

Comentários acerca da  
Portaria nº 3.588, de  
21 de dezembro de 2017,  
do Ministério da Saúde:

*alerta sobre os graves retrocessos  
da Reforma Psiquiátrica Brasileira  
em tempos sombrios.*

**CONSELHO ESTADUAL DE  
SAÚDE DE MINAS GERAIS**

**MESA DIRETORA GESTÃO 2017/2019**

**Nalton Sebastião Moreira da Cruz**  
Presidente (SES-MG/Gestor)

**Ederson Alves da Silva**  
Vice-Presidente (CUT-MG/Usuário)

**Lourdes Aparecida Machado**  
Secretária Geral (CRP-MG/Trabalhadora)

**Júlio César Pereira de Souza**  
1º Secretário (FAMEMG/Usuário)

**Gislene Gonçalves dos Reis**  
2º Secretária (CMP-MG/Usuária)

**Camila Moreira de Castro**  
3º Secretária (SES-MG/Gestora)

**Renato Almeida de Barros**  
1º Diretor de Comunicação  
(SINDSAÚDE/Trabalhador)  
2º Diretor de Comunicação

**COMISSÃO ESTADUAL DE  
REFORMA PSIQUIÁTRICA**

**Lourdes Aparecida Machado**  
Coordenadora – Conselho Regional de  
Psicologia de MG/CESMG

**Glaucia de Fatima Batista**  
Conselho Regional de Serviço Social  
de MG/CESMG

**Miriam Abou-Yd**  
Fórum Mineiro de Saúde Mental

**Viviane Maciel**  
Coordenação Estadual de Saúde Mental,  
Álcool e outras Drogas- SESMG

**Lírica Mattos**  
Coordenação Estadual de Saúde Mental,  
Álcool e outras Drogas - SESMG

**Janaina Dornas**

Coordenação Estadual de Saúde Mental,  
Álcool e outras Drogas SESMG

**Adriana Mojica**

Psicóloga - Trabalhadora de Saúde Mental  
de Itaúna MG

**Teresa Cristina Kurimoto**

Universidade Federal de Minas Gerais

**Bianca Lucindo Cortês**

Psiquiatra Trabalhadora de Saúde Mental  
de Betim MG

**Cirlene Ornelas**

Associação Loucos Por Você – Ipatinga MG

**Paulo Reis Braga**

Associação de Usuários dos Serviços  
de Saúde Mental de MG

**Danty Marchezane**

Sindicato das/os Psicólogas/os de MG

**Fabiana Erica de Souza**

Gerencia Regional de Saúde de Ubá MG

**Isabella Barral Faria Lima**

Instituto Dh Pesquisa e Intervenção  
em Direitos Humanos

**Apoiadores**

**Andreza Almeida Fernandes Alves**

Fórum Mineiro de Defesa do SUS Contra  
a Privatização da Saúde

**Natália Darck**

Coordenação Ouvidoria de Saúde -  
Superintendência Regional de Saúde de BH

**Eleciania Tavares da Cruz**

Secretária Executiva

**Apoio Administrativo da Comissão**

Adriana Andreia da Silva Soares

# **Comentários acerca da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios.**

***Dirigido à população brasileira, em especial aos gestores (as), trabalhadores (as), usuários (as) e familiares do SUS e da Saúde Mental***

Em tempos de comemoração dos 30 anos do marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do Movimento da Luta Antimanicomial, em que trabalhadores (as), usuários (as), familiares e gestores (as) lutaram pela inclusão da diferença, pela garantia de direito, autonomia e reinserção social das pessoas em sofrimento mental, e por uma sociedade sem manicômios, o Ministério da Saúde lança a Portaria nº 3.588/2017, que dispõe sobre alterações na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O debate vem ocupando os espaços sociais e políticos e não nos permite indiferença, sobretudo porque diz respeito à cidadania e à liberdade do cuidado para as pessoas em sofrimento mental e usuários (as) de álcool e outras drogas.

---

## PARA QUE NÃO SE ESQUEÇA, PARA QUE NUNCA MAIS ACONTEÇA

Num passado nem tão distante, 40 anos atrás, o Brasil possuía cerca de 90 mil leitos psiquiátricos (20% dos leitos do sistema público de saúde), e sua grande maioria em hospitais privados conveniados, gerando o segundo maior gasto com internações, cuja média de permanência era de 100 dias. A assistência prestada por estes hospitais se revelava pelo número elevado de mortes, pela cronificação e abandono e pelo lucro exorbitante dos proprietários dos mesmos, o que se convencionou chamar como “a indústria da loucura”. Com o processo de redemocratização do país, a convocação da Constituinte de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o surgimento das entidades da luta antimanicomial, essa situação começa a mudar e inicia-se a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

4

Como instrumento de denúncias e testemunho da época, destacam-se a série de reportagens “Nos Porões da Loucura”, de Hiram Firmino (Prêmio Esso de Jornalismo de 1980), o filme de 1979, “Em Nome da Razão”, de Helvécio Ratton, o livro do Conselho Federal de Psicologia (CFP), “A Instituição Sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil, de 2001, e mais recentemente, o livro Holocausto Brasileiro, de Daniela Arbex.

## POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS

A partir da década de 1990, a substituição dos hospitais psiquiátricos, lócus de violência, reclusão, segregação e desassistência, foi sendo feita progressivamente, com a constituição de uma rede de cuidado ampla, territorializada, comunitária, diversificada, em condições de atender aos usuários da saúde mental em seus diferentes momentos e necessidades. Em 2011, é publicada a Portaria nº 3.088, de 26 de dezembro, do Ministério da Saúde, instituindo a RAPS.

Todas as quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992, 2001 e 2010) denunciaram as instituições manicomiais e reafirmaram a Reforma Psiquiátrica. Coerente com a política, mais de 60.000 leitos psiquiátricos foram desativados e cerca de 2.500 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades foram abertos, assim como 489 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), em torno de 1.300 leitos psiquiátricos em hospital geral, e outros serviços que compõem a RAPS.

Transcorridos esses anos, desde o início de sua constituição, e apesar da necessidade ainda de estender a cobertura dos serviços substitutivos, de qualifica-los e financiá-los adequadamente, é inegável que a Reforma Psiquiátrica brasileira é uma das mais respeitadas, singulares e ousadas

políticas públicas de nosso país, ao propor a ruptura com o pensamento e a instituição tida como insubstituível e oferecer um novo lugar para as pessoas em sofrimento mental e em uso abusivo de drogas para habitar e viver em sociedade.

---

## **O MOMENTO ATUAL: RETROCESSOS NA DEMOCRACIA E NA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

6

Estamos vivendo certamente o momento mais difícil do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da luta pela utopia de uma sociedade sem manicômios. E é evidente que este retrocesso medonho não ocorre dissociado do contexto político no qual atravessa o nosso país.

Este documento tem como objetivo esclarecer e orientar gestores (as), trabalhadores (as), usuários (as) e familiares da saúde mental, acerca dos impactos nefastos das mudanças propostas pelo atual Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.588, que apresenta alterações significativas na RAPS, direcionando a Política de Saúde Mental no sentido de um enfraquecimento dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e da rede de base territorial, fomentando a implantação de dispositivos de

lógica manicomial e restritivos de autonomia e liberdade. Desse modo, a tentativa de incluir dispositivos com uma lógica oposta à lógica da RAPS, produz mudanças na forma de articulação e de trabalho da mesma, especialmente no que diz respeito à implantação de serviços cujas características não respeitam a legislação que fundamenta a Reforma Psiquiátrica no Brasil, a lógica do cuidado em rede, a regionalização que contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, e a participação popular.

Para tanto, apresentamos abaixo alguns pontos importantes acerca da Portaria supracitada:

7

## **SOBRE A FORMA ANTIDEMOCRÁTICA DE SUA ELABORAÇÃO:**

1- A “nova política” apresentada pela Portaria 3.588 foi construída exclusivamente com um determinado segmento da corporação médica, ignorando as demais categorias profissionais e suas entidades representativas. Tal posição retroage no tempo onde a primazia de um único discurso, o médico, determinava, através de um saber autoritário e arbitrário, o confinamento de pessoas e a retirada de seus direitos de cidadania.

2- Da mesma forma, a referida Portaria não envolveu, em

sua elaboração, os diretamente interessados, ou seja, os (as) próprios (as) usuários (as) e suas entidades organizadas. Tal atitude enuncia a que veio: tirar do centro da política o (a) usuário (a) e suas necessidades, optando pela velha e mortífera concepção que marginaliza e silencia.

3-As diversas instâncias da saúde mental e do Controle Social foram ignoradas na elaboração da “nova política”. Apesar da aprovação da Portaria pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), esta ocorreu sem consulta ou debate com a sociedade civil e com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), que decidiu por uma Recomendação solicitando a sua revogação. O Conselho Nacional de Direitos Humanos também aprovou uma Recomendação com o mesmo teor, ambas de 31 de janeiro de 2018. Portanto, a origem desta Portaria rompe com um dos traços constitutivos da Reforma Psiquiátrica, que é o necessário diálogo com a sociedade.

8

## **SOBRE AS NEFASTAS MUDANÇAS NA COMPOSIÇÃO DA RAPS**

Na contramão do que é preconizado nas legislações vigentes de saúde mental, em especial na Lei nº 10.216/2001, Portaria nº 3.088/2011, na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, nas quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, e violando os direitos das

pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde incluiu na RAPS dispositivos que se constituem a partir da lógica manicomial e que há muitos anos vinham sendo desconstruídos e substituídos por uma rede potente, com capacidade de garantir cuidado integral e de qualidade, respeitando a cidadania e liberdade.

Estes velhos e ultrapassados serviços travestidos de novos são as Unidades Ambulatoriais Especializadas e o Hospital-dia, dispositivos que notadamente desvirtuam o caráter de rede articulada e viva, pautada na multiplicidade de saberes, no direito de todos ao acesso às ações e serviços de saúde e na autonomia do usuário. Além disso, o hospital psiquiátrico, dispositivo central a ser substituído e superado pela Reforma Psiquiátrica, passa a integrar a RAPS, em uma ação despropositada, incoerente e retrógrada. Importante salientar que anteriormente, na Portaria nº 3.088/2011 que instituí a RAPS, os hospitais psiquiátricos existentes eram considerados, porém não como um ponto da RAPS e sim como serviços em desconstrução e alvo de ações para sua superação.

## CRIAÇÃO DO DISPOSITIVO CAPS AD IV: UM BUNKER SANITÁRIO

10

O CAPS ad IV é apresentado na Portaria nº 3.588 com objetivos já previstos para o CAPS ad III na Portaria nº 3.088/2011, a saber: proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao uso de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. No entanto, enquanto a composição da equipe e a lógica de funcionamento do CAPS ad III se pauta na multidisciplinaridade e na diversificação das ações de cuidado em saúde, o CAPS ad IV é proposto com uma lógica médico-centrada, direcionando a assistência para atendimentos padronizados por categoria profissional, desconsiderando a lógica do acolhimento e da construção conjunta de projeto terapêutico singular, ainda que tais termos sejam utilizados ao longo do texto da Portaria. Além disso, apesar do aumento significativo de custeio em relação aos demais CAPS, trata-se de um serviço caro e com a exigência de investimento em uma quantidade desnecessária de profissionais médicos, em detrimento da composição de uma equipe multidisciplinar com capacidade de respostas mais inventivas, de qualidade e evitando a fragmentação do cuidado.

A criação de tal serviço em cenas de uso também se mostra como iniciativa inadequada, pois desconsidera a importância da abordagem itinerante e local, que respeita as especificidades das pessoas em situação de rua, amplia e consegue garantir acesso de grande parte desta população aos serviços de saúde. Esta abordagem respeitosa da equipe multiprofissional do Consultório de/na Rua dirige-se às pessoas que não chegam espontaneamente aos serviços, oferta atenção integral à saúde e consegue realizar ações compartilhadas e integradas entre setores, que contemplam e cuidam de diversas questões que vão para além do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Os Consultórios de/na Rua, asseguram, de maneira articulada com a rede, porém autônoma em suas ações, o modo mais adequado de se acessar as particularidades da população em questão, considerando a fluidez e diversidade das situações de uso de drogas na rua.

11

## **ALTERAÇÃO NOS PARÂMETROS DE IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA: UM EMPUXO À INTERNAÇÃO**

O Serviço Hospitalar de Referência aparece nessa Portaria com o sugestivo nome de Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral, já indicando a estratégia de transformar o que é leito de referência em hospital geral,

que deve funcionar em estreita ligação e intermediado pelo CAPS, em verdadeiras enfermarias psiquiátricas, retomando a lógica manicomial de se reunir pessoas em um ambiente hospitalar para tratamento, sem respeito à vinculação territorial e desconsiderando as possibilidades de articulações em rede. Ainda nesse sentido, o número mínimo de leitos considerado para habilitação passa de 4 para 8, não podendo corresponder a mais do que 20% da capacidade total do hospital geral, porcentagem que antes era de 15%. Os dois critérios elencados, utilizados para habilitação dos leitos, têm impacto desastroso na RAPS, tendo em vista as especificidades que tangem ao quantitativo populacional dos municípios brasileiros, os quais 70% possuem menos de 20.000 habitantes e o pequeno porte da maioria dos hospitais gerais no país, impossibilitando a habilitação em parte significativa dos mesmos, já que o mínimo de 8 leitos é um excesso para atender a uma real demanda psiquiátrica de municípios de tal porte. Além disso, torna-se uma exigência para o recebimento de recurso de custeio, a ocupação mínima de 80%, invertendo a proposta original de leito de retaguarda, que deve estar à disposição para ser utilizado apenas em casos extremos, com indicações precisas e em situações pontuais prescritas pelo CAPS. Tudo isso determina um grave e desastroso empuxo à internação como primeira opção de conduta, incoerente com a Lei nº 10.216/2001.

Vale atentar que o termo “especializado” não surge sem propósito: independente do número de leitos, passa-se a exigir a presença de médico psiquiatra.

## **ALTERAÇÃO NA PROPOSTA DE CRIAÇÃO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: AMPLIA-SE O CONCEITO, RESTRINGE-SE A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

A conceituação de Serviço Residencial Terapêutico (SRT) na Portaria em questão é deturpada, abrindo a possibilidade de abrigamento de qualquer pessoa com transtorno mental que tenha necessidades de cuidado, desvinculando o SRT, que acolhe pessoas com histórico de longa permanência de internação, egressas de hospitais psiquiátricos e de custódia, da lógica de desinstitucionalização.

O desprezo pela desinstitucionalização e pelos efeitos nefastos de uma internação psiquiátrica evidenciam-se ainda mais, quando na própria Tabela de Procedimentos do SUS, passa-se a considerar permanência em hospital psiquiátrico em até 90 dias como um tratamento em psiquiatria de curta duração. E se não bastasse, a Portaria nº 2.434/2018, reajusta em 60% justamente as AIH's de pacientes internados há mais de 90 dias!

Originalmente, o SRT surge como um suporte fundamental para superação do modelo centrado no hospital psiquiátrico e da necessidade de assegurar às pessoas lá abandonadas sua plena reinserção social.

## **EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL/UNIDADES AMBULATORIAIS ESPECIALIZADAS: UM MODELO ULTRAPASSADO E IATROGÊNICO**

14

A criação de ambulatórios especializados em saúde mental é a retomada de um modelo antigo e que se mostrou sem qualquer resolutividade, com sérios efeitos de iatrogenia: modo de marcação de consultas absolutamente arcaico, pelo critério único de ordem de chegada, sem qualquer consideração pela especificidade da demanda de cada usuário (a), pela maior ou menor premência de atendimento em cada caso; filas intermináveis no serviço e listas de espera com nomes de centenas de usuários(as) que aguardavam consultas que nunca ocorriam; apesar da presença de profissionais diversos, não existia qualquer trabalho em equipe, nenhuma preocupação com o estabelecimento de vínculo entre o usuário e o profissional que o atendia, e o discurso médico se impunha; consultas padrão, de poucos minutos, com retornos em longo prazo,

edicalização em massa em especial de antidepressivos e ansiolíticos; os profissionais abrigavam-se nos consultórios, sempre com suas agendas cheias, sem poder nunca admitir novos casos; e mesmo os casos antes atendidos, quando se agravavam, não encontravam ali qualquer acolhimento.

A proposta de tais ambulatórios e das equipes multiprofissionais de atenção especializada é um incentivo a inversão do modelo, tendo em vista, por exemplo, o valor de custeio da equipe tipo III, que é bastante próximo ao valor de custeio de um CAPS I, induzindo à interpretação de que se trata de um serviço mais simples e objetivo, quando na verdade é uma falácia que tem como efeito a ruptura do trabalho em rede, do cuidado integral em saúde, do matriciamento e da construção de casos em equipe, em especial com o Saúde da Família, em detrimento da complexidade e robustez do trabalho realizado nos Centros de Atenção Psicossocial.

## **O RETORNO DO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO: A TRISTE REALIDADE**

Em consonância com a desconstrução da RAPS arquitetada na Portaria nº 3.588, o Ministério da Saúde anuncia aí o significativo aumento no valor de procedimento realizado pelos hospitais psiquiátricos além de interromper o fechamento dos leitos quando da alta de usuários

cronicados. Salientam-se ainda os critérios para internação em hospital psiquiátrico apresentados no site oficial do Ministério da Saúde, que remetem aos tempos sombrios do passado e localizam precisamente o caráter moralista e higienista das mudanças propostas: “apresentam indicação para tratamento nesses serviços, pacientes com as seguintes características: (...) risco de prejuízo moral ou patrimonial; risco de agressão à ordem pública”.

Não bastasse a Portaria nº 3.588/2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.434/2018, reajustando em até 60% o valor das AIH's de pacientes internados por mais de 90 dias ou que são reinternados em intervalo menor de 30 dias, evidente estímulo às longas internações e, consequentemente, a inviabilidade de reinserção sócio-familiar.

Ou seja, os pontos acima aliados à inclusão dos hospitais psiquiátricos na RAPS e às alterações feitas nos parâmetros de implantação e funcionamento do Serviço Hospitalar de Referência são evidentes incentivos a internações como recurso principal de tratamento, desmontando completamente a ideia de substituição dos manicômios.

## POLÍTICA DE DROGAS: A REEDIÇÃO DO MANICÔMIO E SEUS CORRELATOS

Apesar de não constar na Portaria nº 3.588, uma proposta de política de drogas também foi apresentada pelo atual governo, que diminui o investimento dos CAPS, desconhece a política de redução de danos, contraria as bases de direitos humanos, favorece o encarceramento sob o nome de “cuidado” e privilegia comunidades terapêuticas. Em 25 de abril último, o governo federal anunciou edital para 7 mil leitos em comunidades terapêuticas, no valor de R\$ 87 milhões, numa iniciativa interministerial que envolve os ministérios da Justiça, da Saúde, do Trabalho e do Desenvolvimento Social. Por outro lado, desde 2011, não há qualquer aumento de repasse para os CAPS.

Inúmeras vistorias em comunidades terapêuticas realizadas no Brasil, seja pelo Ministério Público Federal, conselhos de classe e movimentos sociais, assim como denúncias publicizadas em diversos órgãos da mídia, apontaram violações sistemáticas de direitos humanos, em maior ou menor grau, desde punições físicas, psicológicas, constrangimentos e maus-tratos, violações do direito à liberdade, privacidade e à livre circulação, sequestros, exploração de mão de obra e trabalho compulsório, similar a trabalho escravo, falta de segurança no trabalho e precarização dos vínculos trabalhistas, precarização das

condições sanitárias, de infraestrutura e de alimentação, entre outros.

Como o Governo Federal ignora tal situação e ainda aumenta o investimento de recursos financeiros e garante a expansão das comunidades terapêuticas? Submeter os cidadãos e cidadãs a um modo de proteção que anula direitos é legitimar a violência como resposta institucional, portanto, não é uma ação cidadã: é violência e tortura admitidas como recurso de tratamento.

O tratamento dos usuários de álcool e outras drogas deve seguir os princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos, sendo também este o caminho a ser trilhado pelo financiamento: a ampliação da rede substitutiva. Este deve ser o endereço dos recursos públicos.

18

---

## **SUS E REFORMA PSIQUIÁTRICA ANTIMANICOMIAL: UMA PRECIOSA PARCERIA**

Ao direito à liberdade, associa-se o direito à vida e à saúde. E aqui, a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial faz um laço decidido e decisivo com outro projeto igualmente revolucionário: o SUS. Ambos travam lutas cotidianas na defesa do direito à vida digna e se confrontam com mesquinhos interesses. Ambos propõem a construção de

cidades nas quais a saúde é mais que a ausência de doença e consideram que todos os indivíduos são iguais em direitos. Daí, serem políticas que, quando sustentadas em sua radicalidade, tantos ataques, tanta inquietação e insatisfação produzem, em especial nos dias tenebrosos de hoje.

---

## **FAZ ESCURO, MAS EU CANTO: A RESISTÊNCIA NECESSÁRIA**

A Portaria nº 3.588 e seus desdobramentos é o retrato fidedigno dos interesses que se rendem ao enfadonho monólogo da razão, ao discurso corporativo, ao saber biomédico e de controle, à lógica privatista e ao lucro a qualquer preço, ao pragmatismo eleitoreiro.

Inúmeras manifestações de repúdio acerca das alterações feitas na Política Nacional de Saúde Mental foram veiculadas, destacando-se a Nota Pública da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e as Recomendações do Conselho Nacional de Saúde nº 001 e do Conselho Nacional dos Direitos Humanos nº 003, ambas de 31 de janeiro de 2018, solicitando a revogação da Portaria nº 3.588.

O recuo em relação aos princípios que orientam a Política de Saúde Mental não será aceito pelos que efetivamente a sustentam. Nada pode se sobrepor a uma política tão arduamente construída e patrimônio desse país.

***Saúde não se vende, gente não se prende!***

SETEMBRO DE 2018

Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

## Informe-se!

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. A instituição sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União 2011; dez 26 disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Brasília, 1987. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988 Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm\\_relat\\_final.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf)

RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf\\_mental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf)

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf)

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_final\\_ivcnsmi\\_cns.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_final_ivcnsmi_cns.pdf)

RECOMENDAÇÃO CNS Nº 001, DE 31 DE JANEIRO DE 2018.  
Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2018/Reco001.pdf>

RECOMENDAÇÃO CNDH Nº 03, DE 31 DE JANEIRO DE 2018 Disponível em: <http://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/old/cndh/recomendacoes-1/Recomendao3revogaoresoluoeportariadoMS.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União. 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)

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (2007). Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: decreto legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. -- 4. ed., rev. e atual. – Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/convancaopessoascomdeficiencia.pdf>

PORTARIA PFDC/MPF Nº 5 /2018/PFDC/MPF, DE 01 DE MARÇO DE 2018 Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/pfdc/sobre/legislacao/portarias/2018/5-2018>

Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 – Brasília DF: CFP, 2018 Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>



