenvolver políticas de saúde era “melhorar hospitais”. No entanto, após a redefinição do conceito de saúde pela Organização Mundial de Saúde – OMS (1946), em que ela afirma que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade, a saúde passa a se constituir um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem qualquer distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.

Posteriormente, muitas políticas de saúde passaram também a não pensar só em melhorias para hospitais, mas também em medidas de prevenção de doenças, melhorias em



saneamentos básicos e formas de estimular a população a cuidar e prezar pelo seu bem-estar físico, mental e social.

A Reforma Psiquiátrica que se iniciou no Brasil por volta dos anos 1970 e 1985 provocou importantes e significativas transformações na área de Saúde Mental. Se antes a “loucura” era vista como algo que deveria ser isolado da sociedade por estar associada à periculosidade e incapacidade, com a Reforma surge a proposta de humanizar o atendimento à pessoa com transtorno mental, saindo de um modelo centrado na referência hospitalar, para um modelo de atenção diversificada, de base territorial comunitária e na cidadania e singularidade dos sujeitos (BRASIL, 2004), trazendo, desta forma, a pessoa com transtorno mental de volta ao convívio social.

## **2 HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL**

Foucault (2008) aponta que no período da Idade Média o cuidado oferecido às pessoas de classe social mais baixa baseava-se na exclusão, os “doentes” eram medicalizados e enviados para fora das cidades, lugar este que era povoado somente por leprosos, dessa forma, a cidade e seus arredores ficavam “limpos”.

Outra forma de atendimento à saúde dos pobres eram os hospitais gerais que Foucault (1978) considera como mais uma forma de excluir as pessoas, visto que essas instituições ao mesmo tempo que acolhia os doentes possibilitou ao Estado encontrar nesse processo de internação uma saída para o problema da loucura e da pobreza, ou seja, a internação era uma resposta do Estado às expressões da questão social.

Amarante (1995) considera que os hospitais gerais não atuavam como uma instituição médica, na verdade, caracterizava-se como uma ordem social com perfil de exclusão, assistência e/ou filantropia que atendia aos desafortunados e abandonados pela sorte. O autor pontua que nessa época a internação estava mais relacionada a uma ideia de guarda e proteção e não à assimilação da loucura por um viés médico, somente a partir do século XVIII que a internação adquire características médicas.

Foucault (1978) acrescenta que assim como os hospitais gerais existiam casas de internamento mantidas pela Igreja Católica, todavia, funcionavam como antigos leprosários e instituía um papel de assistência e pressão, isto é, eram espaços que inicialmente excluía as pessoas que tinham lepra, mas, posteriormente, passa a excluir também os pobres, mendigos e loucos.

# II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas

*"Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas"*

20, 21 e 22 de junho de 2018

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - UFPI - Teresina - Piauí



No Brasil, o marco institucional da assistência psiquiátrica é a inauguração do Hospício Pedro II, Rosa (2008) considera que essa instituição pode ser associada com o tratamento da questão social como caso de polícia, pois, antes da criação dos hospícios os loucos se fossem tranquilos eram acolhidos pela sociedade e podiam viver livremente, mas, caso fossem agitados e agressivos eram encarcerados nas cadeias públicas.

Caldas e Nobre (2012) apontam que em relação à assistência psiquiátrica pública o Brasil dedicou-se a construção de leitos psiquiátricos ou a reformar os que já existiam, os loucos poderiam ser reconduzidos conforme o comportamento, sexo ou poder aquisitivo.

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira iniciou na década de 80, momento em que o país passava por intensas mudanças. Desde o princípio, pretendia servir à democracia e à consolidação da cidadania no Brasil. Nessa época, a maior parte dos cidadãos não tinha acesso ao direito à saúde, que era constituído na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, ou seja, o acesso era restrito aos trabalhadores que contribuíam. Era uma cidadania regulada (FIOCRUZ).

Arbex (2013) afirma que nesse período predominava o modelo hospitalocêntrico, modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, e que a maioria dos internados não possuía doença mental, na verdade, eram pessoas consideradas incômodas para os poderosos, eram opositores políticos, prostitutas, alcoolistas, mendigos, homossexuais. Nesse tratamento asilar os internados sofriam eletrochoques, usavam camisa de força, passavam por todo tipo de maus tratos. Um exemplo foi o tratamento manicomial oferecido no Hospital Colônia de Barbacena – Minas Gerais que resultou em 70 mil mortos, um verdadeiro holocausto brasileiro. Os pacientes morriam de frio, doença, fome a até mesmo de eletrochoques, e, quando morriam, o hospital lucrava, pois os corpos e as ossadas eram vendidos.

Os homens vestiam uniformes esfarrapados, tinham as cabeças raspadas e pés descalços. Muitos, porém, estavam nus. Luiz Alfredo viu um deles se agachar e beber água do esgoto que jorrava sobre o pátio e inundava o chão do pavilhão feminino. Nas banheiras coletivas havia fezes e urina no lugar de água. Ainda no pátio, ele presenciou o momento em que carnes eram cortadas no chão. O cheiro era detestável, assim como o ambiente, pois urubus espreitavam a todo instante. Dentro da cozinha, a ração do dia era feita em caldeirões industriais. Antes de entrar nos pavilhões, o fotógrafo avistou um cômodo fechado apenas com um pedaço de arame. Entrou com facilidade no lugar usado como necrotério. Deparou-se com três cadáveres em estado avançado de putrefação e dezenas de caixões feitos de madeira barata. Ao lado, uma carrocinha com uma cruz vermelha pintada chamou sua atenção. Dentro dos pavilhões, promiscuidade. Crianças e adultos misturados, mulheres nuas à mercê da violência sexual. Nos alojamentos, trapos humanos deitados em camas de trapos. Moscas pousavam em cima dos mortos-vivos. O mau cheiro provocava náuseas. Em outro pavilhão, a surpresa: capim no lugar de camas. Feno, aliás, usado para encher colchões, abrigar baratas, atrair roedores. Viu muitos doentes esquecidos nos leitos,



deixados ali para morrer. A miséria humana escancarada diante de sua máquina. Jamais havia flagrado nada parecido. (ARBEX, 2013, p. 149-152).

Após a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, a saúde passa a ser definida em um conceito mais amplo, não sendo apenas resultado das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas também sofre influência da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades que existem na mesma (FIOCRUZ).

Diante desse processo democrático constituinte, o movimento sanitário apresentava como proposições concretas: a saúde como um direito de todo cidadão, independente de contribuição ou trabalho, todos deveriam ter acesso à saúde; as ações de saúde deveriam ser acessíveis à toda a população, e estas ações deveriam ser de cunho preventivo e/ou curativo, e para isso, deveriam fazer parte de um único sistema; e a descentralização da gestão, tanto no caráter administrativo quanto no financeiro estaria relacionada à quarta proposição que era a de controle social das ações de saúde (FIOCRUZ).

### **3 LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

Paiva e Teixeira (2014) afirmam que a partir da Constituição Federal de 1988, o país volta ao regime democrático. A nova Constituição, ou Constituição Cidadã como também ficou conhecida, transforma a saúde em direito de cidadania e dá origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde. A organização da saúde pública no Brasil é profundamente transformada, pois a saúde passou a ser considerada como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas” (BRASIL, 1988). Eis então que surge o SUS – Sistema Único de Saúde. Sobre as mudanças instituídas pela constituição, também aponta Simões (2014):

A constituição instituiu planos integrados de ação de medicina preventiva e curativa, saúde ocupacional e higiene, medicação, alimentação e meio ambiente, por sua vez assegurados por uma estrutura unificada, em resultado da vontade constituinte de uma política integralizada de combate à doença, assegurada a toda população, independentemente de sua condição social (SIMÕES, 2014, p. 129-130).

Sobre o SUS, Simões (2014) afirma que:

O SUS é um sistema universal de que é usuária toda a população brasileira, rica ou pobre. Mesmo os que não o utilizam, dele se beneficiam por meio de campanhas de vacinação, ações de prevenção e de vigilância sanitária (como o controle de sangue e hemoderivados, registro de medicamentos etc.) e de eventual atendimento de alta complexidade, assumido pelos hospitais públicos universitários, onde se encontram



os melhores especialistas, inclusive no atendimento aos usuários dos planos de saúde (SIMÕES, 2014, p.134).

Em 1990 são criadas leis que irão regulamentar esse sistema. A Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) vai dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. E a Lei 8.142 vai dispor sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A implantação do Sistema Único de Saúde e a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 trouxeram diversas conquistas, pois redirecionaram o modelo assistencial em saúde mental, ao mesmo tempo em que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

A Lei 10.216 definiu a universalidade de acesso e direito à assistência, assim como sua integralidade; valorizou a descentralização do padrão de atendimento ao determinar a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, caracterizando redes assistenciais mais atentas às desigualdades sociais existentes. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

Ao considerar o processo de avanço ao lidar com a saúde mental é importante destacar que uma das principais formas de lutar contra o preconceito, o estigma e a própria noção de transtorno mental/incapacidade estão nos processos que Amarante define como desinstitucionalizar, que significa:

Tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida, em que o tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade. Neste processo, o doente antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é, portanto, um processo ético de reconhecimento de uma prática que reconhece o direito das pessoas mentalmente



enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro e uma terapêutica cidadã (AMARANTE, 1995).

Buscando a ampliação da rede de atenção à saúde mental e visando a desinstitucionalização dos sujeitos, são criados serviços substitutos que buscam estimular a autonomia dos usuários do serviço e a reinserção na comunidade. É nesse contexto que surgem os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Sobre os CAPS, Humberto Costa, Ministro da Saúde em 2004, afirma:

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial podem ser definidos e caracterizados como unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 2004).

Os CAPS foram criados oficialmente com a Portaria GM 224/92 que reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de oferecer um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida, em um determinado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004).

Existem três modalidades de CAPS, que são: CAPS I, CAPS II e CAPS III, e ainda CAPSi e CAPS AD. Os CAPS de tipo I e II oferecem atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes e o que difere essas modalidades é o número de habitantes de onde eles estão localizados. O CAPS tipo III além de atendimento diário, também conta com atendimento noturno, todos os dias da semana.

O CAPSi é voltado para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais e o CAPS AD para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS



possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação (BRASIL, 2004).

Independente da modalidade em que se encaixem, todos os CAPS visam oferecer determinados serviços dentro da Política de Saúde Mental, e são eles:

- Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- Regular a porta de entrada da Rede de Assistência em Saúde Mental de sua área;
- Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004, p. 13).

A partir da necessidade de que o Sistema Único de Saúde ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção ao mesmo tempo em que deseja ampliar e diversificar os serviços do SUS é instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.

A finalidade da RAPS é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. O artigo 2º da referida Portaria traz as diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial que são:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

# II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas

*"Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas"*

20, 21 e 22 de junho de 2018

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - UFPI - Teresina - Piauí



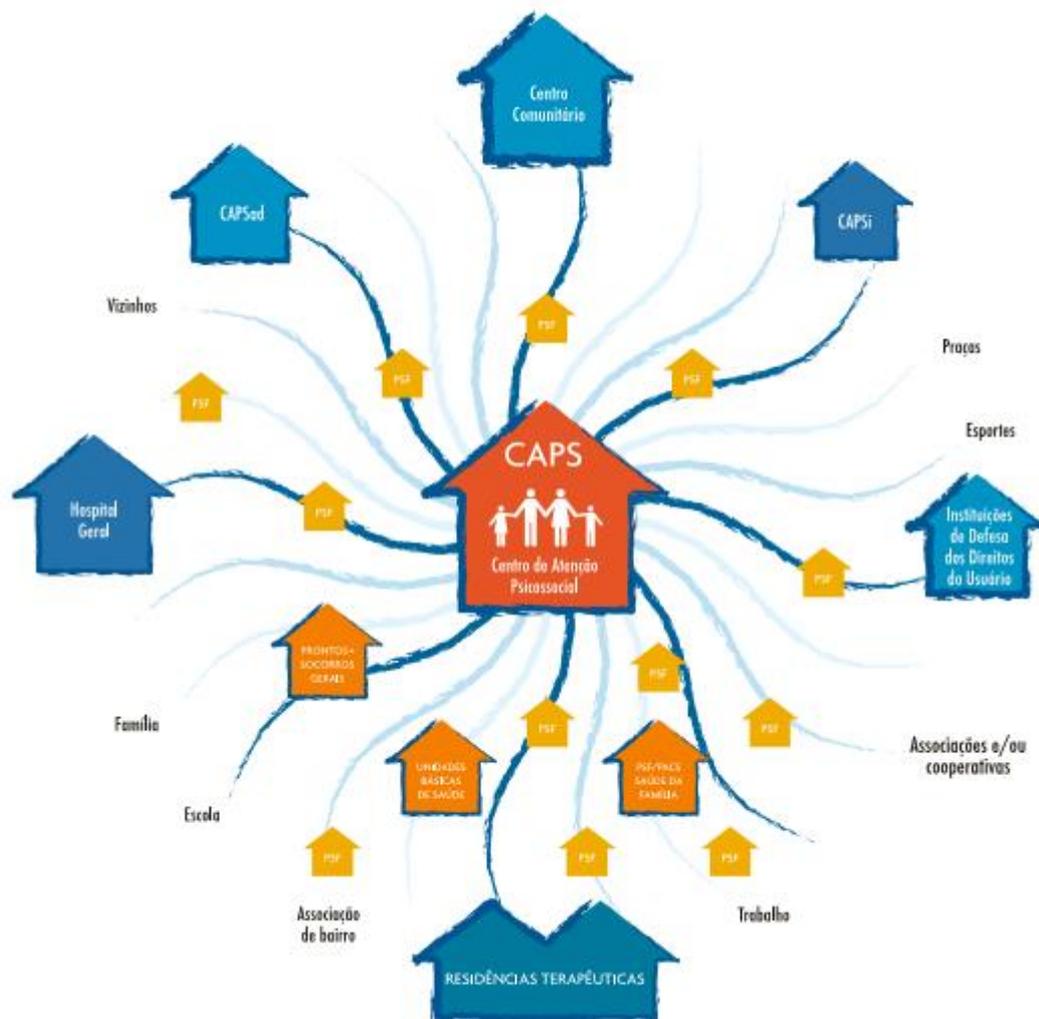
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011).

A portaria supracitada define no art. 5º os seguintes componentes da RAPS: 1) atenção básica em saúde, formada por Unidade Básica de Saúde, equipe de atenção básica para populações específicas (Equipe de Consultório na Rua e Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório) e Centros de Convivência; 2) atenção psicossocial especializada, formada pelos Centros de Atenção Psicossocial; 3) atenção de urgência e emergência, formada pelo SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, etc.; 4) atenção residencial de caráter transitório, formada por Unidade de Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial; 5) atenção hospitalar, formada por enfermaria especializada em Hospital Geral; e serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; 6) estratégias de desinstitucionalização, formada por Serviços Residenciais Terapêuticos; e, por fim, reabilitação psicossocial.

O CAPS são dispositivos que estão fazem parte da rede de serviços de saúde e, para atender toda a demanda do seu público alvo precisa da articulação e apoio de outras redes sociais e comunitárias, conforme a figura abaixo:

**Figura 1- Rede Atenção à Saúde Mental**

**REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL**



Fonte: Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2004).

A Política de Saúde Mental do Brasil e a própria Reforma Psiquiátrica são resultado da mobilização de familiares, usuários e trabalhadores da saúde que buscava modificar a realidade vivenciada nos manicômios onde se encontravam mais de cem mil pessoas com transtornos mentais. Essa luta buscava substituir o modelo de saúde mental até então oferecido, que tinha por base a internação em hospitais psiquiátricos por um modelo de atenção psicossocial que o tratamento pudesse ser oferecido sem serviços ofertados pela própria comunidade (BRASIL, 2014).

**4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

# II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas

*"Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas"*

20, 21 e 22 de junho de 2018

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - UFPI - Teresina - Piauí



É válido destacar que o movimento de concretização dos ideais propostos pela Reforma Psiquiátrica necessita ser constante, objetivando cada vez mais a ampliação e, simultaneamente, a qualificação da rede de serviços de saúde, para que, dessa forma, possa oferecer e garantir um tratamento e atendimento apropriado, de qualidade que não permita nem contribua com a exclusão dos que dele necessitem, existindo, desta forma, uma continuidade entre os mesmos. Que os usuários possam “transitar” entre os serviços oferecidos pela rede, de forma que o tratamento siga uma linha crescente e eficiente de resultados na vida de cada um, por isso é tão significativo e necessário o diálogo e partilha de informações entre os profissionais desses serviços, favorecendo assim o trabalho em rede.

Também é pertinente salientar que para a Reforma Psiquiátrica alcançar completamente os objetivos almejados, é preciso que a comunidade saiba sua importância e reconheça sua participação na Reforma. Seria pouco resolutivo o Estado criar modelos substitutivos para o cuidado de pessoas portadoras de transtornos mentais, se a comunidade continuar enxergando esses serviços ainda com um olhar do modelo hospitalocêntrico.

É fundamental compreender que, pessoas com transtornos mentais podem e devem ter um convívio social, o transtorno não os impede do convívio familiar ou de uma vida em comunidade. A ideia dos CAPS é de oferecer a essas pessoas esse convívio, de inseri-los em centros de convivência e atividades dentro da comunidade e realidade de cada um, para que tenham uma vida digna e cidadã.

É preciso também que a Reforma Psiquiátrica ocorra dentro daqueles que muitas vezes cresceram com a visão e até mesmo ideia de que “os loucos” devem ser isolados, tirados do convívio social. É importante, sempre que possível, buscar conhecer mais e entender que transtornos mentais não devem e não podem ser tratados à margem da sociedade.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

\_\_\_\_\_. **Novos sujeitos, novos direitos: O debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, jul./set., 1995.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. 1ª ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

# II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas

"Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas"

20, 21 e 22 de junho de 2018

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - UFPI - Teresina - Piauí



- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei n° 8.142**, de 28 de dezembro de 1990.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei n° 10.216**, de 6 de abril de 2001.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n° 3.088**, de 23 de dezembro de 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas**. Capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 6ª ed. Brasília, 2014.
- CALDAS, A. de A.; NOBRE, J. de A. **Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica Brasileira: Reflexões acerca da cidadania dos portadores de transtornos mentais**. Cadernos UniFOA n° 20 p. 71-83, dez. 2012.
- FIOCRUZ, **Fundação Oswaldo Cruz**. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>
- FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.
- \_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. 25ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2008.
- OMS/WHO. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html/>> Acesso em: 20 jan. 2018.
- PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>.
- ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2014.