

# POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: REFLEXÕES A PARTIR DA LEI 10.216 E DA PORTARIA 3.088

*Mental health policy at Brazil: reflections about the Law 10.216 and the  
Ordinance 3.088*

Gabriela Lemos de Pinho Zanardo<sup>1</sup>  
Loiva dos Santos Leite<sup>2</sup>  
Eliane Cadoná<sup>3</sup>

---

Artigo encaminhado: 18/04/2017  
Aceito para publicação: 12/06/2017

**RESUMO:** Objetivamos, neste artigo, realizar uma reflexão sobre a política de saúde mental brasileira, com base na Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei nº 10.216/2001 e na Portaria nº 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Buscamos entender as diferenças presentes nessas duas publicações e analisar os avanços realizados quando comparamos os textos e proposições de ambas. A *Rede de Saúde Mental* passa a ser nominada de *Rede de Atenção Psicossocial*, ampliando seus componentes, assim como a concepção de saúde para além da “mental”. À medida que saímos da leitura literal dos documentos, analisamos as diferenças de concepções de homem e de mundo ali expressas. Observamos a importância das diretrizes para o funcionamento da RAPS pautadas no respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia e liberdade, no combate a estigmas e preconceitos, na atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas. As propostas atuais para saúde mental redirecionam a lógica do cuidado, pautadas em uma clínica-política atenta às especificidades dos sujeitos, com base na integralidade da atenção e na articulação dos serviços. Contudo, reconhecemos que o campo da saúde mental traz consigo a constante necessidade de ser repensado, reinventado, articulando-se ações que lancem intervenções contra hegemônicas em meio a um cenário em que coexistem distintos modelos de atenção.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Reforma psiquiátrica. Atenção psicossocial. direitos humanos. Política de saúde.

**ABSTRACT:** This article aims to conduct a reflection on Brazilian mental health policy, based on the Law on Psychiatric Reform, Law n 10.216 and Ordinance 3.088, which establishes the Psychosocial Care Network (RAPS). We seek to understand the differences present in these two publications and to analyze the advances made when comparing the texts and propositions of both. The Mental Health Network is being nominated as a Psychosocial Care Network, expanding

---

<sup>1</sup>Psicóloga, Mestra em Psicologia (PUCRS) e Especialista em Saúde Mental (RIMS/HCPA), doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS.

<sup>2</sup>Psicóloga, Doutora em Psicologia Social (PUCRS). Psicóloga da Secretaria da Saúde de Porto Alegre/RS.

<sup>3</sup>Psicóloga, Doutora em Psicologia (PUCRS), Mestra em Psicologia Social e Especialista em Psicologia Clínica Ampliada. Professora da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Frederico Westphalen.

its components, as well as the conception of health beyond the "mental". As we leave the literal reading of the documents, we analyze the differences of conceptions of man and world expressed there. We note the importance of guidelines for the functioning of RAPS based on respect for human rights, with a guarantee of autonomy and freedom, in combating stigmas and prejudices, in humanized attention and focused on the needs of people. The current proposals for mental health redirect the logic of care, based on a clinic-policy attentive to the specificities of the subjects, based on the integrality of care and the articulation of services. However, we recognize that the field of mental health brings with it the constant need to be rethought, reinvented, articulating actions that launch counter-hegemonic interventions in a scenario in which different models of attention coexist.

**Keywords:** Mental health. Psychiatric reform. Psychosocial attention. Health policy.

## 1 INTRODUÇÃO

A reformulação das diretrizes da Política de Saúde Mental brasileira foi resultado de um intenso movimento social, técnico e político conhecido como Reforma Psiquiátrica. Baseou-se nas propostas provenientes do movimento da Luta Antimanicomial e teve impulso com o Projeto de Lei nº 3.657, apresentado pelo deputado Paulo Delgado em 1989, que visava a extinção progressiva dos manicômios e a substituição por outros recursos assistenciais (BORGES; BAPTISTA, 2008; BRASIL, 2005). Durante os anos 1990, período de tramitação da lei federal, diversos estados brasileiros conseguiram aprovar as primeiras leis da Reforma Psiquiátrica, que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por serviços substitutivos e por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

De acordo com Amarante (2007), a proposta era que serviços substitutivos se tornassem um conjunto de estratégias que efetivamente ocupassem o lugar dos grandes hospitais psiquiátricos e não fossem somente serviços adicionais, alternativos ou paralelos a esses. Além disso, foi nessa década que passaram a entrar em vigor as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária fundados nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Hospitais-dia e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Também são criadas

portarias que aprovam o financiamento destinado a cada serviço e os procedimentos realizados nos mesmos.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 (BRASIL, 1990) – que asseguram a saúde como direito de todos e dever do Estado, com atendimento integral e acesso universal aos serviços de saúde – e, a partir dos princípios propostos pela Declaração de Caracas e pela II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, criam-se condições para a efetivação da Política de Saúde Mental. Assim, em 2001, instaura-se a Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Após a implementação da Lei, segue um período de intensa formulação de regulamentações, com destaque para a criação dos CAPS nas suas diferentes modalidades (adulto, infanto-juvenil e álcool e drogas), que se tornaram serviços de referência territorial no cuidado à saúde mental. O Programa de Volta para Casa (PVC), a partir de 2003, proporciona renda para a saída de muitos usuários dos espaços fechados para residir em moradias inseridas nas comunidades. Outros avanços significativos são decisivos para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no país, como o fomento à abertura de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e, com isso, a destinação de recursos para a criação de novos procedimentos em saúde mental, assim como as diretrizes para Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, no ano de 2003.

Tendo em vista o que foi acima exposto e compreendendo a importância de promover constantes discussões no campo da saúde mental, neste capítulo temos como objetivo realizar uma reflexão com base na Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) e na Portaria nº 3.088/2011/2013 (BRASIL, 2011/2013), que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Buscamos entender as diferenças presentes nessas duas publicações e analisar os avanços realizados quando comparamos os textos e proposições de ambas.

Justificamos a escolha destes dois documentos por entendermos que são resultados de um movimento que expressa o anseio de uma sociedade por mudanças no modelo de atenção à saúde mental, assim como no lugar

ocupado por seus usuários. Embora não seja consenso entre todos os segmentos da área da saúde, trata-se de uma lei e de uma portaria que direcionam o modelo de assistência no caminho da integralidade do cuidado, da garantia de direitos humanos e da promoção da cidadania. Avaliamos a importância de realizar uma análise crítica da política de saúde mental no Brasil, considerando que essas reflexões possam contribuir também para a compreensão de políticas em outros países e contextos, já que se observa, tanto na literatura nacional quanto internacional, a necessidade de repensar os modelos de atenção em saúde mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Não temos a pretensão de esgotar o tema, pois entendemos que se trata de um campo amplo e que envolve aspectos éticos, técnicos, políticos e culturais da atenção em saúde mental e que influenciam diretamente no modo como concebemos e fazemos saúde. Entretanto, dada a relevância do tema nos propomos a iniciar uma reflexão sobre alguns desses aspectos que dizem do modo como vem sendo organizado o processo de construção e efetivação da Reforma Psiquiátrica e a atenção psicossocial das pessoas com transtorno mental no Brasil.

## **2 LEI Nº 10.216: UM MARCO HISTÓRICO-POLÍTICO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL DO BRASIL**

A Lei nº 10.216, publicada em 06 de abril de 2001, expressa o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e dispõe sobre a proteção e os direitos dos usuários com transtorno mental. A lei estabelece que a atenção em saúde, nesse campo específico, deve ser feita prioritariamente em serviços abertos e comunitários, inseridos nos territórios de moradia dos usuários, facilitando o acesso e a livre circulação das pessoas que ali são atendidas. A lógica do cuidado, por muitos anos hospitalocêntrica, começa gradativamente a mudar para uma atenção descentralizada, ou seja, baseada no pressuposto de que o cuidado deve ser realizado próximo ao contexto de vida das pessoas.

Podemos presumir que se trata de um marco na história da saúde mental do Brasil, pois, a nível federal, esse tema passa a ter visibilidade de forma específica, propondo garantias e direitos às pessoas com transtorno mental, assim como redireciona o modelo de atenção, em um momento em que o cuidado ainda era centrado no hospital e focado na doença e não na saúde. Como exemplo desse contexto, Delgado (2011) destaca que na década de 80 o hospital psiquiátrico fechado consumia 95% dos recursos financeiros públicos destinados ao atendimento em saúde mental.

Segundo Tenório (2002, p. 36), a Lei nº 10.216 pode ser considerada uma lei progressista, que “produziu seus efeitos antes de ser aprovada”, pois muito se fez em termos de práticas e de legislação nos anos prévios e posteriores a sua publicação. A reformulação dos cuidados em saúde mental entrou na agenda dos serviços de assistência à saúde, bem como na gestão técnica-política do Ministério da Saúde, Estados e Municípios, mesmo antes da Reforma Psiquiátrica se tornar lei. Desse modo, a Reforma colocou em pauta o enfrentamento e o desafio de alterar o instituído, possibilitando que fossem criadas outras formas de cuidado às pessoas em sofrimento, em espaços não segregatórios (LEITE, 2012).

Apesar das alterações que a lei sofreu antes de ser publicada, Tenório (2002) destaca o importante movimento que se produziu para a mudança do modelo assistencial às pessoas com transtorno mental, tendo a busca pela cidadania como ponto central dessa luta. Para o autor, a cidadania passa a ser o foco de todo o processo, uma vez que a Reforma Psiquiátrica se configura em um campo heterogêneo, marcado por questões de ordem cultural, clínica, política, social e jurídica, fruto da atuação de diferentes atores. Delgado (2011) sublinha que antes desta lei não existia o paciente como um sujeito político e de direitos. O autor refere: “Tudo se fazia em nome dele, para seu bem, sempre o que parecia ser melhor para ele. Mas ele nunca estava presente para dizer o que pensava a respeito” (DELGADO, 2011, p. 116).

Entretanto, os avanços provocados pelos movimentos sociais, especialmente pelos militantes da Luta Antimanicomial, ainda não superaram muitos dos desafios que a atenção em saúde mental requer. Além das questões corporativistas envolvendo relações de saber e poder, as ações das

políticas públicas não foram efetivadas plenamente para superar o modelo asilar que ainda persiste em muitos lugares do país. Pessoas institucionalizadas em hospitais psiquiátricos ainda podem ser encontradas com as diversas justificativas, como cronicidade e falta de autonomia, inexistência de vínculos familiares, falta de serviços residenciais terapêuticos nos municípios, entre outros.

Acreditamos que, através da micropolítica, é possível transformar modelos e práticas de atenção em saúde, promovendo ações instituintes e que coloquem em análise discursos hegemônicos destinados a reforçar determinadas relações de poder-saber. No âmbito da micropolítica, é possível questionar e estranhar o modo como os sujeitos são produzidos, quais as rupturas introduzidas, que possibilidades de acolher são oferecidas, como se compreende a satisfação e a responsividade no processo de cuidado em saúde (CECCIM; MERHY, 2009).

A mudança no modelo de atenção envolve aspectos ético-estéticos, políticos e culturais, requerendo um esforço permanente de todos os atores envolvidos no sentido de avançar com esse processo. Guattari (1990) propõe o exercício da prática diária dos profissionais pautado em uma lógica disposta a romper com códigos pré-estabelecidos e com padrões, em meio a uma ética que é pura criação, que não dá espaço para a reprodução. Nessa lógica, toda ação é uma ação política engajada. Conforme escreve Amarante (2007), é importante começar a pensar o campo da saúde mental e da atenção psicossocial não como um modelo, mas sim como um processo, um movimento social em constante transformação.

### **3 REFLEXÕES SOBRE A LEI Nº 10.216 E A PORTARIA Nº 3.088**

Algumas transformações se tornam evidentes ao analisarmos o que foi disposto na Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001). Dessa forma, partindo da análise da referida lei, entendemos que, embora seja um importante marco na nossa história, fruto de amplas reivindicações dentro e fora do setor saúde, ela não deixa de marcar a cisão entre o conceito de saúde e de saúde mental e, conseqüentemente, a inserção formalizada de uma lógica que também autoriza

um pensamento fragmentado da atenção. Essa afirmação pode ser analisada no texto da Lei, onde há presença de linguagem ainda pautada na ideia do usuário enquanto “paciente” e dos serviços centrados no saber médico especializado.

Se levarmos em conta a Constituição Federal (BRASIL, 1988) e a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), que demarcam a proposta de efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), não é estabelecida uma fragmentação da noção de saúde nesses documentos, dando-se ênfase à noção de atenção integral como ideal a ser colocado em prática. Entretanto, a publicação de legislação específica para o campo da saúde mental reforça, em alguma medida, a possibilidade de pensar a saúde de forma fragmentada, separando aquilo que é do corpo daquilo que diz respeito à mente.

Podemos destacar, frente a esse fato, que embora a noção de integralidade deva estar presente em nossas ações de cuidado em saúde, também somos constituídos por um modelo biomédico, onde impera a primazia pelos especialismos, exercitados de forma desarticulada e setorializada. Esse não deixa de ser um posicionamento ético-político que compete com muitas das noções por nós defendidas ao longo desse texto.

Ao mesmo tempo, é relevante destacar a importância dessa lei específica para dar visibilidade ao cuidado à saúde mental e à garantia dos direitos e cidadania dos usuários de saúde mental, por muito tempo excluídos, à margem das cidades, longe da visibilidade da sociedade. Em outras palavras, embora apresente resquícios do modelo biomédico de atenção, a Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001) também passa a assegurar determinados direitos às pessoas com transtorno mental à medida que reconhece a necessidade da formalização de textos legais que deem conta desse usuário.

Nesse sentido, a publicação da Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011/2013), no ano de 2011 (com sua última revisão publicada em 2013), dez anos após a Lei da Reforma Psiquiátrica, assinala mais um importante avanço no campo da saúde brasileira. A portaria “Institui a Rede de Atenção Psicossocial 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” (BRASIL, 2011/2013). Em seu texto podemos ver que o que até então era

denominado como *Rede de Saúde Mental* passa a ser nominado de *Rede de Atenção Psicossocial*, ampliando a concepção de saúde para além da “mental”. Ou seja, os aspectos que envolvem a vida no meio sociocultural começam a fazer parte da avaliação dos processos de saúde e doença, tendo em vista a variedade de fatores que constituem o humano. Além desse importante aspecto, destacamos também o fato de agregar a atenção para os usuários de drogas, reforçando a importância do cuidado dessas pessoas na rede de atenção psicossocial. Essa inclusão demarca o desafio para as políticas públicas em saúde em criar estratégias de cuidado levando em consideração a cidadania das pessoas usuárias de drogas.

Nesse contexto, outro ponto importante a ser analisado é a noção de sujeito apresentada nas políticas de saúde, à medida que saímos da leitura literal do documento e passamos a analisar as concepções de homem e de mundo ali expressas. Com esse movimento, abandonamos a noção positivista de ciência que preconiza um sujeito essencializado, cujas noções de “mundo interno” e “mundo externo” delimitam o que é dele e o que é da sociedade. Pensar o sujeito transcendendo a lógica do acabado, da natureza humana, adotando-se a ideia de “produção de subjetividades” (GUATTARI, 1990), é entender que as pessoas são constantemente atravessadas por concepções de mundo que ditam modos de ser e sentir, atreladas à história de cada tempo, de cada contexto, história essa escrita, dita, vivenciada por pessoas. Nesse sentido, ao produzirmos leis, políticas, ações em saúde, colocamos em prática modos de olhar para o mundo e para as pessoas totalmente impregnados de pré-conceitos, ideologias e relações de poder-saber.

É nesse texto-contexto que observamos o uso do termo *pessoas* na redação da portaria, no lugar de *pacientes*, como foi utilizado na Lei nº 10216/2001. Entendemos que se trata de um avanço por destacar a posição ativa do sujeito de direitos e não mais de alguém que espera e é passivo diante do que lhe propõem. Podemos conjecturar que é apenas uma questão de semântica, porém, em se tratando de sujeitos com diagnóstico de transtorno mental, ser considerada *pessoa* tem um significado importante no seu processo emancipatório e de cidadania. Isso pode representar que é alguém que se

movimenta e busca algo que deseja e, ao mesmo tempo, que participa das decisões acerca do seu tratamento. Logo, é um agente ativo nesse processo.

Tal perspectiva vem ao encontro do entendimento de Amarante (2007), quando o autor coloca que o termo *usuário*, referido na legislação do SUS, faz menção ao protagonismo daquele que, até então, era visto apenas como *paciente*. Em meio a essa alteração no discurso, destaca-se também a mudança no sentido dado ao lugar que a pessoa em sofrimento ou com transtorno mental passa a ocupar.

Além disso, muitos teóricos que compreendem as práticas discursivas como produtoras de sentidos no cotidiano (CADONÁ; STREY; SCARPARO, 2017; GERGEN; GERGEN, 2010; IÑIGUEZ, 2002; RASERA; JAPUR, 2005; SPINK, 1999) trazem a importância da atenção à linguagem no processo interventivo. Isso porque ela é (re)produtora de estigmas e estereótipos, mas também de práticas libertadoras e condizentes com uma ação voltada aos direitos humanos e à promoção de cidadania, que podem estar a serviço de um investimento que olhe para o sujeito em sua integralidade.

Nessa direção, salientamos a importância das diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pautadas no respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia e liberdade, no combate a estigmas e preconceitos, na atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas (BRASIL, 2011/2013). Essas diretrizes são fundamentais justamente porque ressaltam processos de cuidado singulares, com respeito às demandas e com projetos específicos. Assim, afastam-se possibilidades de um cuidado massificado, com protocolos rígidos e pré-definidos e com uma prática discursiva que coloca a pessoa em um lugar de invisibilidade e alienação.

Dentre essas diretrizes, o desenvolvimento de atividades no território contribui para a inclusão social dos usuários, a promoção da autonomia e da cidadania. Por território tomamos a definição proposta por Delgado (1997), que o refere como “conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, do seu projeto de vida, de sua inserção no mundo”. Nesta mesma direção, autores como Lemke e Silva (2010) têm destacado a importância da compreensão do território enquanto um espaço político. Os autores referem que a lógica territorial de cuidado supõe a relação

com um território que não é estático, mas sim um campo de forças, um tecido no qual a subjetividade se produz e no qual a vida se expande ou é estrangida em seu movimento. Assim, a concepção de território aqui apresentada não é somente o espaço físico e concreto onde a vida das pessoas acontece, mas também como espaço subjetivo, permeado de relações e afetos que se engendram a cada instante da existência.

Nesse sentido, podemos nos remeter aos serviços situados nos territórios, em especial à atenção primária que é estratégica no acolhimento aos usuários e suas demandas. Considerada a porta de entrada preferencial dos serviços de atenção à saúde, abrange ações de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos, em nível individual e coletivo. A atenção de caráter integral deve focar na promoção de autonomia dos usuários, de forma descentralizada e capilar, no território das pessoas assistidas (BRASIL, 2012).

Passando a ser um componente nominado na RAPS, a atenção primária responsabiliza-se também pelo cuidado em saúde mental da sua região, descaracterizando a dicotomia entre saúde física e mental. Esse aspecto redimensiona a concepção do cuidado em saúde mental, superando os especialismos, reforçando a integralidade e a complexidade do cuidado na atenção primária para além do que é considerado como “primário”. Ou seja, é no próprio território em que a vida das pessoas acontece que os serviços de saúde precisam atuar, visando entender a lógica que permeia as relações e os espaços concretos e subjetivos do viver humano e que são, por vezes, reflexo dos determinantes sociais e culturais. Ao não atentarmos para esses aspectos, estaremos na direção do endurecimento dos processos de trabalho, corroborando para a cristalização de modelos de atenção em saúde que nem sempre estão condizentes com as necessidades dos usuários.

Além disso, a RAPS amplia seu escopo de atuação, pressupondo todos os níveis de complexidade para atenção à saúde, desde a promoção e prevenção, até os agravos causados pelas doenças. A portaria compreende diferentes dispositivos no cuidado à saúde, nominados como componentes da RAPS: Atenção Primária ou Básica, Psicossocial, de Urgência e Emergência, Residencial de Caráter Transitório, Hospitalar e as Estratégias de

Desinstitucionalização e de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011/2013). Essa composição inclui os serviços da atenção primária, de média e alta complexidade que até então estavam “de fora” da rede de serviços de saúde mental, mas tinham portarias específicas como os CAPS, por exemplo. A RAPS agrega os componentes e coloca todos “dentro” da portaria, atribuindo responsabilidades a cada componente, reforçando como diretriz a articulação como forma de garantir a efetividade do cuidado em saúde/saúde mental.

Trata-se de um avanço que evidencia o esforço do Ministério da Saúde do Brasil em promover uma atenção integral às pessoas com diferentes necessidades de cuidado, assim como reforça a noção de complexidade que envolve o processo de saúde e doença, uso de drogas e os processos decorrentes da institucionalização, exclusão e estigmas que envolvem o campo da saúde mental. Nesse sentido, nas diretrizes da RAPS, salienta-se a importância da organização dos serviços em rede regionalizada, firmando ações intersetoriais que busquem assegurar o cuidado integral (BRASIL, 2011/2013). Desse modo, a lógica da integralidade é contemplada favorecendo que as pessoas sejam entendidas para além de uma patologia, mas como sujeitos que demandam cuidado em todos os níveis e em diferentes esferas, com acesso qualificado, integral e interdisciplinar dos serviços disponibilizados.

Como a RAPS aponta como objetivos a promoção, prevenção, redução de danos, reabilitação e reinserção social, torna-se necessário reafirmar complexidades e o papel de cada componente, assim como suas interfaces. Cada membro envolvido nesse cenário, no que compete a sua especificidade, precisa conectar-se aos demais serviços, objetivando a resolutividade das inúmeras situações. Por conseguinte, a rede de atenção à saúde não pode ter um funcionamento ortopédico ou engessado, com práticas institucionalizadas, como colocaram Furtado e Campos (2005), mas sim uma rede aquecida (BARROS; PASSOS, 2004), desburocratizada e acolhedora das diferenças que fazem parte do viver humano.

Isto posto, ganha destaque os processos de avaliação e o monitoramento da RAPS como forma de garantir o funcionamento integrado e em rede dos diferentes componentes. Antes mesmo da instituição da RAPS, Delgado (2011) já apontava a importância do monitoramento da rede de saúde

mental incidir não apenas sobre os leitos psiquiátricos, ainda existentes no Brasil, mas também sobre os serviços do hospital geral, os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos, Atenção Primária, Centros de Convivência e todos os demais serviços da rede de saúde mental comunitária. É imprescindível, ainda, considerar a participação dos usuários e familiares nos processos de avaliação e monitoramento da RAPS, mostrando os entraves e os avanços que se fazem presentes no cotidiano dos serviços, além de destacar o protagonismo dos mesmos.

#### **4 DESAFIOS PARA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)**

Na atenção à saúde mental, a nível nacional e internacional, destaca-se uma série de desafios, associados aos sistemas de saúde, que impactam tal prática, incluindo questões políticas, de infraestrutura, recursos humanos e financiamento (SAXENA et al., 2011). Cabe também destacar que a lógica de cuidado impressa na RAPS, que propõe o respeito aos direitos humanos, incluindo um olhar voltado para as necessidades das pessoas, é vivenciado em um cenário em que coexistem distintos modelos de atenção. Ou seja, a lógica manicomial e seus serviços correspondentes, como o hospital psiquiátrico, ainda fazem parte das estruturas de atendimento em saúde mental de muitas cidades brasileiras e, ao mesmo tempo, os serviços substitutivos, como os CAPS, pautados pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica. São lógicas distintas e incompatíveis em ampla medida que habitam o mesmo tempo e lugares, nas mesmas cidades. Nesse contexto, há que se considerar ainda, os aspectos socioculturais que regem a vida contemporânea, exigindo das pessoas posturas e comportamentos regrados pelo consumo e normas que ditam a inclusão ou a exclusão do *status quo*.

Exemplos dessas contradições são visualizados, na atualidade, por intermédio da convivência também, em um mesmo cenário, de uma Constituição Federal, com propostas de participação e promoção de cidadania, junto com uma lógica neoliberal. E é essa mesma lógica que sustenta os binarismos, as práticas fixadas na doença, no interesse em alimentar a indústria farmacêutica e da loucura, pois o consumo é mais valorizado que o

cuidado (ALBUQUERQUE; GIFFIN, 2008; MARAZINA, 1989), e a condição de passividade impressa no usuário do serviço o torna conivente com essa lógica de mercado.

Assim, as estratégias de efetivação das políticas de atenção em saúde exigem a tomada de consciência da contradição entre elas e a visão atual adotada pela sociedade, que prima pela competição, pelo individualismo e pela lógica do Estado mínimo e, portanto, pelo enfraquecimento do controle social e de práticas ligadas à promoção de cidadania (CADONÁ; STREY; SCARPARO, 2017).

Levando em conta tais aspectos, reconhecemos que o campo da saúde mental traz consigo a constante necessidade de ser repensado, reinventado, articulando-se ações que lancem intervenções contra hegemônicas em meio a esse cenário acima exposto. Precisamos ter claro que práticas e sentidos gerados em meio a essas contradições, divergências e convergências discursivas, nos impelem a uma constante problematização de nossas certezas, com fins de colocar em prática os princípios e diretrizes do SUS em prol de um cuidado integral de nossos usuários.

Analisando os progressos alcançados nos dez anos de promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001) e os desafios ainda presentes nesse cenário, Pitta (2011) aponta que muito se avançou em termos do enfrentamento ao estigma que envolve os transtornos mentais e o uso de substâncias psicoativas em termo das proposições e diretrizes oriundas do Ministério da Saúde, da Justiça e Direitos Humanos, do Trabalho e da Cultura. Porém, as prescrições presentes nas conferências de saúde, nas portarias ministeriais e na legislação, assim como nas propostas de governantes, não são acompanhadas, na visão da autora, de ações que possibilitem a concretização dessas propostas na intensidade que seria necessária.

Pitta (2011) atribui o sucesso da reforma psiquiátrica na concepção de que é fundamental a criação e construção de um vasto espectro de cuidados, não só em saúde, para suprir a existência dos usuários, que sem essa rede estariam fadados subsistir nas instituições manicomiais de longa permanência ou a perambular pelas ruas abandonados. A reforma proporcionou a criação de serviços não só de cuidados permanentes em saúde, como os CAPS e outros

serviços ambulatoriais de referência, assim como serviços residenciais terapêuticos, transformando o tratamento, que deixa de ser baseado na exclusão e na violência e passa a ser criador de possibilidades de subjetivação, pautadas no protagonismo e na interação em comunidade. Além disso, propiciou ações, auxílios e intervenções intersetoriais para dar conta e tratar dos sujeitos, de sua existência, seus direitos e suas condições concretas de vida (PITTA, 2011), como auxílio em forma de renda e trabalho protegido (estratégias do Programa de Volta para Casa - Lei Federal nº 10.708/2003 - e do Programa de Geração de Renda e Trabalho - Resolução CODEFAT nº 59/1994) e lazer assistido (Pontos de cultura - Lei nº 12.343/2010).

Segundo Assis, Barreiros e Conceição (2013), apesar dos avanços propostos pela RAPS, a partir da concepção da atenção realizada por diferentes pontos de uma rede integrada e articulada, essa proposta ainda é muito recente. Em diferentes locais do Brasil, ela possui características próprias, que também mostram a existência de desigualdades territoriais, associadas à efetivação da atenção psicossocial das pessoas com transtorno mental. A literatura internacional também destaca que existem muitas desigualdades na atenção aos transtornos mentais entre países e dentro de um mesmo país (ROCHA et al., 2013a; ROCHA et al., 2013b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Cabe salientar que a organização dos serviços nos estados e municípios do Brasil se deu de maneira heterogênea, em tempos diferentes e seguindo interesses técnico-políticos que extrapolam, não raro, as diretrizes da política nacional. Nesse cenário as diferenças regionais são evidentes e explicitam as dificuldades de consolidar uma rede de atenção em saúde mental que possa ser representativa de um cuidado integral e para além de interesses comprometidos com a lógica de dominação. Contudo, com a publicação da portaria da RAPS, essas diferenças podem ser minimizadas e diluídas nos contextos territoriais, visto que pressupõe atenção em todos os níveis e por diferentes serviços.

Além disso, embora atualmente haja o incentivo ao trabalho em rede e tenha sido abandonado o manicômio enquanto ideal de prática de atenção, salientamos que a reprodução de modelos asilares ainda está presente em

serviços substitutivos, como os CAPS. Assim, a macropolítica – a construção de políticas e de dispositivos – é um dos passos para uma atenção psicossocial. Porém, é na micropolítica – nos cotidianos de trabalho – que novas formas de produzir cuidado podem ser engendradas. Nesse sentido, a lógica manicomial está para além das práticas de cuidado, está na cultura e no modo de conceber os transtornos mentais. Práticas que, por vezes, reforçam o estigma e anulam os direitos humanos.

Esse é um desafio permanente quando nos deparamos com equipes com práticas institucionalizadas, refratárias ao modelo de cuidado em liberdade, que reafirmam o distanciamento entre profissionais e usuários e, conseqüentemente, as relações de saber-poder que perpassam quaisquer leis e portarias. Leite, Scarparo e Santos (2013) apontam a ambivalência gerada nos trabalhadores devido à presença do novo e do tradicional – relativos a saberes e práticas – no cotidiano do cuidado em saúde mental. Esses diferentes paradigmas que coabitam os serviços mostram a dificuldade que ainda se tem em superar o modelo manicomial e estabelecer o cuidado em liberdade, centrado nas particularidades e necessidades dos sujeitos e de seus territórios de pertencimento.

Para isso, destacamos a importância da capacitação e formação continuada desses profissionais, com base na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009), para que estejam instrumentalizados, proponham e fortaleçam novas práticas e atuem no processo de transformação do modelo de atenção à saúde. Além disso, é necessária a criação de mais espaços comunitários, locais de produção de encontro, de trocas, de saúde, assim como cooperativas e iniciativas de trabalho que de fato incluam as pessoas com transtornos mentais, fortalecendo a promoção de cidadania e a garantia dos direitos humanos. Tais questões devem ser consideradas metas essenciais no trabalho em saúde, em meio à construção conjunta da capacidade de reflexão tanto de usuários quanto de trabalhadores (CAMPOS; CAMPOS, 2012). Nesse contexto, faz-se necessário colocar em análise a legislação em vigência, tomando-a como dispositivo de mudança e não como verdade estanque a ser reproduzida.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora temas como “cuidado em saúde mental” e “modelos de atenção em saúde” não sejam novidade na prática cotidiana de profissionais e pesquisadores, cabe destacar que a formulação do que hoje está instituído no Brasil, no que se refere a esse assunto, em termos de legislação implica em uma mudança de postura, que inicia com a articulação entre uma visão de homem e de mundo impressa nesses documentos oficiais e a prática cotidiana.

Precisamos reconhecer, em meio a essa discussão, que vivemos em um país cuja politização dos cidadãos é pouco incentivada e, portanto, arriscamos dizer que muitos dos esforços para colocar em prática um cuidado integral em saúde não terão efeitos concretos na vida das pessoas enquanto a lógica adotada em nosso cotidiano permaneça pautada em outra direção, que tende ao egoísmo, à privatização, à competição e à intolerância às diferenças. Somos uma sociedade com muitos discursos prontos, dogmáticos. Alguns deles já colocados em prática, mas com tantos outros desarticulados de nossa realidade. Não raro, não percebemos que, no cotidiano, adotamos um posicionamento ético-político divergente do que pregamos em nossos escritos e pronunciamentos.

Agarrada a essa linha de pensamento, a sociedade contemporânea pode simplesmente se acomodar, criando a falsa ideia de que estamos cada vez mais fadados ao fracasso. Entretanto, se compreendermos que as visões de homem e de mundo que imprimimos no cotidiano são fruto de uma construção social, podemos acreditar que é possível efetivar uma prática mais condizente com o que preconiza a legislação brasileira, se esta for constantemente discutida e colocada em prática, por intermédio do controle social. Para isso, o tema “saúde” precisa se fazer presente na sala de aula, nas rodas de conversa de família, nos encontros comunitários, enfim, em todo e qualquer espaço em que convivam pessoas.

No campo da saúde mental, mais especificamente, as rupturas que se produziram ao dicotomizar a doença mental do restante do corpo, assim como o cuidado das doenças mentais e corporais, reverberou em ações distintas e dissonantes da perspectiva da integralidade. Os efeitos, em alguma medida,

ainda são vivenciados no cotidiano das práticas em saúde, nas relações que se estabelecem entre profissionais, familiares e usuários e no estigma que permeia a vida das pessoas com transtorno mental.

Contudo, é possível perceber alguns avanços a partir da sensibilização dos profissionais para realizar o cuidado integral em saúde das pessoas com transtorno mental ou sofrimento psíquico, ampliando o acesso aos serviços da RAPS e a garantia de direitos. Nos serviços da atenção básica, por exemplo, uma gama de ações coletivas como grupos, caminhadas e oficinas, que atualmente são realizadas visando a saúde integral, ganham destaque justamente por contemplar aspectos da subjetividade das pessoas e, também, pela inclusão dos usuários da “saúde mental”. O acesso aos serviços nos territórios de moradia e abertos à circulação, tem produzido importantes respostas ao cuidado das pessoas.

Avançamos gradativamente a partir da legislação vigente e das práticas que visam a indossociabilidade entre mente e corpo, reforçando essa inseparabilidade. Nesse sentido é necessário permanentemente problematizar nossos saberes e práticas a partir das vivências cotidianas que experimentamos no trabalho em saúde, favorecendo a integralidade do cuidado a partir de uma integração de conhecimentos. Desse modo, seguiremos na construção de uma política pública potente e capaz de transformar práticas em saúde.

## REFERÊNCIAS

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

ALBUQUERQUE, Verônica Santos; GIFFIN, Karen Mary. Globalização capitalista e formação profissional em saúde: uma agenda necessária ao ensino superior. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 519-538, 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462008000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462008000300007>.

ASSIS, Jaqueline Tavares de; BARREIROS, Graziella Barbosa; CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 584-596, Dez. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142013000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142013000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142013000400007>.

BARROS, Regina Benevides de; PASSOS, Eduardo. Clínica, política e as modulações do capitalismo. *Lugar Comum*, n. 19-20, p. 159-171, 2004. Disponível em <[http://uninomade.net/wp-content/files\\_mf/113003120823CI%C3%ADnica%20pol%C3%ADtica%20e%20as%20modula%C3%A7%C3%B5es%20do%20capitalismo%20-%20Eduardo%20Passos%20e%20Regina%20de%20Barros.pdf](http://uninomade.net/wp-content/files_mf/113003120823CI%C3%ADnica%20pol%C3%ADtica%20e%20as%20modula%C3%A7%C3%B5es%20do%20capitalismo%20-%20Eduardo%20Passos%20e%20Regina%20de%20Barros.pdf)>. Acesso em 30 Mar. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 19 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 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] República Federativa do Brasil*, 06 abr. 2001.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 31 jul. 2003.

BRASIL. Lei nº 12.343, de 2 de dezembro de 2010. Institui o Plano Nacional de Cultura - PNC, cria o Sistema Nacional de Informações e Indicadores Culturais - SNIIC e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 2 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (republicada 2013). Institui a Rede de Atenção Psicossocial 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 (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 23 dez. 2011/2013.

BRASIL. Resolução CODEFAT nº 59, de 25 de março 1994. Autoriza a alocação de recursos do FAT, excedentes da reserva mínima de liquidez em depósitos especiais e institui os Programas de Geração de Emprego e Renda (PROGER). Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador (CODEFAT), Ministério do Trabalho. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 30 mar. 1994.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, Fev. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000200025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200025>.

CADONÁ, Eliane; STREY, Marlene Neves; SCARPARO, Helena Beatriz K. *Conceitos de saúde e cuidado na mídia impressa brasileira: uma análise do ano de 1990*. Curitiba: CRV, 2017.

CAMPOS, Rosana T. Onocko; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2012, p. 669-688.

CECCIM, Ricardo Burg; MERHY, Emerson Elias. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 531-542, 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500006>.

DELGADO, Pedro Gabriel. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. *Saúde em Foco: informe epidemiológico em saúde coletiva*, ano VI, nº 16, p. 41-3, 1997.

DELGADO, Pedro Gabriel. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672011000200012&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000200012&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em 7 Abr. 2017.

FURTADO, Juarez Pereira; CAMPOS, Rosana Onocko. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia fundamental*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 109-122, Mar. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142005000100109&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142005000100109&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47142005001011>.

GERGEN, Mary; GERGEN, Kenneth J. *Construcionismo social: um convite ao diálogo*. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2010.

GUATTARI, Félix. *As três ecologias*. Campinas: Papirus, 1990.  
ÍÑIGUEZ, Lupicínio. Construcionismo Social. In: MARTINS, João Batista (Org.). *Temas em análise institucional e em construcionismo social*. São Carlos: Rima, 2002.

LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 281-295, 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812010000100018&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000100018&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em 7 Abr. 2017.

LEITE, Loiva dos Santos; SCARPARO, Helena; DIAS, Mirian; SANTOS, Sara Jane Escouto dos. *Saúde Mental ConVida: registros da trajetória da saúde mental na cidade de Porto Alegre*. Porto Alegre: SMS; 2013.

LEITE, Loiva dos Santos. *Viver fora depois de muito tempo dentro: narrativas de vida de pessoas libertadas*. Porto Alegre: Letra & Vida; 2012.

MARAZINA, Isabel. Trabalhador de saúde mental: encruzilhadas da loucura. In: A LANCETTI, Antonio (Org.). *Saúde e Loucura*. São Paulo: Hucitec, 1989, p. 69-74.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, dez. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002)>. Acesso em: 10 abr. 2017. doi:10.1590/S1413-81232011001300002

RASERA, Emerson Fernando; JAPUR, Marisa. Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a psicologia. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 30. p. 21-29, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n30/05.pdf>>. Acesso em 7 Abr. 2017.

ROCHA, Katia Bones; RODRÍQUEZ-SANZ, Maica; PÉREZ, Katherine; OBIOLS, Jordi E.; BORRELL, Carme. Inequalities in the Utilization of Psychiatric and Psychological Services in Catalonia: A Multilevel Approach. *Administration and Policy in Mental Health*, v. 40, n. 5, p. 355-363, 2013a.

Disponível em <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10488-012-0426-8>>. Acesso em 30 Mar. 2017. DOI: 10.1007/s10488-012-0426-8

ROCHA, Katia Bones; PÉREZ, Katherine; RODRÍQUEZ-SANZ, Maica; ALONSO, Jordi; MUNTANER, Carles; BORRELL, Carme. Inequalities in the Use of Services Provided by Psychiatrists in Spain: A Multilevel Study. *Psychiatric Services*, Washington, v. 64, n. 9, p. 901-907, 2013b. Disponível em <[http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.201100419?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed](http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.201100419?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed)>. Acesso em 30 Mar. 2017.

SAXENA, Shekhar; LORA, Antonio; MORRIS, Jodi; BERRINO, Annamaria; ESPARZA, Patricia; BARETT, Thomas; VAN OMMEREN, Mark; SARACENO, Benedetto. Mental health services in 42 low- and middle income countries: A WHO-AIMS cross-national analysis. *Psychiatric Services*, Washington, v. 62, n. 2, p. 123–125, 2011. Disponível em <[http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.62.2.pss6202\\_0123?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed](http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.62.2.pss6202_0123?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed)>. Acesso em 30 Mar. 2017.

SPINK, Mary Jane. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, Abr. 2002. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Investing in Mental Health*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse; 2003. Disponível em <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf)>. Acesso em 30 Mar. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental Health Atlas 2005*. Geneva: WHO; 2005. Disponível em <[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/mhatlas05/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/)>. Acesso em 30 Mar. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Geneva: WHO; 2013. Disponível em <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf)>. Acesso em 30 Mar. 2017.