



SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL,
TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis SC - 27 a 29 de Outubro de 2015

AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL E O PARADIGMA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Andrea Valente Heidrich¹
Dulce Pinheiro Berndt²
Miriam Dias³

Resumo

Os Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental são o objeto de análise deste trabalho. Busca-se verificar se os princípios do paradigma da desinstitucionalização estão presentes no processo de reforma psiquiátrica que vem sendo instituído no país. Considerando que a reforma psiquiátrica é processo social complexo que envolve quatro dimensões (técnico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural), busca apreender nos textos dos Relatórios, as discussões que se pautam pela reforma psiquiátrica como modelo de transformação que opera além da questão da doença mental, evidenciando se a transformação em processo extrapola a mudança de espaço de cuidado.

Palavras-Chave: Reforma Psiquiátrica; Desinstitucionalização; Saúde Mental; Conferências Nacionais de Saúde Mental.

¹ heidrich_andrea@hotmail.com - UNIVERSIDADE CATALICA DE PELOTAS E INSS.

² dulce.berndt@hotmail.com - UNIVERSIDADE CATOLICA DE PELOTAS.

³ miriamtgdias@gmail.com - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.



1 INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica brasileira originou-se no final da década de 1970, mas ganhou fôlego após a aprovação, em 2001, da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216). A “Lei da Reforma Psiquiátrica”, em que pesem as muitas remendas que ocorreram no processo de tramitação no Congresso Nacional, foi recebida pelo movimento social em defesa da reforma psiquiátrica como uma grande conquista e um avanço legal importante no sentido de construir uma nova forma de cuidar das pessoas com transtorno mental. Do surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps da Rua Itapeva – que aliás sofreu um desmonte sistemático no último período), em 1987 até hoje, são inegáveis os avanços e conquistas do movimento. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e de Saúde têm sido espaços importantes na reafirmação dos princípios da reforma psiquiátrica e construir, efetivamente, a política social de saúde mental no cotidiano do cuidado é desafio coletivo da sociedade brasileira e do movimento pela reforma psiquiátrica antimanicomial.

Ao considerarmos a reforma psiquiátrica como “um processo social complexo” (AMARANTE, 2003) que envolve mais do que a mudança do local do tratamento da doença mental, mas uma transformação na forma de conceber a loucura e seu lugar social, faz-se necessário nos debruçarmos sobre o que chamamos “paradigma da desinstitucionalização” (HEIDRICH, 2007). É preciso analisar o processo de mudança que viemos desenhando ao longo desses anos e perceber onde estamos e para onde estamos indo. Os processos de cuidado que vem sendo desenvolvidos nos novos serviços de saúde mental (e aqui não estamos falando só dos CAPS, mas dos Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT, Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral, Grupos de Convivência, Oficinas Terapêuticas, entre outros) tem conseguido produzir vida e autonomia aos sujeitos que estão sob seus cuidados?

Esta temática que vem sendo discutida desde a construção de nossa tese de doutoramento em Serviço Social na PUCRS, pauta a reflexão deste trabalho, que analisa o conceito de desinstitucionalização e, analisando os Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental, busca identificar os pressupostos do paradigma da desinstitucionalização. Assim, está dividido em três sessões: a primeira aborda o paradigma da desinstitucionalização e suas características; a segunda analisa a relação entre o paradigma da desinstitucionalização e a reforma psiquiátrica e, a terceira sessão, traz a análise dos Relatórios Finais das Conferências.

2. REFORMA PSIQUIÁTRICA E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO COMO PARADIGMA

Afirma-se que a experiência brasileira de reforma psiquiátrica tem inspiração no processo construído na Itália (LANCETTI, 1990), que considerou que desinstitucionalizar não se limita a “tirar da instituição”, mas envolve uma transformação na forma de se conceber a problemática da loucura na sociedade capitalista. Para os militantes da reforma psiquiátrica italiana, tratava-se de desterritorializar a loucura do campo da medicina (no caso, da psiquiatria). Era necessário discutir a questão da exploração dos trabalhadores na sociedade capitalista e buscar construir outras relações em seu lugar.

Esta concepção contrapunha-se à “psiquiatria reformada” (ROTELLI, LEONARDIS E MAURI, 2001), que se limitava a experiências reformadoras do hospital psiquiátrico, sem que se questionasse a origem do cuidado para com a loucura. Amarante (2003) afirma que o conceito de desinstitucionalização é utilizado há muito tempo, com diferentes significados e abrangência. Afirma o autor, que a expressão surgiu nos Estados Unidos para designar o processo de desospitalização, limitando-se a sentido de transferir de lugar os pacientes.

Os italianos partiram da ideia de desconstrução para abordar a desinstitucionalização. Dessa forma, a noção de desinstitucionalização é constituída fundamentando-se em outras duas noções: *institucionalização* e poder *institucionalizante*. Basaglia definiu *institucionalização* como o complexo de “danos” derivados de uma longa



permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando a instituição se baseia em princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão e determinam nele uma progressiva perda de interesse, através de um processo que o induz a um vazio emocional (AMARANTE, 1996, p. 84). Em consequência, já não dispõe de nada que seja propriamente seu. Nem seus desejos, vontades, gestos, gostos. Cabe a ele somente seguir as regras, normas e horários determinados pelo médico-psiquiatra, considerado incontestavelmente como “o” portador do conhecimento e do saber sobre a doença.

O *poder institucionalizante* é entendido como o conjunto de forças, mecanismos e aparatos que ocorrem quando o doente, oprimido pelos limites impostos pela doença, é forçado, pela reclusão, a objetivar-se nas regras próprias que o determinam, em um processo de redução e restrição de si que não é sempre reversível (AMARANTE, 1996, p.85).

Esses dois conceitos são o ponto de partida do projeto de desmontagem prático-teórica do manicômio na Itália. Conseqüentemente, a desinstitucionalização deve se realizar em dois níveis simultâneos, um teórico e o outro político. Tais níveis estão referidos às duas faces da realidade da doença e do estar doente: a de uma problemática psicopatológica (dialética e não ideológica) e a de uma problemática de exclusão, de estigmatização social, das quais nasce a hipótese de ação prático-teórica cuja base é a ‘invenção’ de novas estruturas assistenciais e terapêuticas (AMARANTE, 1996, p. 86).

De acordo com Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), o primeiro passo da desinstitucionalização é começar a desmontar a relação problema-solução, renunciando a perseguir a situação racional de buscar a normalidade. No caso, os autores consideram que a psiquiatria, assim como as demais instituições do Estado moderno, funciona com base no racionalismo, buscando uma solução para um dado problema. Assim, podemos afirmar que a loucura, o louco e seu comportamento desviante são, na perspectiva racional, um problema que exige uma solução. Porém, sendo a loucura algo abstrato, a psiquiatria teria construído o conceito de doença mental, para torná-la concreta e, desse modo, poder oferecer a solução: a internação/ o tratamento. Sendo assim, para esses autores, a psiquiatria é uma instituição que, mais do que qualquer coisa, administra aquilo que sobra, isto é, consiste em uma instituição residual.

Cumprido destacar que desmontar a relação problema-solução (buscar a cura) não significa renunciar a tratar, mas adotar a direção de uma intervenção prática que remonte a cadeia das determinações normativas, das definições científicas, das estruturas institucionais através das quais a doença mental (o problema) assumiu aquelas formas de existência e opressão. Substitui-se, por conseguinte, a noção de doença pela de “existência-sofrimento” dos pacientes. Dessa maneira, transformam-se as formas como as pessoas são tratadas (ou não são tratadas) para transformar seu sofrimento. A terapia não é mais entendida como solução-cura, mas como um conjunto complexo, cotidiano e elementar de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001).

Em suma, a desinstitucionalização é o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para a existência-sofrimento. “O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. *A ênfase não é mais colocada no processo de “cura”, mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente”*” (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001, p. 30. grifos dos autores). sociais” (2001, p.31), mas todos os sujeitos sociais são atores da mudança: pacientes, a comunidade local, a opinião pública, os sujeitos políticos institucionais e os não institucionais.

Retomando o que já afirmamos, a desinstitucionalização italiana inovou por ir além da crítica. Por buscar construir outras soluções para o “problema” do cuidado com a loucura,



e por não excluir o louco e a sociedade dessa solução. Solução que não é mais fim, mas meio de construir e inventar a vida.

2.1. As dimensões da Reforma Psiquiátrica

Partindo da definição de desinstitucionalização, consideramos que a reforma psiquiátrica é, em primeiro lugar, um processo complexo que não se limita às mudanças nos hospitais psiquiátricos/manicômios ou na forma de atender/ tratar a loucura. Não se refere, portanto, somente à criação de serviços comunitários de saúde mental, de oficinas terapêuticas, equipes interdisciplinares, entre outras. Se levarmos em conta que a instituição a ser negada é todo o aparato de saberes, verdades, normas e lugares instituídos sobre e para a loucura e o louco (como doença e doente mental, respectivamente), não nos basta negar somente o hospital ou desejar somente que se humanize o cuidado. Precisamos operar uma transformação em vários níveis de relações na sociedade concomitantemente. Começando pela questão técnica do tratamento, indo até a questão cultural, ou seja, uma reflexão e transformação da forma como a sociedade (os seus membros) lida com o diferente, com o não-conhecido, com o não-compreendido. Amarante (1996, 1999, 2003) refere-se à reforma psiquiátrica enquanto um processo social complexo que envolve atores sociais concretos, sujeitos das experiências de transformação. O autor aponta quatro dimensões desse processo, quais sejam:

(a) Dimensão técnico-conceitual – alude às incursões no âmbito da produção epistêmica do campo psiquiátrico-psicológico, isto é, “sobre quais bases teóricas e conceituais este campo definiu seus objetos de conhecimento e, por conseguinte, suas ferramentas para conhecer e compreender a realidade” (AMARANTE, 1999, p. 50). Esta dimensão, portanto, concerne à desconstrução e à reconstrução do entendimento sobre doença mental, isolamento, saúde mental, normalidade, etc.

(b) Dimensão técnico-assistencial – refere-se à construção de uma rede de novos serviços, espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividade, substitutivos ao modelo terapêutico tradicional. “Em outras palavras, trata-se de construir possibilidades materiais para os sujeitos” (p. 50);

(c) Dimensão jurídico-política – ocupa-se da revisão necessária das legislações (sanitária, civil e penal) no que compreende o entendimento da doença mental, psicopatia, “loucos de todo gênero”. Por extensão, refere-se à cidadania dos sujeitos na vida real: o direito ao trabalho, à família, aos amigos, à vida social e coletiva;

(d) Dimensão sociocultural – como conseqüência e simultaneamente às outras dimensões, busca uma transformação no imaginário social relacionado com a loucura, a doença mental, a anormalidade, e assim por diante. “Refere-se ao conjunto de práticas sociais que constroem a solidariedade, a inclusão dos sujeitos em vantagem social, dos diferentes, e assim por diante” (p.51).

Concordamos com Amarante. O que temos procurado demonstrar é que, para lidar com uma problemática que foi construída como um problema social, é necessário abordá-la a partir de suas várias faces: cultural, social, econômica, política, filosófica. Consideramos que as quatro dimensões propostas pelo autor representam uma possibilidade de abranger a totalidade do processo que é a reforma psiquiátrica.

3 AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL E O PARADIGMA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

As Conferências Nacionais de Saúde Mental têm-se realizado em momentos importantes da história da política de saúde mental no Brasil e demarcado problemáticas fundamentais que estão sendo alvo de discussões e disputas na construção da reforma psiquiátrica brasileira. As Conferências de Saúde e, conseqüentemente, as setoriais dentro da Política da Saúde em Geral são importantes instrumentos de participação da comunidade



no setor saúde por traçarem as diretrizes e princípios dessa política social. Especialmente, após a criação e normatização do SUS, as Conferências ocupam lugar fundamental no desenho da política de saúde. Foram realizadas quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental no Brasil.

- **Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental**, realizada em 1987. Teve como temas para discussão: (a) economia, sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; (b) reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e (c) cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (MS, CNSM, 1988). Ocorreu como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi um marco por estabelecer que a saúde é um direito de todos e dever do Estado e por propor um Sistema Único de Saúde. No campo da saúde mental, o contexto de realização da I CNSM era de fortalecimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e de ruptura com o processo de desinstitucionalização como desospitalização. Portanto, a realização da mesma e seus desdobramentos constituem acontecimento de grande importância no processo de reforma psiquiátrica brasileira. Apresenta propostas claramente “desinstitucionalizantes”, tais como: a necessidade de participação da sociedade no gerenciamento dos serviços, através do controle social; a defesa dos direitos dos pacientes; a internação em hospital geral e a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos. A I CNSM, enfim, responsabiliza o Estado pela efetivação da política de saúde mental. A questão cultural aparece de forma bastante tímida no relatório da I CNSM, quando determina que os espaços comunitários devam ser considerados como promotores de saúde mental. Podemos considerar que a I CNSM representou, efetivamente, uma “guinada” em direção ao processo de desinstitucionalização no Brasil, ainda que tenha sido apenas o início do mesmo.

- **Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM)** ocorreu em 1992 e, foi precedida por 24 conferências estaduais e 150 conferências municipais, contou com grande participação de todos os segmentos da área de saúde mental. Um fator importante a ser destacado nesta Conferência foi a participação significativa de usuários (o que não aconteceu na I CNSM), o que tem sido a marca dos eventos de saúde mental desde então. O tema central da II CNSM foi a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, e as discussões se deram em torno de três subtemas: (a) a rede de atenção em saúde mental, (b) transformação e c umprimento de leis e (c) direito à atenção e direito à cidadania. (MS, II CNSM, 1994).

A II CNSM realizou-se após a Declaração de Caracas (1990), a aprovação da legislação do Sistema Único de Saúde e das primeiras portarias de normatização da política de saúde mental, com vistas às mudanças no modelo assistencial. O Relatório Final, organizado em três partes, traz, na primeira, os “marcos conceituais” nos quais são delimitadas as balizas em que se deu a discussão. O texto já aponta, em seu início, para a necessidade de construir:

- mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico;
- diversificação das referências conceituais e operacionais, indo além das fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em saúde mental;
- uma ética da autonomia e singularização que rompa com o conjunto de mecanismos institucionais e técnicos em saúde, que têm produzido, nos últimos séculos, subjetividades proscritas e prescritas (MS, II CNSM, 1994, p. 6).

No trecho citado, percebe-se claramente à vinculação ao paradigma italiano de desinstitucionalização e o envolvimento das quatro questões que estamos focalizando nesta análise. Primeiramente, definindo a “doença” como “existência-sofrimento” que, como vimos, configura-se como um dos pressupostos do paradigma italiano de desinstitucionalização. A Conferência, já em seus marcos conceituais, descentra a sua atenção da doença, do



diagnóstico, das “fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em saúde mental”. Depois, nessa mesma referência, o relatório desterritorializa a problemática da loucura do campo psiquiátrico.

Propõe uma rede de atenção em saúde mental, substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, formada por serviços que devem transformar-se em laboratórios de produção de saúde e de vida, nos quais necessitam ser resgatas a história e a cidadania dos indivíduos. A maciça presença de usuários e de representantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica imprimiu um caráter antimanicomial à Conferência, que aprovou a criação de comissões de reforma psiquiátrica nos conselhos municipais e determinou que o dia 18 de maio seria o Dia Nacional de Luta Antimanicomial. A Conferência resolveu, também, adotar os conceitos de território e responsabilidade como forma de dar, à distritalização em saúde mental, um caráter de ruptura com o modelo hospitalocêntrico. No que se refere à questão cultural, já demonstramos que, nos marcos conceituais, o relatório já traz referências. Além disso, as deliberações da Conferência prevêem a articulação de recursos comunitários para inserção do usuário nos serviços de saúde e a valorização e incentivo à atenção informal em saúde desenvolvida por religiosos, grupos de auto-ajuda, entre outros. Uma deliberação importante a ser destacada no que diz respeito à questão cultural é a existência de um item especial no capítulo sobre cidadania, informação, divulgação e educação, o qual exige que o planejamento contemple ações de educação em saúde mental para a população, visando a construir uma cultura antimanicomial no trabalho cotidiano, através da utilização dos meios de comunicação de massa.

Vale lembrar que, em 1992, o Brasil já vivenciava uma série de experiências de cuidados extra-hospitalares em saúde mental, o que demonstrava ser possível reverter o modelo assistencial. Ademais, já tramitava, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei Paulo Delgado, que previa a extinção dos manicômios. Portanto, é compreensível a existência das evidentes características que indicam uma mudança no modelo assistencial, sob a perspectiva da desinstitucionalização italiana, na II Conferência Nacional de Saúde Mental.

- **Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental** ocorre em 2001, ano em que se realizou uma série de eventos/acontecimentos importantes para a reforma psiquiátrica brasileira. O tema da III CNSM segue o da OMS, e é definido como “Cuidar sim, excluir não”. No que tange à questão técnico-assistencial, a III CNSM apresenta os avanços teóricos e metodológicos acumulados pelas experiências extra-hospitalares de cuidados de saúde mental, e os princípios e características do modo psicossocial de cuidar aparecem em vários momentos. No item “Reorientação do modelo assistencial”, as deliberações estabelecem que as políticas de saúde mental devem ter, como pressupostos básicos, a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença e a integração com outras políticas sociais. O caráter substitutivo da rede assistencial extra-hospitalar é apontado como fundamental. São propostas da III CNSM também: a extinção de todos os leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil até 2004; a abolição do eletrochoque; a compreensão dos serviços substitutivos como meio, e não como fim, visando à permanente reinserção social das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. A III CNSM é a primeira a se referir diretamente à reforma psiquiátrica e a conceituá-la. Também é a única que dedica um item específico à desinstitucionalização em seu relatório final. A reforma psiquiátrica é compreendida como transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais, marcada por tensões, desafios e conflitos. Nesse sentido, ele [o processo da reforma psiquiátrica] se inscreve nas possibilidades e limites das políticas públicas (e do SUS em particular) e da implementação de projetos comprometidos com a afirmação de direitos de cidadania, com a luta contra as desigualdades sociais e os mecanismos de exclusão social (MS, III CNSM, 2002, pp. 19-20).

A Reforma Psiquiátrica é, assim, definida como processo a ser construído, que perpassa as políticas públicas, mas as ultrapassa na busca de concretização de direitos de



cidadania. O relatório “lembra”, também, que o processo da reforma psiquiátrica não se faz apenas de leis e propostas, mas que essas precisam ser efetivamente implantadas e exercitadas no cotidiano das transformações institucionais dos serviços e das práticas e relações interpessoais.

A desinstitucionalização é referida em item especial do capítulo que trata da “Reorientação do modelo assistencial em saúde mental” como política de desospitalização/substituição progressiva de leitos. A III CNSM, de certa forma, considera a desinstitucionalização como parte da reforma psiquiátrica. Todas as proposições aprovadas nesse item relacionam-se com medidas de desospitalização, fechamento progressivo de leitos e normatização desses processos. Ainda que a III CNSM trate desinstitucionalização como desospitalização, podemos considerar que os princípios da desinstitucionalização, na perspectiva do paradigma italiano, encontram-se presentes nas deliberações e definições da mesma. Na realidade, tais princípios aparecem, conforme vimos, nas recomendações referentes ao “processo de reforma psiquiátrica”.

- **Quarta Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial** – foi realizada em Brasília, em 2010. Teve como tema “Saúde mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” e refletiu a grandiosidade das mudanças produzidas no campo da saúde mental no último período. Mudanças que vão desde a diversificação dos profissionais e formas de contratação, da diversificação do movimento antimanicomial até o movimento contra reforma, pautado por um conservadorismo na psiquiatria. Houve imensa participação de usuários, familiares e outros setores da sociedade brasileira, envolvidos com a questão das políticas públicas.

Como as Conferências anteriores, a IV CNSM-I trouxe os princípios da desinstitucionalização em suas discussões e deliberações, que podem ser exemplificadas nas questões listadas a seguir. No que refere-se à questão técnico-conceitual, a IV CNSM-I destacamos que a própria organização da Conferência, com caráter intersectorial (para além da questão saúde), já aponta transformações. Visto que a questão da loucura transcende a questão da saúde. A dimensão teórico-assistencial, através de parte especial do relatório (Eixo II), discute a consolidação da rede socioassistencial e a vinculação com os movimentos sociais. São discutidas as formas de cuidado, os desafios de cuidar em liberdade, o cuidados em rede e no território, além da participação ativa de todos os atores envolvidos neste processo. A dimensão jurídico-política aparece com destaque na luta pelos direitos humanos e cidadania. Delibera pela humanização do cuidado, pela revisão de interdições judiciais de pessoas com transtorno mental. No mesmo eixo, aparece a dimensão cultural, denunciando o estigma e defendendo o respeito à diversidade. A questão sociocultural é evidenciada em toda a Conferência, até mesmo por seu caráter intersectorial.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em quase quatro décadas de movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil, muitos avanços foram conquistados na construção de uma sociedade sem manicômios. Como ocorre na democratização das políticas sociais, a luta social foi fundamental e as Conferências Nacionais de Saúde Mental foram palco de debates importantes que nortearam a luta por uma política de saúde mental universal, democrática e pautada pelo respeito ao sujeito com transtorno mental. Todas elas, evidenciam em suas deliberações, as quatro dimensões da reforma psiquiátrica citadas por Amarante, que fazem com que o paradigma da desinstitucionalização esteja presente nesta construção.

A análise reforça o que temos defendido no movimento pela reforma psiquiátrica antimanicomial: estamos avançando. Ainda há muito o que trilhar. Mas não é mais possível retroceder a um modelo excludente, torturante e violento como o manicomial. A resistência se dá no cotidiano, não só nas leis, portarias e relatórios. Mas estes são também, nossas armas nessa luta diária.



REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. O homem e a serpente . Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 2ª reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- _____. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, Maria Inês, SCARCELLI, Ianni e COSTA, Eliane. Fim de século: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP, 1999 (p. 47-56)
- AMARANTE, Paulo (org.) Ensaio subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- _____. (Coord.) Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.
- BASAGLIA, Franco. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. Conferências no Brasil. São Paulo: Monsanto, 1982.
- _____. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- BRASIL, Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 3.657, de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br>> Acesso em 24/11/2006.
- BRASIL, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5ª ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE / SAS. 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. Relatório Final. Brasília: MS/SAS, 1994.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE. 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
- ROTELLI, Franco. Empresa Social: construindo sujeitos e direitos. In: AMARANTE, Paulo (org). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000 (p. 301-306).
- ROTELLI, Franco., LEONARDIS, Ota e MAURI, Diana. Desinstitucionalização. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.
- _____. e AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR, Benilton e AMARANTE, Paulo (orgs). Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- VASCONCELLOS, Eduardo (org). Abordagens psicossociais. Vol.III. Perspectivas para o Serviço Social. São Paulo. HUCITEC, 2009.
- YASUI, Silvio. Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2010.