

**XXVII ENCONTRO NACIONAL DO
CONPEDI SALVADOR – BA**

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

EDITH MARIA BARBOSA RAMOS

MARIA AUREA BARONI CECATO

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. César Augusto de Castro Fiuza - UFMG/PUCMG – Minas Gerais

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS – Sergipe

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul

Secretário Executivo - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - Unimar/Uninove – São Paulo

Representante Discente – FEPODI

Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro

Prof. Dr. Aires José Rover - UFSC – Santa Catarina

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP – São Paulo

Prof. Dr. Marcus Firmino Santiago da Silva - UDF – Distrito Federal (suplente)

Prof. Dr. Ilton Garcia da Costa - UENP – São Paulo (suplente)

Secretarias:

Relações Institucionais

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - IMED – Santa Catarina

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR – Ceará

Prof. Dr. José Barroso Filho - UPIS/ENAJUM – Distrito Federal

Relações Internacionais para o Continente Americano

Prof. Dr. Fernando Antônio de Carvalho Dantas - UFG – Goiás

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão

Relações Internacionais para os demais Continentes

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo

Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato - Unipê/UFPB – Paraíba

Eventos:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch (UFSM – Rio Grande do Sul)

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho (Unifor – Ceará)

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta (Fumec – Minas Gerais)

Comunicação:

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro (UNOESC – Santa Catarina)

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho (UPF/Univali – Rio Grande do Sul)

Dr. Caio Augusto Souza Lara (ESDHC – Minas Gerais)

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP – Pernambuco

D597

Direitos sociais e políticas públicas I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/ UFBA

Coordenadores: Edith Maria Barbosa Ramos; Maria Aurea Baroni Cecato – Florianópolis: CONPEDI, 2018.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-616-1

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Direito, Cidade Sustentável e Diversidade Cultural

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Assistência. 3. Isonomia. XXVII Encontro Nacional do CONPEDI (27 : 2018 : Salvador, Brasil).

CDU: 34



XXVII ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI SALVADOR – BA

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

Apresentação

Os artigos publicados foram apresentados no Grupo de Trabalho de Direitos Sociais e Políticas Públicas I, durante o XXVII ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI, realizado em Salvador/BA, entre os dias 13 a 15 de junho de 2018, em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Os trabalhos apresentados abriram caminho para importantes discussões relacionadas aos campos temáticos do GT, em que os participantes (professores, pós-graduandos, agentes públicos e profissionais da área jurídica) puderam interagir em torno de questões teóricas e práticas, levando-se em consideração o momento político, social e econômico vivido pela sociedade brasileira, em torno da temática central do evento – DIREITO, CIDADE SUSTENTÁVEL E DIVERSIDADE CULTURAL. Referida temática apresenta os desafios que as diversas linhas de pesquisa jurídica terão que enfrentar, bem como as abordagens tratadas em importante encontro, possibilitando o aprendizado consistente dos setores socioestatais, políticos e de mercado.

Na presente coletânea encontram-se os resultados de pesquisas desenvolvidas em diversos Programas de Mestrado e Doutorado do Brasil, tendo sido apresentados no GT 23 (vinte e três) artigos de boa qualidade, selecionados por meio de avaliação por pares.

Os trabalhos ora publicados foram divididos em quatro eixos temáticos: Direito à educação, acesso ao trabalho e igualdade de oportunidades; Direito à saúde, políticas públicas de saúde e judicialização da saúde; Direito ao meio ambiente e equidade; Questão social, direitos sociais e políticas públicas.

No tocante ao Direito à educação, acesso ao trabalho e igualdade de oportunidades, 7 (sete) artigos enfrentaram temas que trataram de questões como: 1) O jovem e o acesso ao trabalho: empregabilidade do jovem e o direito ao trabalho decente para uma vida digna; 2) A ADC 41 /DF e a constitucionalidade das ações afirmativas em concursos públicos; 3) A educação como fator de combate à pobreza: uma análise dos resultados do plano Brasil sem miséria; 4) Apontamentos sobre a legitimidade dos provimentos jurisdicionais para análise de políticas públicas relacionadas à fixação de corte etário para ingresso no ensino fundamental; 5) As

políticas públicas de inclusão ao ensino superior: uma análise do contexto brasileiro nos últimos 20 anos; 6) As violações dos direitos de adolescentes transexuais nas escolas e, ainda, a 7) Evolução do direito à educação no Brasil sob a perspectiva pós-colonial

Com relação ao eixo temático do Direito à saúde, políticas públicas de saúde e judicialização da saúde, foram apresentados 7 (sete) trabalhos que em certa medida, discutiram os limites e possibilidades das políticas públicas e do direito à saúde no atual sistema normativo brasileiro. Foram discutidos os seguintes temas: 1) A judicialização do direito à saúde: controle de política pública ou sistema de micro justiça?; 2) A Reforma Psiquiátrica brasileira: a desinstitucionalização da saúde mental e a cultura como alternativa terapêutica; 3) Direito à saúde, lógica de mercado e o seguro hipotético em Ronald Dworkin; 4) Limites e possibilidades do transconstitucionalismo na judicialização da saúde; 5) O direito à saúde e a invisibilidade estatística dos povos indígenas: a carência de dados demográficos e epidemiológicos; 6) Políticas públicas para incorporação de novas tecnologias no sistema único de saúde e, por fim, 7) Sistemas públicos de saúde e eficiência: um comparativo Brasil e Itália.

Em terceiro momento, destaca-se o eixo Direito ao meio ambiente e equidade, com um conjunto de 3 (três) artigos que abordaram diferentes aspectos da temática, quais sejam: 1) A participação popular como instrumento de cidadania ativa por meio da governança nas políticas públicas, a fim de garantir o direito ao meio ambiente como elemento do mínimo existencial; 2) Dignidades da pessoa humana e da legislação, diversidade cultural e sustentabilidade das cidades: uma análise sobre a alocação de recursos; e, bem como 3) Direito do idoso e políticas públicas de sustentabilidade urbana.

Por fim, no quarto eixo temático, intitulado Questão social, Direitos sociais e políticas públicas, acolheu 6 (seis) artigos que conseguiram desenvolver de forma sistemática e atual elementos fundamentais para compreensão do eixo, quais sejam: 1) A questão social no Brasil: uma abordagem a partir da contrarreforma do estado brasileiro; 2) Apontamentos sobre o papel do Ministério Público no controle da implementação dos direitos sociais; 3) Dupla inclusão na América Latina: o comércio justo como proposta auxiliar à concepção da CEPAL; 4) Imigração, direitos sociais e cidadania – legislação e políticas públicas – reflexos nas serventias extrajudiciais; 5) Instrumentalidade do direito ao desenvolvimento para a concretização do desenvolvimento humano: pilares da igualdade e da liberdade; e, ainda, 6) Reflexões teóricas e jurídicas sobre direito ao lazer e o tempo livre. Diante da pluralidade e diversidade do arcabouço normativo e jurisprudencial utilizado, percebeu-se a profundidade das pesquisas e a responsabilidade das investigações, proporcionando uma análise sistemática e verticalizada das temáticas selecionadas.

Agradecemos a todos os pesquisadores da presente obra pela sua inestimável colaboração e desejamos a todos ótima e proveitosa leitura!

Profa. Dra. Edith Maria Barbosa Ramos – UFMA

Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato – UNIPÊ

Nota Técnica: Os artigos que não constam nestes Anais foram selecionados para publicação na Plataforma Index Law Journals, conforme previsto no artigo 8.1 do edital do evento. Equipe Editorial Index Law Journal - publicacao@conpedi.org.br.

A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL E A CULTURA COMO ALTERNATIVA TERAPÊUTICA.

THE BRAZILIAN PSYCHIATRIC REFORM: THE DEINSTITUTIONALISATION OF MENTAL HEALTH AND THE CULTURE AS A THERAPEUTIC ALTERNATIVE.

Laila Soares Cavalcante ¹
Tassia Dos Anjos Andrade ²

Resumo

O presente artigo tem como objetivo analisar o processo de reforma psiquiátrica brasileira, apresentando a origem da desinstitucionalização, com o arcabouço na experiência italiana, demonstrando a evolução do tema no Brasil e como a transformação da forma de tratamento foi capaz de possibilitar a reinserção do doente à sociedade. Esta perspectiva é apresentada a partir do método dedutivo, desenvolvendo uma pesquisa histórica e comparativa, de modo a expor a trajetória e a evolução da desospitalização com as primeiras experiências na aplicação dos meios culturais como forma de tratamento terapêutico auxiliar.

Palavras-chave: Saúde mental, Desinstitucionalização, Inclusão social

Abstract/Resumen/Résumé

This article aims to analyze the Brazilian psychiatric reform process, presenting the origin of the deinstitutionalization, with the framework in the Italian experience, demonstrating the evolution of the topic in Brazil and how the transformation of the form of treatment was able to enable the reintegration of the patient the society. This perspective is presented from the deductive method, developing a historical and comparative research, in order to expose the trajectory and evolution of the de-hospitalization with the first experiences in the application of cultural means as a form of auxiliary therapeutic treatment.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Mental health, Deinstitutionalisation, Social inclusion

¹ Mestranda em Direito à Saúde pela Universidade Santa Cecília. Pós graduada em Direito Público pela UNIDERP. Graduada em Direito pelo Centro Universitário CESMAC. Procuradora do Município de Maceió.

² Mestranda em Direito da Saúde pela Universidade Santa Cecília. Pós-Graduada em Direito Público pela Faculdade Baiana de Direito/JUSPODIVM. Graduada em Direito pela UCSAL. Procuradora do Município de Maceió.

1 Introdução

O presente artigo tem como intuito o estudo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada no fim da década de 1970, e as suas consequências e benefícios para implementação de uma política pública de saúde, haja vista que a mudança do modelo aplicado acarretou na transformação do método de tratamento e da visão aplicada à saúde mental, ofertando novos meios terapêuticos para os sujeitos com sofrimento psíquico intenso, que antes tinham apenas os hospícios como locais de acolhimento.

Nesse ponto, é preciso esclarecer que a reforma do sistema psiquiátrico teve como mola propulsora os relatos de maus tratos dos doentes mentais, situação esta que se prolongou durante anos e resultou na ineficácia dos tratamentos aplicados, restando premente a urgência na busca de novas diretrizes de tratamento.

Foi com o intuito de superar a internação nos hospitais psiquiátricos, tidos até então como único local de cuidado, que foram criados os meios substitutivos de tratamento, os quais têm como objetivo prestar assistência de um modo mais humano às pessoas que sofrem com transtornos mentais, indo além da terapia medicamentosa para proporcionar, por meio da quebra do estigma social existente em relação ao portador de doença mental, a interação social e despertar o sentimento de utilidade no âmbito do doente.

Com vistas a garantir o sucesso da política de desinstitucionalização, a cultura foi aplicada com o intuito de instruir toda a sociedade a conviver com o diferente, ensinando o portador de doença mental a expressar o sofrimento psíquico por meio de atividades como a música, a expressão corporal, a dança, o cinema, o vídeo, a fotografia, a leitura, a escrita, o teatro e os jogos desportivos.

O presente artigo se desenvolverá partindo da evolução histórica sobre o tema, demonstrando a existência de maus tratos ao longo dos anos e a inadequação do tratamento aplicado para então expor a superação do modelo hospitalocêntrico, objetivando demonstrar a revolução social e terapêutica que recaiu sobre a saúde mental a partir da aplicação dos meios culturais como forma de tratamento alternativo, garantindo o eficaz desenvolvimento da política pública de saúde.

Nesse panorama, visando responder adequadamente às questões propostas, este trabalho adotará a método dedutivo, partindo de leis e teorias para então alcançar as consequências específicas.

Quanto ao método de procedimentos, serão utilizados os métodos histórico e comparativo. Quanto às técnicas de pesquisa, as autoras utilizarão a pesquisa indireta, com o

uso de artigos, dissertações, teses e livros pertinentes ao objeto de estudo, sendo a metodologia abarcada pela obra bibliográfica de Lakatos e Marconi (2003).

2 Meio ambiente cultural e a proteção legal

A cultura se revela como uma das maiores facetas da sociedade, sendo extraídas a partir do patrimônio cultural, a crença, os costumes e os hábitos em que é pautada toda a sociedade, não se restringindo a um interesse particular ou de um determinado grupo de pessoas, haja vista que esta pertence a toda comunidade, diante da clara amplitude do bem jurídico protegido, o que lhe concede o caráter difuso.

Ante a patente importância do meio ambiente cultural, a própria Constituição Federal dispôs acerca do tema, considerando como meio ambiente cultural o patrimônio cultural nacional, incluindo as relações culturais, turísticas, arqueológicas, paisagísticas e naturais.

Nesse ponto, vale destacar que as legislações e Constituições anteriores já dispunham acerca do assunto, de forma que a primeira medida adotada para a preservação, proteção e conservação do Patrimônio Cultural brasileiro foi a inclusão na Constituição Federal de 1934 de norma tratando do assunto, tendo a Constituição Federal de 1988 ampliado o rol de bens protegidos e dos entes competentes para o exercício de tal atribuição.

Conceituando patrimônio cultural, Paulo Affonso Leme Machado (2008, p. 931) destaca que:

O conceito de patrimônio está ligado a um conjunto de bens que foi transmitido para a geração presente. O patrimônio cultural representa o trabalho, a criatividade, a espiritualidade e as crenças, o cotidiano e o extraordinário de gerações anteriores, diante do qual a geração presente terá que emitir um juízo de valor, dizendo o que querará conservar, modificar ou até demolir. Esse patrimônio é recebido sem mérito da geração que o recebe, mas não continuará a existir sem seu apoio. O patrimônio cultural deve ser fruído pela geração presente, sem prejudicar a possibilidade de fruição da geração futura.

Assim, a conceituação demonstra a amplitude dos valores extraídos do conceito de patrimônio cultural e ressalta a importância da conservação da cultura em todos os seus aspectos, a exemplo da manutenção do acervo cultural de uma nação e de um povo, do acesso da população aos mais variados meios de cultura e da utilização desta como meio de evolução pessoal dos cidadãos.

Foi partindo da premissa da essencialidade do patrimônio cultural que houve a vasta previsão legal e constitucional da matéria com vistas a assegurar a efetiva proteção e a previsão dos direitos, passando o meio ambiente cultural a ser enxergado sob perspectiva

diversa, atualmente usado como um meio de efetivar as políticas públicas de saúde e superar os obstáculos outrora vivenciados pelo modelo de hospitalização.

3 Hospitalização: dos maus tratos à superação do modelo

Com o passar dos anos a intervenção cultural foi enxergada como um meio que, além do papel social estratégico, detém um significativo potencial para o desenvolvimento humano, sendo capaz de proporcionar a reinserção social e o sentimento de utilidade do ser humano, o que se concretiza a partir da aplicação das mais diversas expressões culturais.

Porém, a utilização da cultura como forma de tratamento só foi enxergada num momento posterior, o que nos leva a fazer uma digressão histórica sobre o assunto e explorar a matriz evolutiva e o contexto nacional e internacional que se encontrava a avaliação dos doentes mentais e as formas de tratamento até então existentes, considerando a problemática vivenciada no passado e a falência das instituições de tratamento de doentes mentais.

Pois bem, a nomenclatura e as formas de tratamento aplicadas nas instituições destinadas a tratar pessoas portadoras de doença mental variaram ao longo do tempo, assim como a visão que se tinha acerca dos doentes.

No Brasil, a loucura é registrada desde os primeiros séculos da colonização tendo sido abordada através dos tempos, sempre como uma questão complexa. No que diz respeito à questão da utilização da arte e da cultura, a história da loucura no Brasil está intimamente ligada à expressão artístico-literária do louco. (SANTOS, 2014, p. 17).

De forma complementar, Isolda Mourato (2007, p. 19) expõe o contexto histórico em que se encontrava o conceito da doença:

O primeiro a manifestar-se contra a concepção psiquiátrica de doença mental foi Thomas Szaz no seu livro "Mito da Doença Mental". Szaz era um psicanalista húngaro, e a sua ideia era simples: se houvesse lesão cerebral era um caso neurológico; se fosse problema de comportamento, a lei resolveria. O tratamento seria psicológico e os psiquiatras nada teriam a fazer. Seguiram-se David Cooper, Ronald Laing e A. Esterson, para os quais a família e a sociedade seriam os culpados pela doença mental, constituindo esta a única forma do indivíduo escapar à acção ostracizante da sociedade. Basaglia acrescentou a concepção política: "a sociedade é o flagelo essencial e esta é que deve ser combatida". Desta concepção resultou a famosa Lei 180 da Reforma Italiana, que coloca o condenado do direito comum, o preso político e o louco num mesmo grupo. Fecharam-se os grandes hospitais psiquiátricos e os doentes foram encarados como qualquer outro criminoso.

Acrescenta Mourato (2007, p. 37) que:

Historicamente, podemos dizer que as pessoas com deficiência (física ou mental) foram afastadas dos processos decisórios da sociedade. Ao longo dos séculos, sob as mais variadas organizações sociais, foram consideradas

inaptas para efectivar a participação, sendo relegadas a uma situação de exclusão. Instituições segregacionistas encarregaram-se de colocar essa população à parte, servindo os interesses de parte da sociedade que não via para as pessoas com deficiência qualquer perspectiva produtiva.

Instituídos na Europa, os hospícios se proliferam ao redor do mundo e usualmente abrigavam os doentes mentais junto com outros marginalizados, a exemplo dos criminosos, o que se traduzia numa aplicação de tratamentos desumanos aos portadores de doença mental, como os castigos físicos e o acorrentamento, sendo tais lugares considerados muitas vezes piores do que as prisões (MOURATO, 2007).

Embasado no Iluminismo e na Revolução Francesa, Philippe Pinel (1745-1826) foi um dos primeiros médicos a retirar as correntes dos pacientes, propiciando-lhes uma liberdade de movimentos que entendia ser, por si só, terapêutica.

Ao estabelecer a liberdade como forma de tratamento, é possível notar que o médico instituiu uma visão que ia na contramão médica da época, já que, além da aplicação de terapias inovadoras, Pinel trouxe a problemática da loucura para a medicina, atribuindo-lhe o sentido de doença que, por configurar uma enfermidade, precisava ser tratada como tal, e não com aplicação de castigos.

Porém, em que pesem as reformas instituídas no século XIX por Pinel, aplicando a medicina manicomial e visando o fim dos maus-tratos, ainda era uma prática recorrente a aplicação de tortura como forma de tratamento, buscando-se nestes tratamentos "dar um 'choque' no paciente, fazer com que passasse por uma sensação intensa, que o tirasse de seu estado de alienação" (MOURATO, 2007).

Com os maus tratos que se tornavam cada vez mais frequentes e cruéis, é possível notar o evidente fracasso da institucionalização e da manutenção dos doentes em verdadeiras prisões que tinham como tratamento o isolamento, o que acarretava na exclusão do paciente ao convívio social, no crescimento do estigma do louco e da loucura, além de todo o sofrimento físico e psicológico sofrido, fato que demonstrava a ineficiência do método para o tratamento da doença e para evolução pessoal do doente.

Foi diante da situação calamitosa que se alastrava ao redor do mundo que se iniciou o debate em busca de soluções mais eficazes de tratamento.

4 O início da desinstitucionalização

Foi na Itália, com a iniciativa do psiquiatra Franco Basaglia, que ocorreu uma verdadeira revolução na forma de tratamento dos portadores de doenças mentais, ocasião em

que foi efetivada a retirada dos doentes dos hospícios, passando a lhes oferecer um tratamento em local diverso, muito mais acolhedor, a exemplo das casas de repouso e albergues, que além do tratamento médico ofereciam como terapia auxiliar a implantação de ateliês de arte, centros de cultura e lazer, oficinas de esportes e outras atividades auxiliares para a integração social.

Inspirado no panorama internacional, o processo da reforma psiquiátrica brasileira se deu a partir da década de 1980, período em que houve uma grande transformação na forma de compreender e cuidar dos portadores de transtornos mentais.

À época, começou a ficar claro que o manicômio não era um local que proporcionava tratamento eficaz e humanitário ao doente, circunstância que impulsionou a implantação de uma reforma psiquiátrica no Brasil.

Foi a partir da reforma psiquiátrica, que se enxergou a utilização da cultura como uma possível forma de reinserção social, de modo a proporcionar uma melhor aceitação do portador de doença mental na sociedade.

Antes de ocorrer a efetiva reforma, alguns psiquiatras se destacaram de forma inovadora ao visualizarem nas manifestações artísticas importante aliadas terapêuticas. A primeira experiência do contato dos doentes mentais com a cultura ocorreu no Asilo de Alienados do Juqueri, criado em São Paulo, em 1898 (GALVANESE, 2016).

Em que pese a aceitação do uso da cultura como meio de auxílio, é possível notar que, no passado, as artes, por excitar os sentidos e a imaginação, não eram vistas como formas de tratamento da alienação mental, e sim como potenciais agravantes dos quadros psicopatológicos.

O potencial criativo e artístico dos doentes mentais só foi reconhecido a partir do trabalho desenvolvido pelo psiquiatra Osório César (1895-1979), nos anos 1920, ocasião em que foram feitos os primeiros registros no livro *A expressão artística nos alienados: contribuição ao estudo dos símbolos na arte* acerca da aplicação dos meios artísticos nos manicômios brasileiros, experiência vivenciada em Juqueri (GALVANESE, 2016).

Assim como Osório Cesar, Nise da Silveira se destacou a partir da inserção das manifestações culturais como meio de tratamento e reabilitação dos portadores de doença mental, sendo totalmente contrárias às formas que reputava agressivas e ineficazes para o tratamento.

Com fulcro na inovação relativa à implantação da cultura como forma auxiliar de tratamento, em 1943 foi inaugurada a Oficina de Pintura, que resultou na criação da Escola

Livre de Artes Plásticas do Juqueri, em 1956. Nela, todos os participantes eram incentivados a encarar o projeto de forma profissional, já que, ao final da produção, as obras eram expostas em galerias de arte, dando um quê de profissionalização à arte elaborada.

Sob esta perspectiva, na tese de doutorado desenvolvida acerca da aplicação e respectiva repercussão dos projetos culturais no âmbito da saúde mental, a Irmã Maria de Moares Santos (2014, p. 13) expõe o marco histórico e teórico presentes na desinstitucionalização, bem como a repercussão que a adoção desta nova forma de tratamento trouxe ao Brasil:

A implantação da Reforma Psiquiátrica, como política pública no Brasil, tem como um dos seus marcos teóricos fundamentais, o conceito de desinstitucionalização baseado na experiência italiana que busca mobilizar como atores os sujeitos envolvidos, transformando as relações de poder entre os doentes mentais e as instituições e produzindo estruturas de serviços que substituam a internação em hospitais psiquiátricos

O modelo foi se desenvolvendo e foram sendo criadas oficinas que eram diversificadas e organizadas em dois eixos: o da convivência, com atividades plásticas, música, teatro, tai chi chuan, dança, atividades de jardinagem e esportes, entre outras; e o da formação de cooperativas a partir de iniciativas de trabalho solidário, tais como os empreendimentos artísticos e os ambientais, ao tempo que ainda reuniam profissionais de saúde (psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e outros), educadores e oficineiros (artistas plásticos, músicos, agrônomos, atores, marceneiros, dançarinos, por exemplo).

A primeira experiência relativa à Reforma Psiquiátrica ocorreu em 1989, na cidade de Santos, onde foram adotadas uma série de transformações culturais a partir da criação e implantação do Projeto Tam-tam, que consistia num conjunto de iniciativas culturais, a exemplo da criação de um programa de rádio, artes plásticas, teatro, e outras atividades capazes de auxiliar na melhora do doente, a partir da inclusão social e no sentimento de utilidade que esta teria, expondo para a sociedade a problemática existente e apontando uma forma viável e eficaz de tratamento.

Foi a partir da experiência santista que se constatou que a utilização da cultura no contexto da Reforma Psiquiátrica poderia auxiliar em novas “[...]formas de cuidado, de convívio, de ação terapêutica, objetivando um efeito transformador do imaginário social e conseqüentemente, a superação do estigma” (SANTOS, 2014, p. 18), rompendo-se com o formato de tratamento até então adotado.

A aplicação dos tratamentos ditos alternativos passou a proliferar em todo o Brasil novas experiências de sucesso que significaram em inclusão social dos usuários do serviço e intervenção cultural.

A partir de tais experiências, Irmã Maria de Moares Santos (2014, p. 23) expôs que:

Pensar e compartilhar ideias a respeito de cultura, saúde-doença mental e diversidade, remete a um compromisso mais profundo com o doente mental. Apesar dos esforços interinstitucional, governamental e da sociedade para produzir mudanças sociais e culturais sobre o estigma, ainda encontramos esses sujeitos marcados em seu cotidiano, pela imagem da doença, da loucura.

Porém, apesar da evolução do tratamento aplicado à saúde, o Modelo Integral em Saúde Mental sofreu um colapso em 1996, com a descaracterização dos serviços e o desmonte das equipes de trabalho, somente ocorrendo sua reversão no bojo do processo de municipalização e expansão dos Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS.

Foi diante deste panorama que em 2001 foi sancionada a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, acompanhada de uma série de movimentos revolucionários, sendo neste período que se notou uma significativa ampliação dos serviços pautados na atenção psicossocial e a diversificação do serviço prestado aos usuários do SUS.

A partir da previsão legal acerca da pessoa portadora de deficiência foi também revisto o conceito que até então lhes era aplicado, de forma que a deficiência mental não pode ser enxergada como uma característica preponderante de uma pessoa, mas sim como um atributo que lhe impõe limitações e adaptações sociais que, mesmo restringindo sua atuação no seio da sociedade, permite uma vida digna com interação na comunidade.

Expondo a mudança de perspectiva e o olhar sobre a pessoa com deficiência, Isolda Mourato (2007, p. 38) relata:

Essa perspectiva de exclusão constituía um incômodo para as famílias e para as próprias pessoas portadoras de deficiência. Surgem então os movimentos em defesa dos direitos das pessoas com deficiências à educação, ao trabalho, à saúde e a outros serviços que implicassem a sua participação em todos os momentos do convívio social, estes movimentos assumem um papel cada vez mais importante e significativo. Actualmente, os esforços são direccionados para permitir às pessoas com deficiência o exercício da autonomia, sendo que o objectivo dessa proposta deve ser equipar essa população para lutar pela garantia de serviços necessários à garantia da sua qualidade de vida, assegurando direitos ao exercício de uma cidadania plena. Estes movimentos autodenominaram-se movimentos de auto-advocacia ou auto-representação.

Mas, se por um lado, ocorreu a mudança da forma de enxergar o doente mental acompanhado do aumento de cobertura assistencial aos portadores de transtornos mentais, por outro, viu-se que o objetivo principal que se tinha com a implantação da nova política, que era a diminuição dos períodos de internação, não acompanhava este avanço.

Assim, surge um novo desafio para análise da saúde mental, a desinstitucionalização.

5 A desinstitucionalização e a aplicação da cultura como forma de tratamento

Segundo Amarante (1996), a desinstitucionalização pode ser separada em três momentos que revelam o processo reformista. O primeiro dele se relaciona com a experiência norte-americana que, fundamentada na psiquiatria preventiva e comunitária, implantou a desospitalização.

O segundo momento é visto como uma fase de desassistência ao portador de doença mental, ocasião em que ocorre a retirada do Estado do processo de proteção social às pessoas com transtorno mental, refletindo no seu abandono “seja pela premissa crítica, correta, de que seu objetivo pode ser o de reduzir ou erradicar a responsabilidade do Estado para com estas pessoas e familiares, seja por uma compreensão pouco correta do conteúdo teórico que está em jogo” (AMARANTE, 1996, p. 21).

O terceiro seguimento aponta a desinstitucionalização com a conseqüente desconstrução dos estigmas e implantação de novos métodos de tratamento.

Com o objetivo traçado da implantação da desinstitucionalização no Brasil, passou-se a observar que o grande número da clientela consistia em pessoas de longa permanência no sistema, e que este não vinha sendo capaz de absorver toda a demanda, como observou Ana Paula Guljor (2013, p. 131):

No entanto, o processo de desinstitucionalização em curso ainda se desenvolve de forma lenta se comparado aos dados existentes sobre o quantitativo de internos de longa permanência nos hospitais psiquiátricos do país. Dados do relatório do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b) apontam para um crescimento reduzido dos dispositivos residenciais nos anos de 2011 e 2012 se comparados em uma análise em números absolutos. De acordo com Delgado (2006) em torno de 30% dos leitos psiquiátricos no país são ocupados pela clientela de longa permanência. O informativo da saúde mental divulgado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2012b) referente a junho de 2012 contabiliza a existência de 29.958 leitos psiquiátricos e 185 hospitais especializados em funcionamento.

Assim, em que pese a pretensão de adotar um novo modelo de atenção à pessoa com transtorno mental, advindos dos ideais da Reforma Psiquiátrica e do SUS, que visam à

substituição do modelo hospitalocêntrico que era centrado nas internações e medicação dos enfermos, para então ser priorizado o sujeito em sua totalidade.

Porém, o contexto em que está inserido o tratamento e a estrutura do modelo de saúde adotado implica uma série de obstáculos para a concretização da medida, haja vista a complexidade decorrente da sistemática que deve ser montada para viabilizar o eficaz funcionamento do novo sistema.

Nesse ponto é preciso considerar que além da reestruturação do modelo, é preciso que se instale uma nova cultura através da criação de um novo estilo de vida ao portador de doença mental, de modo que ele se sinta útil na sociedade, com a consequente redução do estigma da doença mental e com a aplicação de formas de tratamentos alternativos.

Observando o cenário em que se desenvolve é possível notar que a desinstitucionalização nos moldes em que foi proposta, no sentido de expandir e consolidar uma rede de atenção extra-hospitalar, objetivando atender as demandas territoriais específicas sem desassistir, tem como propósito ir além da simples desospitalização.

Para atingir o propósito da estruturação da rede de saúde foram constituídas as unidades básicas de saúde (UBS), centros de saúde, serviços de pronto-atendimento, ambulatorios, centros de atenção psicossocial (CAPS) e os serviços residenciais terapêuticos (SRT).

A partir das experiências de sucesso vivenciadas no Rio de Janeiro (RJ), em Campinas (SP), Ribeirão Preto (SP), Santos (SP) e Porto Alegre (RS) foi comprovada a efetividade na medida de implantação das residências como forma de possibilitar a reinserção dos pacientes na comunidade, sendo editada a partir disto a Portaria n.º 106/2000, do Ministério da Saúde, que introduziu os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS (BRASIL, 2004b).

Tais residências são prestadas de forma integrada com os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), e vem sendo de grande valia para a eficaz atenção ao doente mental, nos moldes de concessão de uma moradia voltada para pessoas com limitações.

O suporte de caráter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe da atenção básica, sejam outros profissionais) deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores. O acompanhamento a um morador deve prosseguir, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado.

O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador.(BRASIL, 2004b, p. 6).

De forma a auxiliar o processo de desinstitucionalização são implantados os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) que são serviços comunitários de atenção diária, destinados ao acompanhamento clínico e à reinserção social de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, que se encontram numa rede de cuidados, visando a substituição do modelo hospitalar e sendo meio da principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo. A instituição de tais centros ocorreu mediante a realização de uma severa mobilização social que inicialmente foi capitaneada pelos trabalhadores da saúde mental que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que era o único modelo usado como meio de tratamento dos portadores de transtornos mentais.

As modalidades de cuidado adotadas neste serviço incluem o atendimento medicamentoso, psicoterápico, de orientação e suporte social, grupos operativos, atendimento à família, e outras atividades, entre as quais oficinas expressivas e culturais destinadas a promover a aproximação dos seus participantes aos espaços de cultura de seu bairro ou cidade.

Vale ressaltar que a Rede de Atenção à Saúde Mental não reduz as instituições substitutivas aos hospitais psiquiátricos; envolve as instituições mencionadas, incluindo também os vínculos familiares, as associações e comunidades que, de forma compartilhada, contribuem para o cuidado e reinserção das pessoas com transtorno mental no convívio social. (DA SILVA; ROSA, 2014, p. 3)

Assim, a atenção psicossocial prestada pelos CAPS objetiva o acolhimento dos sujeitos que sofrem de transtorno mental, aliado a adoção de medidas substitutivas da institucionalização e da lógica manicomial como fundamento para a transformação da forma de cuidado e inovação do modelo asilar outrora proposto (OLIVEIRA, 2009).

A criação da atenção psicossocial foi vista como um momento revolucionário, já que implanta "[...] um novo modelo de cuidar do sofrimento psíquico através da criação de espaços de constituição de relações sociais baseadas em princípios e valores que possibilitam reinventar a sociedade, de forma que haja um espaço para o sujeito dito louco" (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2012, p. 584).

Porém, é bem verdade que a transformação de padrões culturais de segregação e invalidação das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes é um dos muitos desafios enfrentados pela reforma psiquiátrica, que viu na utilização da cultura o meio de reinserção e melhor aceitação do doente mental na sociedade.

Foi diante da mudança de paradigma de tratamento com a retirada dos doentes dos centros manicomiais e a ampliação dos serviços de atendimento psicossociais que se viu que além do acolhimento, o CAPS poderia ofertar um gama de atividades terapêuticas que auxiliariam na recuperação e na inserção do doente.

Como forma de viabilizar o contato do doente mental com os meios culturais, promovendo, por meio dela, a melhora do paciente, são instaladas oficinas de arte, cultura, pintura, dança, teatro, artesanato, não estando o doente restrito a passar todo o tempo no CAPS, já que as atividades podem ser desenvolvidas fora dos centros, o que incentiva a reintegração do portador de deficiência no local em que vive.

Ainda sobre o formato adotado pelos CAPS para efetuação do tratamento alternativo, Martinhago e Oliveira (2012, p. 588) relatam a importância da estrutura multidisciplinar dos profissionais envolvidos e das atividades realizadas para a ressocialização e a reabilitação social:

As oficinas e grupos terapêuticos são algumas das principais formas de tratamento nos CAPS. Essas atividades são coordenadas por um ou mais profissionais, e podem ser definidas a partir das necessidades dos usuários e das disponibilidades de técnicos, com o objetivo de promover a integração social e familiar, a expressão dos sentimentos e dificuldades, o desenvolvimento de habilidades pessoais e laborais, e o exercício da cidadania (BRASIL, 2004a). As práticas de grupos e oficinas fazem parte do cotidiano dos profissionais e usuários dos CAPS.

[...]

No decorrer das visitas aos CAPS de Santa Catarina, observou-se que as práticas de grupos e oficinas, no formato aberto ou fechado, são realizadas diariamente, com diversos objetivos terapêuticos, tais como: desenvolver habilidades; melhorar a autoestima; promover autonomia; exercer a cidadania, o autoconhecimento, a reinserção social, o lazer, a educação em saúde; discutir questões relacionadas à medicação e à integração dos familiares ao tratamento etc. Em cada CAPS, há uma dinâmica diferente de trabalho, com diferentes propostas de oficinas e grupos.

Assim, foi remontada toda a sistemática criada por Osório César e Nise da Silveira com a aplicação de meios culturais como forma de tratamento auxiliar ao medicamentoso, pretendendo acabar com o período de isolamento do doente e reintroduzindo-o a uma vida útil e produtiva com integração com outros doentes, com a comunidade e com as suas mais íntimas percepções do eu e da realidade.

Vendo o modelo sob esta perspectiva inovadora e ressocializadora, se tornou indiscutível como a utilização da cultura como meio de reinserção produz um efetivo resultado social e pessoal, ampliando o acesso aos meios culturais, proporcionando um gradativo processo de construção da cidadania, a partir do estímulo da capacidade criativa,

que deságua no crescimento pessoal do paciente e na diminuição do estigma da doença mental, resultado este que vem sendo conseguido a partir do incentivo ao acesso à arte e à cultura.

As estratégias culturais são instrumentos das transformações da cultura psiquiátrica tradicional quando permitem uma aproximação da sociedade com a loucura pelo lúdico, a brincadeira e a diversão. Nos processos de desinstitucionalização, a reinserção dos moradores do hospital no cotidiano da comunidade necessita do acolhimento e do sentimento de pertencimento ao grupo. Neste sentido, as intervenções na música, na pintura e no teatro fazem emergir o louco da invisibilidade ao mesmo tempo em que o aproxima sem esquivar, permite um (re)conhecer entre sujeitos. (GULJOR, 2007, pg. 87/88)

Neste panorama, foi constatado que com o passar dos anos houve uma melhora visível e significativa no tratamento dos pacientes, tanto decorrentes de doenças mentais, como os decorrentes de reabilitação de uso de substâncias que causam dependência química, promovendo a reinserção social com o reingresso no mercado de trabalho e a evolução no estágio clínico.

Assim, a consequência da desinstitucionalização foi a reconstrução do entendimento sobre o que é ser portador de uma doença incapacitante e de como o isolamento é prejudicial à saúde física e mental do paciente, e como ele se sentia inútil e rejeitado pela sociedade. Além disto, foi a partir da desospitalização que houve a construção de uma rede de novos serviços, com o desenvolvimento de um conjunto de práticas sociais que contribuem com a inclusão dos doentes mentais, diminuição do preconceito e sentimento de utilidade na sociedade.

Porém, em que pese toda a evolução social e cultural ocorrida sob a perspectiva do doente e de sua família, que por certo vivencia o preconceito ocasionado pela doença, vale destacar que o modelo de desinstitucionalização ainda carece de significativa ampliação na abrangência do serviço prestado, bem como no acréscimo dos recursos destinados à rede de saúde mental.

Nesse ponto, não é raro constatar a falta de recursos financeiros para a realização das oficinas ofertadas pelos CAPS (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2012), o que resulta no empobrecimento dessa atividade, ausência de investimento esta que também se verifica quanto aos profissionais envolvidos no programa que em geral não são servidores públicos efetivos, mas sim contratados de forma precária, o que fragiliza a ligação de continuidade do serviço, já que este pode ser interrompido mediante o desligamento do profissional atuante que já firmou vínculos de confiança e respeito com o paciente, desestabilizando a rede.

Dados os obstáculos vivenciados pela saúde mental é possível notar que apesar da aplicação de meios alternativos de tratamento ser meio essencial para a evolução do paciente também se faz necessário o aprimoramento do serviço, o que não afasta o conjunto de méritos colhidos pela aplicação da cultura como meio de tratamento que, em geral, proporciona e atinge os seus maiores objetivos: a conquista da cidadania e a melhora da qualidade de vida.

6 Conclusão

Houve uma clara evolução do tratamento do doente mental perante a saúde pública e a sociedade, haja vista que antes se partia da figura do louco, do indesejado pela família e rejeitado pela comunidade que era tratado com isolamento e maus tratos físicos e psicológicos, para então ter a sua situação alterada e ser enxergado como portador de doença mental que necessita de atenção, cuidado e tratamento, ocasião em que temos a desinstitucionalização como marco histórico e divisor de águas para a mudança do paradigma do tratamento.

Por certo, com o decorrer do tempo viu-se que não era razoável reduzir a assistência à saúde mental apenas ao tratamento medicamentoso, já que existiam formas terapêuticas auxiliares capazes de promover a inclusão dos doentes mentais na sociedade, com a consequente diminuição do preconceito e o crescente sentimento de utilidade do doente, que se via capaz de produzir algo, o que foi alcançado com a desospitalização e com a aplicação da cultura, nas suas mais diversas modalidades, como meio alternativo de tratamento.

Com vistas a garantir o sucesso do método terapêutico alternativo foram instituídos os CAPS e as residências terapêuticas que auxiliaram na concretização do crescente êxito na inserção de atividades como a música, a expressão corporal, a dança, o cinema, o vídeo, a fotografia, a leitura, a escrita, o teatro, os jogos desportivos como formas de ensinar o doente a expressar o sofrimento psíquico e proporcionar maior satisfação pessoal e familiar, confirmando o êxito da aplicação dos meios artísticos como forma de cuidado.

No entanto, ainda que seja inquestionável a eficácia da introdução das atividades culturais, é preciso notar que a desospitalização não é um meio que, isoladamente, é capaz de mudar toda a realidade fática relativa ao tratamento e ao preconceito sofrido pelos doentes, devendo sim todo este movimento ser acompanhado pela construção de laços sociais que dizem respeito ao trabalho, ao lazer e, principalmente, a uma ruptura radical com a noção de incapacidade e periculosidade que são impostas ao doente mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

_____. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php>. Acesso em: 05 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** 2004a. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas o que são, para que servem.** 2004b. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2017.

DA SILVA, Ellayne Karoline Bezerra; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?** R. Katál., Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0252.pdf>>. Acesso em: 09 ago.2017.

DIMENSTEIN, Magda; AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes. **Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a25v14n1.pdf>>. Acesso em 09 ago. 2017.

FERRAZ, Maria Heloísa Corrêa de Toledo. **Arte e loucura: limites do imprevisível.** São Paulo: Lemos. 1998.

FIORILLO, Celso Antônio Pacheco. **Curso de direito ambiental brasileiro.** 17ª ed. Revista, atualizada e ampliada. São Paulo: Saraiva, 2017.

GALVANESE, Ana Tereza Costa et al. **Arte, saúde mental e atenção pública: traços de uma cultura de cuidado na história da cidade de São Paulo.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.23, n.2, abr.-jun. 2016, p.431-452. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000200431#B15>. Acesso em: 01 dez.2017.

GUIMARÃES, J. et al. **Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 5-11, maio/ago. 2001. Disponível em:

<<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fwww.uff.br%2Fsaude%2Fdesinstitucionalizacaoemsaude%2Fmental%2Fdesinstitucionalizacaoemsaude%2Fmental.doc>>. Acesso em: 09 ago. 2017.

GULJOR, Ana Paula. **O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no município de Paracambi: um estudo de caso.** 2013. Disponível em <<https://pt.scribd.com/doc/293240675/Ana-Paula-Guljor-O-fechamento-do-hospital-psiquiatrico-e-o-processo-de-desinstitucionalizacao-em-Paracambi-pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2017

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma Psiquiátrica à Brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização.** Porto Alegre: PUC-RS, 2007. Disponível em: <http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/21/TDE-2008-03-10T075453Z-1049/Publico/398635.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2017.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos.** 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MACHADO, Paulo Affonso Leme. **Direito Ambiental Brasileiro.** São Paulo: Malheiros, 2005.

MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a10v36n95.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2017.

MEIRELLES, Jussara Maria Leal de. **Meio ambiente e saúde mental: uma perspectiva jurídica da solidariedade.** Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/bh/jussara_maria_leal_de_meirelles.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2017.

MOURATO, Isolda Maria Dias Baptista. **A Loucura e a exclusão social Dinâmicas do desenvolvimento local Estudo de Caso – Uma Instituição do Norte Alentejano.** Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23361/2/29975.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2017.

OLIVEIRA, W. F. **Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial.** Caderno Brasileiro de Saúde Mental, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 48-61, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1126>> Acesso em: 12 ago. 2017.

PINHEIRO, Roseni; GULJOR, Ana Paula; DA SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes; MATTOS, Ruben Araujo de. (Orgs.). **Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos.** 1ª edição / novembro 2007. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/293240675/Ana-Paula-Guljor-O-fechamento-do-hospital-psiquiatrico-e-o-processo-de-desinstitucionalizacao-em-Paracambi-pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2017

SANTOS, Irma Maria De Moraes. **Projetos culturais e saúde mental: promoção de inclusão social e qualidade de vida.** 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-16042015-160740/pt-br.php>>. Acesso em: 01 dez. 2017.