

REFORMA PSIQUIÁTRICA E EMANCIPAÇÃO DA PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL

PSYCHIATRIC REFORM AND EMANCIPATION OF THE PERSON IN MENTAL SUFFERING

Luis Fernando P. Mendes¹; Danilo B. Ribeiro²

¹Discente do Curso de Medicina do UNIFESO - Centro Universitário Serra dos Órgãos.

²Professor do Curso de Medicina do UNIFESO - Centro Universitário Serra dos Órgãos.

RESUMO:

Introdução: A Reforma Psiquiátrica é entendida como um marco histórico, que compreende uma época marcada por denúncias e mudanças de como a saúde mental era praticada com desdobramentos importantes. Assim, diversos modelos de desinstitucionalização foram aplicados no mundo e diferentes dispositivos foram criados a fim de diminuir os leitos dos manicômios até a sua extinção. O objetivo deste trabalho é apresentar o censo psicossocial realizado em um hospital psiquiátrico e identificar o papel que os dispositivos têm no processo de desinstitucionalização do internos. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência, fundamentando a vivência com a literatura encontrada. **Resultados:** Foram 110 internos entrevistados, sendo a maioria homem, de raça branca, distribuídos por 16 municípios. Diferentes dados indicaram que o motivo da permanência na internação atual é o próprio processo manicomial, por demonstrar a inadequação da clínica em tratar os internos, e o longo período de internação e isolamento que eles estão sujeitos. Diante desse perfil, foi estabelecido estratégias envolvendo os dispositivos da atenção básica, a fim de fornecer acolhimento e adequada assistência psicossocial. Além disso, os dispositivos garantem o direito a moradia, renda e cidadania. **Conclusão:** Diante desses pacientes institucionalizados, os dispositivos desempenham papel além do tratamento correto, mas como emancipadores desses egressos dos hospitais psiquiátricos. O ambiente pleno desses centros de saúde e suas atividades permitiram o exercício da cidadania e liberdade.

Descritores: Reforma Psiquiátrica; Desinstitucionalização; Atenção Psicossocial;

ABSTRACT:

Introduction: The Psychiatric Reform is understood as a historical landmark, which comprises a time marked by complaints and changes in how mental health was practiced. Thus, different devices were created in order to reduce the beds of asylums until their extinction. The objective of this work is to present the psychosocial census carried out in a psychiatric hospital and to identify the role that the devices have in the process of deinstitutionalization of inmates. **Methods:** This is an experience report, basing the experience with the literature found. **Results:** There were 110 inmates interviewed, most of them male, white, spread across 16 municipalities. Different data indicated that the reason for staying in the current hospitalization is the institutionalization process itself, as it demonstrates the inadequacy of the clinic in treating the inmates, and the long period of hospitalization and isolation that they are subjected to. Given this profile, strategies were established involving primary care devices, in order to provide reception and adequate psychosocial assistance. In addition, the devices guarantee the right to housing, income and citizenship. **Conclusion:** Faced with these institutionalized patients, the devices played a role in addition to the correct treatment, but as emancipators of these former psychiatric hospitals. The full environment of these health centers and their activities allowed the exercise of citizenship and freedom.

Keywords: Psychiatric Reform; Deinstitutionalization; Psychosocial care.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica é entendida como um marco histórico, com processos políticos complexos, com participação de diferentes instituições do Estado e da sociedade, deflagrada a partir da crise do modelo manicomial e da reivindicação por movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. O movimento teve início na década de 1970, com a formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que integravam entre eles, trabalhadores do movimento sanitarista, sindicalistas, familiares e pacientes com história de longas internações (1). A partir do MTSM, inicia-se uma época de denúncias do modelo hospitalocêntrico e sua violência, muito influenciado pelos processos de desinstitucionalização na

Itália (2-4). O modelo vigente era baseado no alienismo, que determinava a internação dos pacientes em colônias agrícolas ou hospitais-colônia, que eram espaços afastados dos grandes centros urbanos, com tratamentos fundamentados no isolamento desses indivíduos da perturbação da cidade e no trabalho rural como reorganizador da psique (5). A reforma psiquiátrica daria um passo no campo judiciário e legislativo, com um projeto de lei apresentado pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG) ao congresso em 1989, que regulamentaria os direitos dos indivíduos em sofrimento mental e uma progressiva extinção dos manicômios. A lei foi sancionada pelo presidente em 2001, após 12 anos de tramitações entre a Câmara dos Deputados e o Senado Federal, e até então estava em vigor uma Lei de 1934, do

governo Vargas, que possibilitava a internação de qualquer indivíduo por um laudo médico que poderia ser solicitado por qualquer pessoa, independente da natureza da relação dela com o paciente a ser internado (1, 2, 3).

Durantes os processos de desinstitucionalização no mundo que antecederam a reforma brasileira, diferentes modelos de assistência psiquiátrica foram aplicados de acordo com as condições encontradas. Foi no modelo de saúde mental americano, por exemplo, que surgiu o conceito de “desinstitucionalização”, com a ideia de reduzir o número de pacientes ingressantes aos hospitais psiquiátricos e seu tempo de internação, tornando esses hospitais defasados e superados (1, 5). A proposta era descentralizar a assistência em saúde mental criando outros espaços de ação, como oficinas, abrigos e centros de saúde mental, baseada na prevenção de transtornos mentais, no tratamento precoce das pessoas com essas condições e na reinserção delas à sociedade. Por esse motivo, o modelo obteve um caráter comunitário, isto é, os profissionais envolvidos no trabalho possuíam um papel de agente social, auxiliando o usuário não só no âmbito pessoal, mas assim também nas crises familiares, de relações sociais e/ou de trabalho. Outra experiência relevante foi a Política de Setor na França, que pela primeira vez determinava uma política mais capilarizada, organizada por setores baseados na regionalização do serviço, que era determinado pela distribuição demográfica territorial. A grande questão envolvida nessas experiências citadas é que mesmo com esses programas implementados, os centros de saúde mental e os outros espaços não descentralizaram o serviço dos hospitais psiquiátricos, pelo contrário, aumentaram a demanda e se transformaram em grandes captadores de pacientes psiquiátricos, responsáveis pelo aumento das internações (2, 4, 6).

A reforma psiquiátrica italiana foi a experiência que de fato mais influenciou a reforma brasileira. O trabalho feito na Itália e o intercâmbio de ideais de Franco Basaglia em suas diversas visitas aos hospitais psiquiátricos no Brasil, desencadearam o movimento de reforma psiquiátrica brasileira, principalmente em Minas Gerais, quando visitou o Hospital Colônia de Barbacena e denunciou mundialmente a situação encontrada, definindo o hospital como “um campo de concentração nazista” (3). O trabalho de Basaglia na Itália foi influenciado pelas experiências da França e EUA, que também era baseado na regionalização de serviço social, mas diferentes delas, os dispositivos italianos, os Centros de Saúde Mental (CSM), ofereciam auxílio nas crises dos usuários até mesmo em condições mais graves. Os CSM não são apenas a continuidade do tratamento dos hospitais, eles possuem condutas próprias que envolviam todos os fatores que cercam o paciente, sendo uma transformação da forma que a sociedade e as instituições lidam com esses indivíduos (2). No Brasil, diferentes estratégias foram adotadas, como a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que fortalece a assistência extra-hospitalar na saúde mental, as Residências Terapêuticas, que garante acesso a moradia, e o Programa de Volta Para Casa (PVC), o qual garante o

acesso a renda.

OBJETIVOS

PRIMÁRIO: Apresentar o censo realizado na instituição, descrevendo a população da clínica quanto as suas características gerais e, principalmente, no âmbito de suas atividades diárias, sua autonomia e sua internação hospitalar.

SECUNDÁRIO: Diante do perfil da população, discutir o papel desempenhado pelos dispositivos da rede de atenção a saúde mental dentro do contexto da ressocialização e da garantia de direitos dos pacientes com transtornos mentais.

MÉTODOS:

Trata-se de um relato de experiência, fundamentando a vivência em saúde mental na graduação de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) com a literatura encontrada sobre o tema. O censo psicossocial foi realizado com a população da Clínica de Repouso Santa Lúcia, em Nova Friburgo-RJ, entre os dias 15 de junho e 01 de julho de 2021, e participaram, além dos internos da medicina pela UNIFESO, a Secretaria de Estado de Saúde, representada pela Coordenação de Atenção Psicossocial e pelo Núcleo Estadual de Saúde Mental, e 16 municípios internantes, entre os principais estão Nova Friburgo, sede e maior número de pacientes internados, e Teresópolis. Todo o censo, seus dados e conclusões discutidos neste trabalho, estão disponíveis no site oficial do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPRJ), publicado em setembro de 2021, de acordo com a Apresentação Preliminar do Censo Psicossocial da Clínica de Repouso Santa Lúcia em Nova Friburgo (RJ) realizada em agosto de 2021 (7).

A metodologia utilizada foi descritiva e analítica, buscando correlacionar o evento com o marco histórico, enfatizando os eventos ocorridos e instituições, organizações e pessoas envolvidas. Para fundamentar a discussão, foram utilizados documentos oficiais de instituições governamentais, artigos pesquisados e livros que abordassem a reforma psiquiátrica, seus antecedentes e seus desdobramentos, e os dispositivos da rede de cuidados, como o CAPS, as Residências Terapêuticas e outras ferramentas que auxiliam o processo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Ao todo, foram 110 entrevistados, cujo perfil é majoritariamente do sexo masculino (83; 75%), de raça branca (63; 57%), solteiro (73 do total); com a maioria se

concentrando na faixa etária de 39 a 58 anos (61). Do total, 52 pacientes são originários de Nova Friburgo, 27 de Teresópolis, e o restante distribuídos entre Cachoeiras de Macacu (7), Bom Jardim (5), Duas Barras (4), Cordeiro (3), Sta. Maria Madalena (3), Guapimirim (2), São Sebastião do Alto (2), Cabo Frio (1), Cantagalo (1), Rio de Janeiro (1), São José do Vale do Rio Preto (1) e Trajano de Moraes (1). A principal dificuldade encontrada foi a carência de registros pelo hospital, em todos os quesitos do censo, principalmente em relação as internações anteriores e atual, visto que além da coletada de dados na própria entrevista com os internos, houve uma busca nos prontuários encontrados na instituição. Por isso, em quase todos os aspectos divulgados há uma parcela denominada como “sem informação” ou “informação ignorada”, principalmente em relação as datas da primeira internação psiquiátrica na Clínica de Repouso Santa Lúcia, em que se constatou 80 indivíduos “sem resposta”. Em relação à escolaridade e situação laborativa desses pacientes, apenas 11 pessoas possuem 1º grau completo, 46 têm 1º grau incompleto e há 14 analfabetos. Além disso, muitos deles estavam desempregados (30), inativos sem benefícios (13) ou em benefício (16), ou inseridos no mercado de trabalho informal sem carteira assinada (16) na época que foram internados.

Em relação a internação hospitalar atual, evidenciou que são pacientes de longa internação, sendo que 104 do total estão internados há mais de 1 ano, 87 destes estão há mais de 2 anos. Próprio da instituição manicomial, pelo menos metade dessas pessoas tem como motivo de sua permanência o seu transtorno mental, como se a condição psíquica por si só justificaria a continuidade da internação. Ademais, 26 pessoas têm sua internação justificada por precariedade social, 14 por determinação judicial, um paciente por doença clínica, 4 com motivos diversos e 10 pessoas “sem informações”. Ao considerar outros dados, o cenário de isolamento fica ainda mais característico, observando-se que a maioria dos entrevistados não sai de licença (62 do total), e apenas 2 pacientes saem de licença desacompanhado e 24 somente se acompanhando, considerando que nenhum deles têm sua saída do hospital com frequência de pelo menos uma vez por semana. Além disso, apesar da maioria receber visitas de familiares, elas ocorrem de forma eventual pra boa parte desses pacientes (35), e apenas 10 dos entrevistados recebem visitas semanalmente.

A equipe do censo relatou inadequação da clínica no tratamento de qualquer transtorno mental, que, além dos aspectos já citados anteriormente, como as atividades diárias limitadas e o completo isolamento imposto aos pacientes, observou-se uma série de condutas com múltiplos medicamentos (105 internos do total), sendo que a maioria absoluta não estava em crise e muitos apresentavam sinais de impregnação por antipsicóticos. Por isso, é evidente a necessidade de discutir a conduta aplicada nesse caso, pois há o prejuízo que os fármacos podem causar ao desenvolvimento de suas habilidades subjetivas, estas que poderiam ser alcançadas por outras maneiras de tratamento.

Esses efeitos adversos podem ser bastante incapacitantes, o que contribui essencialmente para a realidade de exclusão social que o indivíduo se encontra (8). Além disso, a maior parte da população da clínica apresentou dados de autonomia e atividade diária muitos restritos a afazeres básicos, com a maior parte realizando higiene pessoal e alimentação de forma independente, porém sem fazer nenhuma outra atividade sistemática durante o dia e apenas caminha pela clínica.

Diante do perfil dessa população e da discussão gerada em torno dela, a equipe do censo elaborou uma série de orientações, que envolvem diferentes dispositivos da rede de atenção psicossocial, além de diferentes ferramentas criadas para possibilitar a alta e consequente processo de recuperação dessas pessoas, com alternativas de abordagem. É importante ressaltar que apesar de já existir essas estratégias, o processo completo de alta e deinsitucionalização é demorado, é necessário meses para a conclusão, e alguns internos têm pendência a ser resolvida, como no caso das internações judiciais, que somam 35 pacientes, e a curatela de 52 pacientes que não são curatelados. Entre esses dispositivos, será discutido o Programa de Volta Para Casa, o Centro de Atenção Psicossocial e o Serviço em Residência Terapêutica, sendo estabelecido o papel que esses dispositivos desempenham na reabilitação dos internos.

Programa de Volta Para Casa (PVC)

O Programa de Volta Para Casa foi estabelecido pelo projeto de lei federal 10.708 encaminhada ao Congresso pelo então presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 2001, sendo aprovada e sancionada em 2003, e é tido como uma das estratégias do Ministério da Saúde na Política Nacional de Saúde Mental (9). Trata-se de uma das ferramentas mais eficientes no processo de reingresso do indivíduo egresso de hospitalizações longas, sendo uma forma de garantia de renda a essas pessoas, como na população estudada em que apenas 43 pacientes possuíam algum acesso a renda (39%). Por causa do longo tempo de enclausuramento, os indivíduos podem ter dificuldades para conseguir emprego ou se sustentar, necessitando de subsídios para estabilização financeira. Através de uma espécie de auxílio-reabilitação, um valor mensal de R\$ 500,00 é pago diretamente ao beneficiário, o que estimula a autonomia e liberdade deles, possibilitando o exercício de cidadania e de direitos civis. Devido ao longo tempo de internação, parte dos possíveis beneficiários não possuem documentos básicos necessários para o cadastramento no Programa, o que dificulta o fortalecimento e evolução da ferramenta.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Um pouco menos de 1/3 do total de pacientes tiveram recomendação de alta e acompanhamento na atenção básica, tendo o CAPS como referência. Trata-se da principal estratégia contrária ao modelo hospitalocêntrico, a qual fortalece a assistência psiquiátrica extra-hospitalar baseada no cuidado em liberdade, fato fundamental para diminuição de leitos em manicômios (1, 9). O CAPS

surge como substituto dos hospitais, por ter papel no acolhimento das pessoas em sofrimento mental, egressos ou não de longas internações, fornecendo atendimento clínico diário e acompanhamento individualizado, capaz de lidar com pacientes em crise, evitando as internações (10). Em saúde mental e atenção psicossocial, a crise é entendida como resultado de diferentes fatores envolvendo terceiros, acarretada por uma situação mais social do que biológica, que não necessariamente reflete um momento de transtorno pela condição psíquica (2). Assim, é importante para o sucesso do controle da crise entender e ouvir as partes envolvidas, com comprometimento em ajudá-las na resolução de seus problemas. Desta forma, é importante a confiança do usuário no CAPS, estabelecendo relações afetivas e reais com os profissionais que lidam com ele. Nesse contexto, o paciente é protagonista de sua história, sendo estimulado a não somente se responsabilizar pelo seu próprio tratamento, como pensar nas suas escolhas, projetos, vontades, laços familiares, relacionamento com amigos e vizinhos. Cada usuário possui um projeto terapêutico (PT) próprio, o que também faz parte do planejamento elaborado pela equipe do censo. A partir desse desenvolvido a partir das características e necessidades individuais. A partir desse projeto terapêutico, o CAPS fornece 3 tipos de atendimento básicos:

- *Atendimento Intensivo:* Como o próprio nome dá a entender, é o atendimento diário, de forma contínua; o paciente se encontra em situação grave, de sério sofrimento mental.
- *Atendimento Semi-Intensivo:* Uma faixa intermediária, em que o paciente ainda precise do acompanhamento direto, porém seu sofrimento e outras dificuldades já se encontram atenuados.
- *Atendimento Não-Intensivo:* É para aqueles que não precisam de acompanhamento contínuo; eventual atendimento.

Outra forma de organização do CAPS é a regionalização do serviço de acordo com a população do município ou região que o centro se encontra e com o tipo de serviço daquele local. Há 3 divisões quanto a capacidade de atendimento, entre CAPS I, II e III, e duas categorias, CAPSad e CAPSi, caracterizados pela demanda dos usuários.

- *CAPS I:* população menor, de até 70.000 habitantes, com funcionamento diário de segunda a sexta.
- *CAPS II:* populações maiores, até 200.000 habitantes, com funcionamento semelhante ao I.
- *CAPS III:* Se diferenciam pelo atendimento diário e noturno, durante os 7 dias da semana.
- *CAPSi:* atendimento diário para a população infantojuvenil.

CAPSad: atendimento diário para a população com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Possui leitos para tratamento de desintoxicação.

Somado a isso, o CAPS pode possuir uma articulação com a rede de atenção básica, através da Rede de Atenção Psicossocial, criada pela portaria 30.088 de 2011, que estabelece a integração entre os dispositivos. Isto é essencial a fim de melhorar o serviço de cuidado. Além do acolhimento e acompanhamento diário, é importante na identificação, prevenção e tratamento de outras doenças clínicas, como a doença obstrutiva crônica e a hepatite C, que mantém elevada prevalência em pacientes com transtornos mentais, principalmente os egressos de internações associado ao tabagismo ou uso de outras substâncias (11, 12). A rede de atenção psicossocial também possui componentes de atenção de urgência e emergência, que compreende a UPA 24 horas, Unidades Básicas de Saúde e as Salas de Estabilização.

Não somente o atendimento individual é importante, há outras atividades que compõe o trabalho feito no CAPS, como as oficinas terapêuticas em grupo, que se destacam pelas diferentes formas de serem aplicadas. Essas oficinas podem servir como fonte de renda quando envolvida uma atividade específica, como culinária, artesanato e costura, que também têm o efeito terapêutico. Além disso, as oficinas podem ser alfabetizadoras, para os muitos usuários que não tiveram acesso à educação, como na população estudada, que consta com pelo menos 14 analfabetos. Ainda sobre a população, apenas 13 pacientes realizam atividades sistemáticas, e a maioria deles apenas caminha pela clínica durante o dia, característico do próprio processo de institucionalização. Essas oficinas diversas produzem diferentes resultados por trabalharem diferentes aspectos, então podem ser direcionadas de acordo com o objetivo. Vale destacar, por exemplo, as oficinas de artes plásticas, que para muitas condições psíquica serve como uma forma de organização psíquica, principalmente da linguagem, com representações de cotidiano, memória, e até mesmo da situação de exclusão que eles vivem. Somado a isso, o ambiente deve ser acolhedor e o terapeuta se basear na relação de afetividade com o usuário, o que também atribui para o caráter reorganizador da atividade. É interessante como este conceito do trabalho como forma de recuperação do indivíduo em sofrimento mental já estava presente nas ideias de Phillipe Pinel e no alienismo, porém nesse momento foi aplicada de uma outra perspectiva (13, 14).

É necessário ressaltar que a participação familiar auxilia na reabilitação dos usuários, sendo a principal rede de apoio dos pacientes da clínica Santa Lúcia (66 do total). Há espaços para atendimento e orientação da família, visto que muitos dos familiares enfrentam dificuldades em assumir a responsabilidade no tratamento do paciente, pela noção de sobrecarga percebida por eles, como problemas no cotidiano e dificuldades financeiras devido à condição dessas pessoas (15). Existem também as atividades comunitárias, normalmente externas, baseada na troca social, em que promove participação do indivíduo na sociedade e estimula a quebra de estigmas, integrando o CAPS à comunidade. Além disso, é uma forma dessas pessoas ocuparem os espaços urbanos e desenvolver memória e afeto

pelo bairro ou cidade em que elas vivem, importante na formação da própria individualidade, entendendo sua relação com o meio em que vive (16).

As Residências Terapêuticas (RT)

É importante ressaltar que um dos principais problemas encontrados nos processos de desinstitucionalização nos hospitais psiquiátricos era um elevado número de pessoas sem local de moradia. Devido ao longo tempo enclausurado, os pacientes podem se deparar com uma estrutura familiar precária, às vezes a própria família não os aceita, ou até eles mesmo não desejam o retorno familiar (2). No caso da população dessa clínica em Nova Friburgo, mais da metade dos entrevistados eram moradores do hospital sem lugar para morar fora do hospital, então foi recomendado o encaminhamento às Residências Terapêuticas (RT) de 52 pacientes, uma forma de garantia à residência e adequado apoio psicossocial, com auxílio da rede de atenção básica referenciada pelo CAPS (17). As RT's ou Serviço Residencial Terapêutico (SRT) fazem parte das Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial. São casas localizadas nos centros urbanos, com no máximo 8 habitantes e pelo menos um cuidador determinado para apoiar os moradores no seu cotidiano. As RT's são singulares, isto é, cada uma deve ser vista de acordo com as necessidades de cada paciente que ali vivem, respeitando o ritmo de readequação individual, e são o começo da reinserção do indivíduo à sociedade. Vale ressaltar o risco de institucionalização desses ambientes, com usuários limitados, com cotidiano pobre e/ou padronizado, sem abordagem efetiva e individual. O ponto principal aqui é que a RT se trata de uma casa, onde o indivíduo tem seus afazeres do dia a dia, e é incentivado a realizar suas atividades diárias de forma independente, não se restringindo a apenas higiene pessoal e alimentação, mas também momentos de lazer como assistir televisão, transitar pelos espaços urbanos e se relacionar com outras pessoas.

CONCLUSÕES

O censo psicossocial realizado na Clínica de Repouso Santa Lúcia apresentou uma população com características marcantes da instituição manicomial, principalmente em relação ao isolamento e condições diversas encontradas. A equipe constatou uma inadequação do hospital em tratamento de transtornos mentais baseada, principalmente, no isolamento e no tratamento associado a atividades diárias limitadas. Por isso, é necessário discutir a conduta aplicada nesse caso, pois na realidade pouco se desenvolve nesses ambientes de institucionalização, por limitarem a capacidade dos internos, destruindo sua individualidade e seu desenvolvimento subjetivo.

De encontro a este quadro e sob o contexto envolvido, os dispositivos de saúde básica se apresentaram como mecanismos não somente de acompanhamento e tratamento das condições psíquicas dos usuários, mas também como fator emancipador dessas pessoas. A garantia

à moradia pelas Residências Terapêuticas, o acolhimento e acompanhamento em regime aberto do CAPS e a garantia a renda do Programa de Volta pra Casa são fortes estratégias para a liberdade dos pacientes, através de um ambiente pleno e regime externo desses dispositivos, para que assim os usuários possam exercer sua cidadania, ter seus direitos respeitados, recuperar sua individualidade, inseridos à sociedade, com aumento dos seus valores dentro do campo social, permitindo trocas sociais, subjetivas e afetivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS, Brasília, 2005. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
2. Amarante P., Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 4ª Edição rev. e amp., Rio de Janeiro, Editora Fio Cruz, 2021.
3. Arbex D., Holocausto Brasileiro. 1ª Edição. Rio de Janeiro, Editora Intrínseca Ltda, 2019.
4. Paulin, Luiz Fernando e Turato, Egberto Ribeiro Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 2004, v. 11, n. 2 [Acessado 30 Junho 2022], pp. 241-258. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702004000200002>>. Epub 20 Out 2004. ISSN 1678-4758. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702004000200002>.
5. Venancio, Ana Teresa A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 2011, v. 18, suppl 1 [Acessado 30 Junho 2022], pp. 35-52. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000500003>>. Epub 20 Jan 2012. ISSN 1678-4758. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000500003>.
6. Desviat M.. A Reforma Psiquiátrica. 2ª Edição. Rio de Janeiro, Editora Fio Cruz, 2015.
7. Secretaria de Estado de Saúde (RJ), Coordenação de Atenção Psicossocial, Núcleo Estadual de Saúde Mental. Apresentação Preliminar do Censo Psicossocial da Clínica de Repouso Santa Lúcia em Nova Friburgo/RJ. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: http://www.mprj.mp.br/documents/20184/540394/apresentacao_censo_cr_santa_lucia_1.pdf
8. Felício J.L., Pessini L., Bioética da Proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. Revista Bioética. 2009. 17 (2) 203-220. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista>

- [bioetica/article/viewFile/162/167#:~:text=A%20B%20i%20o%20C%203%20A%209%20t%20i%20c%20a%20d%20a%2020P%20r%20o%20t%20e%20C%203%20A%207%20C%203%20A%203%20o%202%20C%202%20n%20C%203%20A%203%20o%20d%20e%20p%20a%20t%20e%20r%20n%20a%20l%20i%20s%20m%20o.](https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400018)
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção. Relatório de gestão 2003-2006. Ministério da Saúde, Brasília, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf
 10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Estratégicas. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
 11. Sampaio, Ana Lúcia Prezia e Caetano, Dorgival Mortalidade em pacientes psiquiátricos: revisão bibliográfica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [online]. 2006, v. 55, n. 3 [Acessado 28 Junho 2022], pp. 226-231. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0047-20852006000300009>>. Epub 14 Ago 2007. ISSN 1982-0208. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852006000300009>.
 12. Barbosa, Izabela Guimarães et al. Comorbidades clínicas e psiquiátricas em pacientes com transtorno bipolar do tipo I. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [online]. 2011, v. 60, n. 4 [Acessado 28 Junho 2022], pp. 271-276. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000400007>>. Epub 01 Fev 2012. ISSN 1982-0208. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000400007>.
 13. Pádua, Flávia Helena Passos e Moraes, Maria de Lima Salum e Oficinas expressivas: uma inclusão de singularidades. *Psicologia USP* [online]. 2010, v. 21, n. 2 [Acessado 30 Junho 2022], pp. 457-478. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-65642010000200012>>. Epub 20 Dez 2010. ISSN 1678-5177. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642010000200012>.
 14. OLIVEIRA, Patrícia Fonseca de; MELO JUNIOR, Walter; VIEIRA-SILVA, Marcos. Afetividade, liberdade e atividade: o tripé terapêutico de Nise da Silveira no Núcleo de Criação e Pesquisa Sapos e Afogados. *Pesqui. prá. psicossociais*, São João del-Rei, v. 12, n. 1, p. 23-35, abr. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000100003&lng=pt&nr m=iso>. acessos em 30 jun. 2022.
 15. Ramminger, Tatiana e Brito, Jussara Cruz de "Cada Caps é um Caps": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia & Sociedade* [online]. 2011, v. 23, n. spe [Acessado 30 Junho 2022], pp. 150-160. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400018>>. Epub 29 Mar 2012. ISSN 1807-0310. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400018>.
 16. COSTA, Samira Lima da; SILVA, Carlos Roberto Castro e. Afeto, memória, luta, participação e sentidos de comunidade. *Pesqui. prá. psicossociais*, São João del-Rei, v. 10, n. 2, p. 283-291, dez. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082015000200006&lng=pt&nr m=iso>. acessos em 30 jun. 2022
 17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências Terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>