

## A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA NO CONTEXTO SOCIOCULTURAL

*THE BRAZILIAN PSYCHIATRIC REFORM IN THE SOCIOCULTURAL CONTEXT*

Gabriela Dickel das Chagas

Universidade de Cruz Alta, Cruz Alta, RS, Brasil

Vaneza Cauduro Peranzoni

Universidade de Cruz Alta, Cruz Alta, RS, Brasil

Tiago Anderson Brutti

Universidade de Cruz Alta, Cruz Alta, RS, Brasil

Vânia Maria Abreu de Oliveira

Universidade de Cruz Alta, Cruz Alta, RS, Brasil

**Resumo:** O texto tem como objetivo central demonstrar a Reforma Psiquiátrica Brasileira como um processo amplo de transformação social, na medida em que, mais do que mudanças no campo assistencial, o movimento opera alterações de ordem cultural, mediante a promoção da autonomia da pessoa em sofrimento mental que passa a ter a sua identidade desassociada do diagnóstico psiquiátrico.

**Palavras-chave:** Cultura. Estigma. Identidade social. Saúde mental

**Abstract:** The main objective of the text is to demonstrate the Brazilian Psychiatric Reform as a broad process of social transformation, insofar as, more than changes in the field of care, the movement operates changes of a cultural nature, through the promotion of the autonomy of the person in mental suffering whose identity is dissociated from the psychiatric diagnosis.

**Keywords:** Culture. Stigma. Social identity. Mental health

### Revista Ilustração

<https://doi.org/10.46550/ilustracao.v4i1.140>

Recebido: 12.12.2022

Aceito: 14.02.2023

### Edição

v. 4 n. 1 (2023)

Seção

Artigos

Copyright (c) 2023  
Os autores



Creative Commons  
License

Este trabalho está licenciado sob uma licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.

## 1 Considerações iniciais

Desde o seu surgimento como especialidade do saber médico, no século XVIII, a psiquiatria passa por alterações teóricas e práticas, que modificam suas bases epistemológicas e o modo da sua intervenção na vida dos sujeitos. Tendo surgido como resposta às demandas por cientificidade e benevolência no cuidado dispensado aos indivíduos recolhidos aos asilos, operou, no seu início, de acordo com o “tratamento moral”. Teoria atribuída ao francês Philippe Pinel que consistia, em síntese, na disciplinarização total do interno, que deixava de ser fisicamente contido e passava a ser submetido às amarras de ordem subliminar, na medida em que todos os dispositivos asilares eram voltados a sua vigilância constante e a modulação do seu comportamento.

Posteriormente, mediante os avanços nos estudos da neurologia, o controle moral dividiu espaço no âmbito dos hospícios com os tratamentos medicamentosos e as intervenções cirúrgicas, que dominaram o cenário psiquiátrico, em associação à internação, até meados da década de 1970, quando, com a consolidação do capitalismo, o grande número de pessoas “ociosas” dispensadas nos manicômios passou a ser questionado pela mentalidade predominante que enxergava esses indivíduos como “mão de obra” potencial.

Essa situação, associada a outros fatores, como a busca por tratamento humanizado e a reintegração dos internos ao convívio social, impulsionou um movimento de escala mundial que gerou significativas transformações no campo da atenção à saúde mental. No Brasil, esse movimento é marcado pela conjuntura político-social que o país vivenciava, diferenciando-se por isso, dos movimentos internacionais.

As ações iniciadas nos anos de 1970 promoveram uma verdadeira ruptura como modelo psiquiátrico então dominante, de base hospitalocêntrica em direção a um modelo de cuidado em meio aberto, mediante movimento com ampla participação popular e com objetivo de transformação social abrangente.

Nesse sentido, a revisão bibliográfica que segue tem o propósito de demarcar o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil, resgatando brevemente as contribuições de Nise da Silveira, através da sua atuação pioneira, por vezes não abordada nos trabalhos que retratam o processo reformista, para posteriormente discutir acerca dos movimentos contestadores da hegemonia manicomial que surgiram no período ditatorial e que foram responsáveis pela reformulação da política de saúde mental no Brasil.

A partir desse sintético apanhado histórico serão comentados alguns aspectos centrais da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, com ênfase na atividade dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. A RAPS, cujo principal ponto de atenção são os CAPS, é fruto da política de desinstitucionalização, sendo composta por diversos serviços que atendem as demandas de saúde mental de acordo com as necessidades individuais de cada usuário e sem retirá-lo do meio social.

Optou-se por focalizar os CAPS em razão da centralidade que ocupam na Rede, da grande presença nos municípios brasileiros, isso é, da extensa área de cobertura que abrangem, nas seis modalidades, e da visibilidade das ações que promovem. Nesse sentido, são colocadas reflexões sobre o impacto do serviço de saúde territorializado na subjetividade da pessoa em

sofrimento mental, ressaltando sobretudo a capacidade desse dispositivo de sedimentar uma representação do usuário na livre de estigmas e contribuir para a construção positiva das suas identidades pessoal e social.

## 2 As primeiras ações de Reforma Psiquiátrica no Brasil

Nise da Silveira, médica e pesquisadora brasileira, desenvolveu seu trabalho na década de 1940, no Centro Psiquiátrico De Pedro II<sup>1</sup>. A doutora exercia sua profissão com particular respeito pelos pacientes, primando pela integridade física deles e pelo estabelecimento e a manutenção de um ambiente terapêutico afetivo e acolhedor<sup>2</sup>. Desse modo, opunha-se ao modelo de tratamento psiquiátrico predominante na época, centrado no manicômio e consistente, sobretudo, em contenções físicas, aplicação de eletrochoques, lobotomias e coma insulínico (MATTAR, 2004).

Nise, rompendo com a ideologia dominante, que ambicionava, em alguma medida, “ajustar o desajustado”, proporcionou aos internos a chance de viver e manifestar-se livremente, sem tentar enquadrá-los em algum conceito médico pré-definido ou “consertá-los”. Nesse sentido, nos estúdios de terapia ocupacional coordenados por ela, incentivou a expressão através da arte. Lá, os pacientes, longe dos olhares que os viam como inaptos, tinham a oportunidade criar obras concretas e significantes, modificando as suas próprias relações com a realidade na medida em que produziam algo de novo para o mundo (OLIVEIRA, 2012).

A médica tinha conhecimento das práticas manicomiais e das potencialidades de um cuidado oferecido em âmbito comunitário e que considerasse e promovesse a autonomia do ser humano (OLIVEIRA, 2012). À vista disso, evidencia-se o pioneirismo da atuação de Nise, que enunciava e executava os postulados do que viria a ser Reforma Psiquiátrica, 30 anos antes de o processo se desencadear em nível nacional. Seu trabalho operou mudanças significativas na vida de seus pacientes e serviu como inspiração para ações similares nas proximidades do Rio de Janeiro daquele período.

No entanto, as ações mais visíveis da Reforma Psiquiátrica no Brasil ocorreram no final da década de 1970, em um contexto de intensa agitação social, fator que pode ter sido determinante na capacidade de mobilização do movimento, que atinge a dimensão nacional, ao passo que, em vista do conjuntura político-social interna mais estável vivenciada na década de 1940 no país, as atuações reformistas do período não lograram espalhar-se e tiveram um impacto mais localizado.

Nesse sentido, o processo reformista dos anos de 1970 se iniciou associado à luta pela redemocratização, que se contrapôs a violência imposta pelo Estado ditatorial e as restrições de direitos; e às reivindicações do Movimento Sanitarista, cujas principais exigências podem ser resumidas na demanda pela participação social na elaboração de políticas de saúde e na ampliação do acesso aos serviços de saúde, o que resultou na construção do Sistema Único de Saúde – SUS (YASUI, 2006).

1 Foi o primeiro manicômio instalado em terras brasileiras, no ano de 1852, pelo Imperador Dom Pedro II. Atualmente abriga alguns departamentos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (MOTTA, 2011).

2 Com isso não se quer dizer que outros profissionais fossem desrespeitosos em suas condutas com os pacientes, apenas sublinhar que, em meio a um modelo hegemônico de uma psiquiatria pautada em métodos invasivos, como a usual na década de 1940, uma médica se destacou pela sua postura contra-hegemônica.

A proximidade da Reforma Psiquiátrica a esses movimentos contribui para qualificá-la como um “processo político de transformação social” (YASUI, 2006, p. 26), não podendo ser reduzida a alterações no âmbito das práticas assistências ou institucionais, uma vez que mobiliza diferentes atores sociais e tem como eixo um objeto transdisciplinar, tendo em vista que o conceito de saúde,<sup>3</sup> tal como atualmente concebido, engloba múltiplos fatores, estudados pelas várias áreas do conhecimento humano. Nesse sentido, mudanças no campo da saúde implicam e requerem alterações em todo o contexto social. Conforme Martins (2020, p. 29, *grifamos*)

A partir das mobilizações nessa mesma época que buscaram efetivar as transformações no sistema de saúde e, conseqüentemente, no âmbito social é possível pensar a Reforma Psiquiátrica brasileira como projeto piloto de *intervenção na sociedade* [...]

Paulo Amarante (2003), um dos precursores do processo no Brasil, sustenta que o movimento, caracterizado como um fenômeno complexo, se manifesta em quatro dimensões: jurídico-política; epistemológica; técnica-assistencial e sociocultural<sup>4</sup>. É preciso reconhecer, entretanto, que essas não são categorias incomunicáveis, pelo contrário, apresentam-se de modo imbricado, uma vez que compõe o mesmo processo social, sendo anunciadas separadamente apenas para facilitar o estudo aprofundado de cada dimensão e, desse modo, alcançar um entendimento mais amplo da unidade do fenômeno. É o entrelaçamento dessas quatro categorias que permite que a Reforma se constitua em um processo amplo de mudança social.

### **3 A Rede de Atenção Psicossocial e a desinstitucionalização planejada: avanços e desafios**

A perspectiva proposta por Amarante (2003) ajuda a compreender de forma mais profunda e potencialmente livre de confusões o efeito central da Reforma: a desinstitucionalização. A orientação de deslocar os serviços de atenção à saúde mental do hospital psiquiátrico em direção a dispositivos territorializados e de meio aberto não se confunde com a desassistência dos pacientes, tendo em vista a criação de toda uma estrutura de serviços substitutivos à internação, a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

Regulamentada pela Portaria nº 3.088 de 2011, a RAPS, em sintonia com as legislações que dispõe acerca do SUS e com a Lei da Reforma Psiquiátrica - Lei nº 10.216/2001 - tem como diretrizes, a garantia da autonomia e da liberdade das pessoas, o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, o combate a estigmas, o cuidado integral sob a lógica interdisciplinar (BRASIL, 2011), dentre outras orientações que demonstram o caráter integrador da Rede e seu marcante respeito às singularidades dos usuários.

Quanto a estrutura e a distribuição dos serviços, A RAPS apresenta-se de forma descentralizada e capilarizada, desenvolvendo-se, sobretudo, nos municípios. Nesse sentido, seus

3 “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006).

4 A dimensão jurídico-política aborda as modificações na área do direito operadas pela Reforma; a dimensão epistemológica enfoca na ruptura provocada pelo movimento em relação à psiquiatria tradicional, em correspondência com as críticas à racionalidade positivista; a dimensão técnico-assistencial trata especificamente da criação de serviços de atenção à saúde mental que respeitem os postulados da Reforma; e a dimensão sociocultural objetiva a construção de novas maneiras de socialização da pessoa em sofrimento mental (YASUI, 2006). Como se observa, muito mais do que oferecer outras formas de cuidado, não mais centradas no hospício, a Reforma procura incorporar a pessoa em sofrimento nas diversas dinâmicas da vida social.

principais pontos de atenção são as Unidades Básicas, os Centros de Convivência, as Residências Terapêuticas, as enfermarias especializadas em cuidado psicossocial localizadas em hospitais gerais e os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (BRASIL, 2011). São dispositivos estratégicos voltados ao oferecimento de cuidado em saúde mental de acordo com as diretrizes da Rede e os fundamentos da Reforma Psiquiátrica, especialmente o postulado da autonomia e liberdade do usuário, uma vez que a dinâmica dos atendimentos desses serviços se desenvolve no âmbito da comunidade, de modo a permitir que o paciente de continuidade as suas atividades cotidianas enquanto realiza seu acompanhamento em saúde mental.

No entanto, ano de 2017, através da Resolução nº 32/2017 da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, os hospitais psiquiátricos especializados foram fortalecidos dentre as estratégias da RAPS. Fato resultante de um conjunto de medidas chamado, pelos pesquisadores das ciências sociais, de “contrarreforma” (LIMA, 2019; PINHO, 2018), em alusão a forma como se deu a alteração legislativa para a inclusão dos hospícios, que ocorreu de maneira a desconsiderar a participação popular, ao passo que a Reforma, que logrou o progressivo e responsável fechamento dos manicômios, é fruto de movimento social marcadamente colaborativo.

O fortalecimento dos hospitais especializados no âmbito da RAPS é criticado especialmente por dois motivos. O modelo de atendimento representado pelos hospitais psiquiátricos, que priva o indivíduo do convívio social, é incompatível com a proposta da Rede, que objetiva promover a participação social da pessoa em sofrimento, resguardando e incentivando o exercício de seus direitos como cidadão. No mesmo sentido, o reforço ao modelo manicomial se deu com base no argumento de que os serviços disponíveis na RAPS não são suficientes para as demandas de saúde mental, particularmente aquelas que requerem internação (LIMA, 2019).

Alegação semelhante foi levantada nos primórdios da Reforma, quando seus opositores afirmavam que o fechamento dos hospícios geraria um encargo desmedido para as famílias dos internos que teriam que recebê-los sem qualquer assistência (AMARANTE, 2006). No período inicial da desinstitucionalização o argumento foi desmontado em vista do modelo de atenção implementado em substituição ao modelo hospitalocêntrico que, conforme comentado acima, dispõe de uma ampla gama de serviços afim de atender, em meio aberto, a pessoa em sofrimento mental. Além disso, seguindo a recomendação dos militantes reformistas, as altas médicas ocorreram de maneira estruturada e os pacientes institucionalizados contaram/contam com política específica voltada a reinserção social, o Programa de Volta para Casa, regulamentado pela Lei nº 10.708/2003, que institui o auxílio reabilitação psicossocial.

Atualmente a alegação de que a Rede de Atenção Psicossocial não conta com meios de atender os casos que exigem internação não se sustenta porque a Rede dispõe, como um dos seus pontos de atenção, de leitos em hospitais gerais destinados a receber pacientes da saúde mental. A internação, portanto, não deixou de ser reconhecida como uma possibilidade terapêutica, mas passou a conviver com outras alternativas menos restritivas e perdeu a centralidade que teve outrora.

Nesse sentido, a própria Lei da Reforma Psiquiátrica - Lei nº 10.216/2001, dispõe sobre a internação, admitindo-a quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, situação que deve ser demonstrada em laudo médico circunstanciado (BRASIL, 2001). Em Razão da subsidiariedade adquirida pela internação psiquiátrica, os serviços de meio aberto ofertados pela RAPS revelam-se fundamentais na assistência às pessoas em sofrimento. Dentre

esses dispositivos destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial, abordados na sequência e que nas modalidades III e AD III oferecem leitos para acolhimento noturno, fator que demonstra, mais uma vez, a pluralidade de mecanismos presentes na Rede e sua capacidade para atender as demandas de saúde mental.

Esse movimento de reinserção e fortalecimento dos hospitais psiquiátricos como alternativas de tratamento é ilustrativo do cenário de constante luta de forças presente no campo saúde, especialmente da saúde mental, atravessado por todas as determinantes sociais, históricos, culturais e econômicos que nele incidem. Nesse sentido, Yasui (2006, p. 38 apud ESCOREL, 1995) afirma

[...] a luta pela transformação da situação de saúde da população brasileira é parte privilegiada da luta pela transformação da sociedade, pois a arena da saúde é um campo de múltiplas interseções e relações com as demais esferas do desenvolvimento das sociedades.

A contrarreforma também contribui para visualizar a Reforma como um processo, entendendo-a como um movimento vivo, dinâmico, que se desencadeia e se move constantemente no transcurso do tempo histórico, diversamente de algo que se apresenta e se esgota em um único ato. Desse modo, os princípios e ideais que fundamentam o movimento estão presentes no cotidiano dos agentes sociais que com ele compactuam, na medida em que pautam sua convivência no meio social e, particularmente, suas atuações profissionais, nessas diretrizes.

#### **4 Centros de Atenção Psicossocial: potencialidades de um serviço territorializado**

Os Centros de Atenção Psicossocial, em respeito à diretriz da atenção integral à saúde, são compostos por equipe multidisciplinar integrada por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e profissionais afins, atuando de modo interdisciplinar (BRASIL, 2011), uma vez que todas essas áreas do saber, representadas por esses profissionais, se comunicam em prol de oferecer o atendimento mais adequado às necessidades do usuário. Essa interligação também se verifica entre o CAPS e os outros pontos que compõe a RAPS - Unidade Básica, Centros de Convivência... – que trabalham de forma articulada conferindo unidade e coesão à Rede.

Quando a dinâmica de atuação dos CAPS, ela se desenvolve de maneira territorializada, isso é, em estreita associação à localidade que o Centro atende, ajustando-se as suas demandas particulares e características sociais, econômicas e culturais próprias, bem como traduzindo a política oficial para os termos daquela localidade. Nesse sentido, Yasui, Luzio e Amarante (2018, p. 186) afirmam que o território funciona “Como lócus da produção de ações e provocações dos atos de cuidado articulados em rede”.

O CAPS, imerso na realidade social do público que atende, atua não apenas como prestador de serviços, mas como instância de transformação social, tendo em vista que, conhecendo a cultura do lugar onde está inserido, possui melhores condições de adaptá-la com vistas a torná-la mais receptiva às diferenças individuais. Por esse viés, e muito sinteticamente, compreende-se como cultura os aspectos relacionados às práticas e às relações interpessoais que os sujeitos desenvolvem em âmbito social. Nesse sentido,

---

Cultura é uma construção histórica, seja como concepção, seja como dimensão do processo social. Ou seja, a cultura não é algo natural, não é uma decorrência de leis físicas ou biológicas. Ao contrário, a cultura é um produto coletivo da vida humana (SANTOS, 2003, p. 44).

Pela perspectiva dos modernos estudos culturais, o termo “cultura” passa a designar não mais apenas as representações artísticas e produções intelectuais para abranger também os modos de vida das diferentes populações histórica e geograficamente localizadas. Nesse sentido a cultura é elemento indissociável das vivências cotidianas, permeando práticas e instituições e se materializando nas experiências concretas das pessoas que, ao mesmo tempo a constituem, são constituídas por ela. Desse modo, a cultura, porquanto, medeia a ligação entre a esfera subjetiva dos indivíduos e a realidade objetiva do ambiente social, serve de substrato para a produção de sentido, influenciando os comportamentos individuais e grupais (GADEA, 2013).

A cultura, portanto, entendida como uma dimensão da vida social em permanente construção, permite modificações em sua estrutura, abrindo-se para diversas influências. É nesse sentido que se revela o potencial transformador de um dispositivo territorializado, que reúne boas condições para agir sob ela de modo a torná-la mais inclusiva e tolerante.

Desse modo, através da elucidação da afinidade entre o Centro e o seu entorno que o exemplo dos CAPS contribui para o entendimento do objeto e dos efeitos da dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica, na medida em que, inserido no contexto social e mediante as interações com a comunidade, o Centro atua modificando as relações da população com a diversidade psíquica e com as pessoas em tratamento, que deixam de ser vistas como “improdutivas” ou “inadequadas” quando, por meio das ações promovidas pelo dispositivo de saúde, passam a ser integrada nas dinâmicas da localidade.

Esse processo de integração contribui para a melhora da qualidade de vida do “paciente”, que passa a fazer parte da comunidade e a ser reconhecido como tal, o que favorece a formação positiva das suas identidades pessoal e social, elementos fundamentais para o equilíbrio mental. Nesse sentido, o sujeito deixa de ser identificado como “doente mental”, característica que se sobressaía a todas as demais, e passa a ser reconhecido por outros atributos. Dessa forma, a atividade territorializada dos CAPS, em relação ao usuário, possibilita “[...]o reposicionamento subjetivo, diante de si e do mundo” (YASUI, LUZIO, AMARANTE, 2018, p. 187).

Esse serviço, portanto, atende o indivíduo sem retirá-lo do meio social, em sentido contrário, promove ações que favorecem a integração da pessoa à comunidade. Exemplo representativo dessa atuação é fornecido pelas oficinas de artesanato, presentes em diversos CAPS, que além de proporcionarem ao sujeito a oportunidade de expressão, contribuem para a socialização do próprio artista quando das mostras dos trabalhos ou das feiras.

## 5 Considerações finais

Durante um longo período o discurso médico-psiquiátrico foi hegemônico no trato da saúde mental. Prevalcia a concepção da doença como algo estritamente biológico, provocado por desequilíbrios do corpo. Em consequência dessa visão somente a ciência médica detinha autoridade no campo psíquico e a ciência era compreendida como algo “acima do mundo” e de influências sociais, históricas, culturais e econômicas, um conhecimento dotado de plena

neutralidade, característica que lhe conferia o poder de determinar, dentre os indivíduos, aqueles que eram aptos à vida em sociedade, os “normais”, e aqueles que precisavam ser separados para receber tratamento, os “loucos”.

Essa prática de exclusão, com raiz histórica tão profunda, que dificulta sua superação, combinada com o arcabouço teórico que a legitima, contribuiu para sedimentar a representação social da pessoa em sofrimento mental como alguém “inapto” para o convívio social.

Diante desse cenário evidencia-se a ação transformadora do processo de Reforma Psiquiátrica que, para além de oferecer outros tratamentos às questões de saúde mental, baseados em entendimentos que consideram a multiplicidade de fatores que incidem na saúde, e na impossibilidade da explicação da doença e do adoecimento por apenas uma área do saber, provocando assim uma verdadeira ruptura paradigmática em relação à psiquiatria tradicional, atua em várias dimensões da sociedade, na medida em que, mediante a criação de toda uma Rede de serviços substitutivos a internação, proporciona um novo olhar da pessoa em sofrimento mental sobre si mesma e da comunidade sobre ela, favorecendo sua identificação positiva.

## Referências

- AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In AMARANTE, Paulo (orgs). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-66.
- AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. *Revista Mente&cérebro*. Set. 2006.
- BRASIL. *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 05 jun. 2020.
- BRASIL. *Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm). Acesso em: 05 jun. 2020.
- BRASIL. *Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011*. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 05 jun. 2020.
- BRASIL. *Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017*. Brasília: Diário Oficial da União, 22 dez. 2017. nº 245, Seção 1, pág. 239. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/12/2017&jornal=515&pagina=239&totalArquivos=416>. Acesso em: 05 jun. 2020.
- GADEA, Carlos. O Interacionismo Simbólico e os estudos sobre cultura e poder. *Revista Sociedade e Estado*, V. 28, N. 2 Maio/Agosto 2013. Disponível: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922013000200004](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922013000200004). Acesso em: 05 jun. 2020.
- LIMA, Rossano Cabral. O avanço da contrarreforma psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, 2019.
- MATTAR, Maria Eduarda. *Nise da Silveira: Rebelde com causa*. Ciencia y Tecnologia. Março de 2004. Disponível em: [https://www.lainsignia.org/2005/marzo/cyt\\_008.htm](https://www.lainsignia.org/2005/marzo/cyt_008.htm). Acesso em: 05 jun. 2020.



MARTINS, Laércio Melo. *Saúde Mental: paradigmas e reformas legislativas*. Porto Alegre: Fi, 2020.

MOTTA, Gisele. Palácio Universitário tem valor histórico inestimável. *Olhar Virtual*, 2011. Disponível em: <https://ufrj.br/noticia/2015/10/22/pal-cio-universit-rio-tem-valor-hist-rico-inestim-vel>. Acesso em: 05 jun. 2020.

OLIVEIRA, Maria Antonia. *Criatividade e resiliência na vida de Nise da Silveira*. 2012. 169 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2012. Disponível em: <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/291>. Acesso em: 05 de julho de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf). Acesso em: 05 de julho de 2020.

PINHO, Leonardo. *Saúde mental: retrocessos ou contra-reforma?*. 03 de dez. 2018. Disponível em: [https://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID\\_INFORMATIVO=402](https://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=402). Acesso em: 18 ago. 2019.

SANTOS, José Luiz dos. *O que é Cultura*. São Paulo: Editora Brasiliense, 2003.

YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. 2006. 2008 f. Tese de doutorado (Doutorado em ciências na área da saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2006.

YASUI, Silvio; LUZIO, Cristina Amélia; AMARANTE, Paulo. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*. v. 8, n. 1, 2018. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/80426>. Acesso: 05 de julho de 2020.