

# Reflexões sobre as políticas de saúde mental no Brasil a partir de marcos históricos e legislativos

Reflections about mental health policies in Brazil from of historical and legislative landmarks

Reflexiones sobre las políticas de salud mental en Brasil basado en hitos históricos y legislativos

Recebido: 16/12/2023 | Revisado: 09/01/2024 | Aceitado: 13/01/2024 | Publicado: 17/01/2024

**Kelly Graziani Giaccheri Vedana<sup>1</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7363-2429>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: [kellygiaccheri@eerp.usp.br](mailto:kellygiaccheri@eerp.usp.br)

**Jacqueline de Souza<sup>2</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6094-6012>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: [jacsouza2003@usp.br](mailto:jacsouza2003@usp.br)

**Jeferson Rodrigues<sup>3</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8612-9088>

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

E-mail: [jeferson.rodrigues@ufsc.br](mailto:jeferson.rodrigues@ufsc.br)

**Ian Jacques de Souza<sup>4</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1106-2808>

Ministério da Saúde, Brasil

E-mail: [ian.souza@saude.gov.br](mailto:ian.souza@saude.gov.br)

## Resumo

**Objetivo:** apresentar reflexões sobre as políticas de saúde mental brasileira a partir dos principais marcos históricos e legislativos relacionados a essas políticas a partir de uma linha temporal. **Método:** Trata-se de uma análise de implantação sobre as políticas de saúde mental brasileira a partir de marcos históricos e legislativos que representam a organização administrativa relacionada. O estudo foi fundamentado em normas jurídicas, regimentos, portarias e resoluções da legislação brasileira, produções científicas e informações jornalísticas. **Resultados:** Foi apresentada uma linha do tempo das principais legislações de saúde mental no Brasil, na qual foram discriminados os principais eventos e personagens que contribuíram para o desenvolvimento de tais políticas, bem como a discussão sobre avanços e desafios relacionados às políticas em saúde mental. **Conclusões:** Este material poderá contribuir para a formação de profissionais e para instigar reflexões, discussões e ações que promovam a participação social na formulação de políticas públicas em defesa do direito à saúde mental, da cidadania e da dignidade humana.

**Palavras-chave:** Política; Saúde mental; Brasil.

## Abstract

**Aim:** to present reflections about Brazilian mental health policies considering a timeline with the main historical and legislative landmarks related to these policies. **Method:** This is a critical reflection toward Brazilian mental health policies based on historical and legislative landmarks that represent the administrative organization. Such reflection was based in legal norms, regulations, ordinances and resolutions of Brazilian legislation, scientific productions and information reported by the journalistic media. **Results:** A timeline of the main mental health legislation in Brazil was presented, in which the main events and characters that contributed to the development of such policies were presented, as well as the discussion on advances and challenges related to mental health policies. **Conclusions:** This material can contribute to the training of professionals and to instigate reflections, discussions and actions that promote social participation in the formulation of public policies in defense of the right to mental health, citizenship and human dignity.

**Keywords:** Politics; Mental health; Brazil.

## Resumen

**Objetivo:** presentar reflexiones sobre las políticas brasileñas de salud mental a partir de los principales hitos históricos y legislativos relacionados con estas políticas. **Método:** Se trata de una reflexión crítica sobre las políticas brasileñas de salud mental basada en eventos históricos y legislativos que representan la organización administrativa. Dicha reflexión se basó en normas legales, reglamentos, ordenanzas y resoluciones de la legislación brasileña, producciones científicas

---

<sup>1</sup> Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup> Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil

<sup>3</sup> Professor Associado II do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

<sup>4</sup> Ministério da Saúde, Brasil

e informação reportada por los medios periodísticos. Resultados: Se presentó un cronograma de las principales legislaciones de salud mental en Brasil, en el que se presentaron los principales eventos y personajes que contribuyeron al desarrollo de dichas políticas, así como la discusión sobre avances y desafíos relacionados con las políticas de salud mental. Conclusiones: Este material puede contribuir a la formación de profesionales e instigar reflexiones, discusiones y acciones que promuevan la participación social en la formulación de políticas públicas en defensa del derecho a la salud mental, la ciudadanía y la dignidad humana.

**Palabras clave:** Política; Salud mental; Brasil.

## 1. Introdução

A necessidade da construção de novos e contínuos estudos sobre a contemporaneidade da Reforma Sanitária e Psiquiátrica nos remete a sua construção histórica, inscrita, por sua vez, na própria história do país, sendo marcada, portanto, por suas contradições sociais. Assim, propõe-se, neste estudo, rever e analisar o processo de localização – tempo e espaço – do universo das políticas de saúde mental no Brasil.

A linha temporal da história e da legislação do Brasil, conforme a Câmara Federal (Câmara dos Deputados, 2021), é desenhada considerando os seguintes períodos: Colônia (1500-1815); Reino Unido de Portugal e Algarves (1815-1822); Império do Brasil - Primeiro Período - D. Pedro I (09.01.1822 - 07.04.1831); Império do Brasil - Segundo Período - Regências (07.04.1831- 23.07.1840); Império do Brasil - Terceiro Período - D. Pedro II (23.07.1840 - 15.11.1889); 1ª República (15.11.1889 - 16.07.1934); 2ª República (16.07.1934 - 10.11.1937); 3ª República (10.11.1937 - 18.09.1946); 4ª República (18.09.1946 - 15.03.1967); 5ª República (15.03.1967 - 05.10.1988); 6ª República (05.10.1988).

Esses períodos são demarcados por acontecimentos específicos que situam um dado contexto político, de modo que remontam diálogos e negociações entre a participação social, os regimes políticos, o contexto de Estado de Direito e o ordenamento jurídico-político (Bobbio, 2001). No campo da saúde mental, a análise desses aspectos históricos nos possibilita aqui uma leitura processual e conjuntural das mudanças que se apresentaram, bem como traz à luz um conjunto de elementos que delineiam o cenário e os fatores que incidem nas políticas de saúde mental ao longo dos anos.

Segundo Musse (2008), “Políticas Públicas em Saúde Mental são políticas públicas de Estado” (p. 68), uma vez que são um conjunto de decisões, ações e estratégias planejadas e implementadas pelo governo para abordar questões ou desafios específicos que afetam a sociedade como um todo. No caso da Política de Saúde Mental, esta objetiva a promoção e a proteção dos direitos fundamentais das pessoas em sofrimento psicossocial, além disso, por sua complexidade, envolve correlação de forças e contradições em sua formulação. Logo, é considerada essencial para as questões relacionadas à participação social e à intersetorialidade, considerando as três esferas do poder público.

É, portanto, no papel do Estado que se acomoda o *locus* principal da luta pela política pública de saúde mental, na qual participam os atores da sociedade civil. No entanto, é a partir dele que as transformações influenciadoras dessa Política ganham forma e conexão aos modos organizativos e às mudanças históricas, com influências dos diferentes grupos de interesses envolvidos, conjunturas sociais, econômicas, financeiras, ideológicas, político-partidárias e estruturais. Tal processo corresponde, conseqüentemente, a um cenário de disputas pela hegemonia de poder entre Sociedade, Estado, lógica e cultura de Mercado, refletindo-se, também, no campo científico e técnico. Ressalta-se que, embora o Estado tenha função essencial na formulação e execução das políticas públicas, ele também é o *locus* e arena de luta e disputas de interesses dos mais variados e que os embates se dão também por eventos e coletivos organizados.

Assim, a cada período histórico determinado, há marcos da organização administrativo-legal quanto às políticas de saúde mental. Uma política de Estado deve preconizar normas e legislações que representem o direito de cidadania e serviços de qualidade no campo da saúde mental (Vasconcelos, 2014; Vasconcelos, 2016). Uma política estatal deve estar pautada pela construção de acordos possíveis e pela capacidade de preservar a transição de mandatos para que a população tenha acesso aos recursos necessários ao seu desenvolvimento e exercício de cidadania. Vários critérios têm sido pontuados para a leitura da

política de saúde mental ao longo dos períodos, a saber, a análise de conjuntura (Vasconcelos, 2016), o recorte das produções científicas que representem a identidade com a reflexão e a crítica (Costa, 1980; Macedo, 1981) e o estabelecimento da política como categoria de análise (Amarante, 2015) ou como organização administrativa-legislativa (Costa & Lotta, 2019; Borges & Baptista, 2008).

Embora a escolha de um desses critérios interfira na análise histórica, podemos afirmar que a legislação no campo da saúde mental é transversal às políticas sociais. No campo legislativo, destaca-se o trabalho de Charam (1986), que sistematizou as legislações de saúde mental no Brasil no período de 1830 a 1980, bem como o estudo de Silva (2014), que analisou as legislações de saúde mental de 1841 a 2001, e os documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, do período de 1990 a 2004 (Brasil, 2004), que contribuíram sobremaneira para a tradução de uma linha temporal das legislações.

Este artigo tem como objetivo apresentar reflexões sobre as políticas de saúde mental brasileira a partir dos principais marcos históricos e legislativos relacionados a essas políticas a partir de uma linha temporal.

## 2. Metodologia

Trata-se de uma Pesquisa Avaliativa do tipo de análise de implantação, que propõe uma reflexão crítica sobre a implementação das políticas de saúde mental, as quais reúnem marcos históricos e normativos no caso do desenvolvimento do Estado brasileiro. Portanto, direciona-se a compreender influências contextuais nos efeitos da política de saúde na intervenção em si, suas interdependências, sinergias e antagonismos (Hartz, 1997). O estudo parte de documentos legislativos e de regulações que representam a organização administrativa relacionada ao campo da saúde mental, e se fundamenta em documentos jurídicos, regimentos, portarias e resoluções brasileiras, além de produções científicas e de informações noticiadas pela mídia jornalística.

A organização argumentativa foi desenvolvida a partir de uma linha do tempo das principais legislações de Saúde Mental no Brasil, por meio da qual foram discriminados os principais eventos e personagens que contribuíram para o desenvolvimento de tais políticas. O trabalho não tem a pretensão de esgotar o assunto, mas de instigar reflexões, discussões e ações que promovam a participação social na formulação de políticas públicas em defesa do direito à saúde mental, da cidadania e da dignidade humana.

## 3. Resultados e Discussão

Nosso ponto de partida se expressa pela independência do Brasil, sendo um marco histórico e político na transição da do Brasil-Colônia para o Estado Nacional. O dia 7 de setembro de 1822 é mais um marco que reflete todas as complexidades e contradições de classes e interesses envolvidos naquele momento, entre a escravidão e o regime monárquico. Costa (1980) e Macedo (1981) discorrem acerca da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, instituída no ano de 1829, a qual, a partir de 1830, por reivindicações de um grupo dessa instituição, contribuiu para a construção de um hospício para alienados.

Em 05 de dezembro de 1852, foi inaugurado o hospício D. Pedro II, o primeiro hospital psiquiátrico no Brasil. Discutia-se em paralelo o que era considerado normal e patológico do ponto de vista cultural e “científico” no contexto brasileiro, assim, instaurou-se o estatuto de doença mental. Para Macedo (1981) “o hospício surge no Brasil como uma decisão vertical, sancionada pela instância política máxima de um Estado Absolutista, o qual harmoniza seus interesses com os de alguns setores da sociedade civil” (p. 33). Observa-se, segundo Macedo (1981), uma “adaptação do modelo de gestão asilar da loucura, prescrito como solução para essa questão numa sociedade capitalista e autônoma, ao ritmo de uma sociedade dependente que se conforma às exigências de uma ordem social consoante ao modelo político-econômico imperial-escravagista” (p. 33), ou seja, tratava-se de uma articulação entre o modelo psiquiátrico francês e o movimento republicano brasileiro. O modelo em voga, no período do império, era realizado pela congregação religiosa, e a medicina tinha uma função secundária. Para Vasconcelos (2023), a congregação religiosa promovia “o tratamento dos loucos em uma lógica caritativa, e esse modelo chegou ao Brasil com as

Santas Casas de Misericórdia, gerando, depois, o primeiro hospício brasileiro, em 1852, no Rio de Janeiro, o Hospício Pedro II, onde hoje está situado o *Campus da Praia Vermelha da UFRJ*” (p. 67).

Em 1890, o hospício Pedro II passou a ser administrado pelo Estado e passa a chamar-se Hospício dos Alienados, criou-se a Assistência Médico-Legal a Alienados como órgão público ligado ao Ministério da Justiça, as irmãs de caridade foram substituídas por enfermeiras, Teixeira Brandão tornou-se diretor do Pedro II e surgiram as primeiras colônias de alienados no Brasil (Macedo, 1981), ou seja, somente na República, os médicos assumem a gestão da assistência devido à aquisição tardia do estatuto científico ao campo de estudo da Psiquiatria.

Em 22 de dezembro de 1903, foi assinado o Decreto-Lei n.º 1.132 que reorganizou a assistência médico-legal aos alienados, considerado a primeira legislação de “saúde mental” no Brasil, e Juliano Moreira foi instituído para esse cargo de diretor da Assistência Médico-Legal aos Alienados. Em 1923, foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) liderada por Gustavo Riedel, o qual organizou o primeiro projeto de gestão social da loucura no Brasil, pautado na colônia de alienados, defendendo, já antes da LBHM, o ambulatório como instância para o acompanhamento dos egressos e para a profilaxia das doenças mentais (Costa, 1980; Macedo, 1981; Charam, 1986).

Em 3 de julho de 1934, foi promulgado o Decreto n.º 24.559, sendo considerado a segunda lei de “saúde mental” brasileira, que regulamenta serviços de saúde mental e modalidades de internação e interdição civil (Costa, 2019; Charam, 1986; Santos, 1994).

Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) vinculado ao Ministério da Educação e Saúde, órgão responsável pela condução da Política de Saúde Mental no país, tendo Aduino Botelho como diretor, o qual difundiu o hospital colônia como modelo de gestão, o que se destaca, dado que esse modelo já estava hegemônico no início da República. No período pós II Guerra Mundial, as comunidades terapêuticas de Maxwell Jones foram criadas no Reino Unido e nos Estados Unidos, como dispositivos de recuperação de soldados traumatizados pela guerra, e, como modelo, enfatizou-se a terapêutica pela democratização da vida hospitalar pelo trabalho e pelo ambiente saudável. Contudo, conforme Vasconcelos (2018), essas experiências no Brasil foram pontuais e só aconteceram a partir da década de 1960. A política da SNDM seguia o estímulo à criação de hospitais colônia e à criação de alguns ambulatórios de saúde mental (Macedo, 1981).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, e o SNDM foi vinculado a ele (Vasconcelos, 2018). Ainda que, nas décadas de 1940, 1950 e 1960, se percebe a predominância do modelo de gestão política do asilo psiquiátrico, no final da década de 1950, Lopes Rodrigues foi um protagonista de ações transformadoras para a SNDM, pois propusera a rede de ambulatórios, hospitais-dia, unidades psiquiátricas em hospital geral, centro de recuperação e serviço social ativo, com a premissa de reduzir tempo de (Macedo, 1981). De todo modo, o conjunto de ações não foi implementado, a não ser os ambulatórios a partir da década de 1970.

O ano de 1960 é tido como o ano mundial da saúde mental, no qual repercutiram, nos países centrais, questionamentos ao modelo de instituições psiquiátricas, em que começaram a ser discutidas a comunidade terapêutica e a psiquiatria comunitária estadunidense, porém, com o início do período da ditadura, em 1964, o modelo asilar se manteve hegemônico conforme refere Macedo (1981).

Em 1970, foi criada a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) sob a Portaria n.º 282 de 22/09/70, constituindo-se como novo órgão estatal responsável pela política de saúde mental e que efetivou a Campanha Nacional de Saúde Mental, propondo planos de implantação do subsistema de saúde mental com metas a serem atingidas entre 1974 e 1979 (Vasconcelos, 2018).

Em 1978, passou a ser constituído o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que organizou e difundiu o processo de Reforma Psiquiátrica junto à Reforma Sanitária (Amarante, 2015).

As diretrizes da saúde mental para a década de 1980 se direcionaram a controlar a entrada para as internações nos asilos, buscando a humanização da vida dentro deles; ampliar equipes de saúde mental na rede de atenção básica, como ambulatórios; e promover a internação em hospital geral e especializado em menor tempo, com a tendência de substituir um modelo custodial para um mais abrangente com revisão de normas e regulamentos. No entanto, cumpre destacar que tais diretrizes não tiveram efeito (Brasil, 2004). Conforme Vasconcelos (2008), entre 1978 e 1992, são demarcados três grandes períodos: O primeiro, 1978-1982, tido como a redemocratização, mobilização na sociedade civil contra o asilamento genocida e a mercantilização da loucura entre outros; o segundo, 1982-1987, marcado pela expansão do Modelo Sanitarista, montagem de equipes multiprofissionais ambulatoriais de saúde mental entre outros; e o terceiro, 1987-1992, com destaque para o fechamento temporário do espaço político de mudanças a partir do Estado, emergência da luta antimanicomial e transição para o modelo da desinstitucionalização, entre outros.

Como desdobramentos da gestão da política de saúde nesses períodos, houve um aumento significativo do número de internações. Em 1960, eram 50.000 e, em 1984, 312.924, o que demonstrou um processo de psiquiatrização do espaço social, tendo também efeitos na previdência, no que concerne ao número de pedidos de aposentadoria por invalidez após internações psiquiátricas (Santos, 1994). Com isso, em 1985, a DINSAM formula uma nova política nacional com a nova república para suplantiar o modelo hospitalar pelo atendimento ambulatorial e valorizar os recursos financeiros para serviços públicos (Vasconcelos, 2023).

Em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde; em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e a adoção do lema “Por uma sociedade sem manicômios” pelo movimento antimanicomial no encontro de Bauru, promovido no mesmo ano. Em 1988, a Constituição Federativa do Brasil foi instituída; em 1989, foi apresentado, no congresso, o Projeto de Lei nº. 3.657/89, que visava à extinção e substituição progressiva dos manicômios e à regulamentação da internação psiquiátrica compulsória; já em 1990, instituiu-se o Sistema Único de Saúde pela Lei nº. 8.080/90 e Lei nº. 8.142/90 – Lei do “Controle Social” e do Financiamento. Em 1990, foi proclamada a Declaração de Caracas, na qual foi divulgado o documento orientador para uma nova política para os serviços de Saúde Mental na América Latina pela reestruturação da atenção psiquiátrica. Porém, para Santos (1994), foi somente a partir de 1987 que houve um incremento na política de desospitalização no Brasil com serviços extra-hospitalares.

Borges e Baptista (2008), ao traçarem uma trajetória de construção da política nacional de saúde mental no período de 1990 a 2004, sinalizam que, no ano de 1990, a DINSAM foi extinta, dando sequência, em 1991, com a criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental, tendo como primeiro coordenador o médico Domingos Sávio, funcionário de carreira do Ministério da Saúde e militante da reforma psiquiátrica, que organizou o Colegiado dos Coordenadores Estaduais.

Ainda em 1991, foi aprovada a Proteção de Pessoas com Transtornos Mentais e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental pela ONU, que, mais tarde, em 2019, pautou a Resolução nº 8, de 14 de agosto de 2019 sobre medidas preventivas de violação e garantia de direitos às pessoas com transtornos mentais, álcool e outras drogas (Resolução nº 8, 2019). Em dezembro de 1992, realizou-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental e, em 1993, foi criada a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica vinculada ao Conselho Nacional de Saúde, atualmente Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM).

Segundo Amarante (2017), a linha sucessória dos ocupantes dos cargos de Coordenadores(as) Nacionais de Saúde Mental, a partir da década de 1990, foi: Domingos Sávio Nascimento Alves, neurologista, coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde em 1991-1992 (governo Collor); Eliane Maria Fleury Seidl, psicóloga, coordenadora de Saúde Mental do Ministério da Saúde em 1993-1994 (governo Itamar Franco); Domingos Sávio Nascimento Alves, coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde em 1995-1996 (governo Fernando Henrique Cardoso – FHC); Alfredo Schechtman, médico psiquiatra, coordenador de Saúde Mental em 1997-1998 (governo FHC); Ana Maria Fernandes Pitta, psiquiatra, coordenadora de Saúde

Mental entre 1998 e 2000 (governo FHC); Pedro Gabriel Delgado, psiquiatra, coordenador de Saúde Mental entre 2000 e 2010 (governos FHC e Lula); Roberto Tykanori Kinoshita, psiquiatra, coordenador de Saúde Mental de 2011 a 2015 (governo Dilma).

Quando a Coordenação Nacional de Saúde Mental se encontra alinhada aos preceitos da Reforma Psiquiátrica em uma gestão pela desinstitucionalização do modelo assistencial com induções estratégicas para sua implementação, foram desenhadas as primeiras normativas indutoras desta política. A primeira portaria que marca esse período, segundo Borges e Baptista (2008) e Costa e Lotta (2019), foi a 189/91, que dispunha do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) (INAMPS/MS), possibilitando o custeio de ações e serviços alternativos. Ressalta-se aqui que a Portaria n.º 224/1992 foi a primeira normativa que previu a transferência de recursos financeiros diretamente para Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Em 2001, foi aprovada, após 12 anos de tramitação legislativa, a Lei n.º 10.216. Diante disso, o Brasil passou a ter um marco legal que representasse a Política de Saúde Mental Estatal e não mais de governo, e, ainda em 2001, realizou-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental. A partir desse ponto, muitos avanços direcionaram a Política de Saúde Mental, sendo que, para Costa e Lotta (2019), os destaques normativos desse período são: a Portaria n.º 336/2002, que regulamenta e atualiza os CAPS; a Lei Federal n.º 10.708/2003, do Programa de Volta para Casa; a Portaria n.º 251/2002, que estabeleceu diretrizes, normas e reclassificou a assistência hospitalar em psiquiatria; a Portaria n.º 52/2004, do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS; o relatório da IV Conferência Intersetorial de Saúde Mental em 2010; a Portaria n.º 3088/2011, da Rede de Atenção Psicossocial RAPS; e a Portaria n.º 3090/2011.

Já a partir de 2015, observa-se uma ruptura do alinhamento da Política de Saúde Mental norteada pela Reforma Psiquiátrica e orientada pelo modelo de Atenção psicossocial com o objetivo da desinstitucionalização. Corroborando tal assertiva, destaca-se que o seguimento da linha sucessória delineia esse cenário que desafia o avanço da perspectiva política progressista nesse campo: Valencius Wurch Duarte Filho, psiquiatra, foi coordenador de Saúde Mental de dezembro de 2015 a maio de 2016 (governo Dilma); Quirino Cordeiro Júnior, psiquiatra, foi coordenador de Saúde Mental de fevereiro de 2017 a 2019 (governo Temer); Maria Dilma Alves Teodoro, psiquiatra, foi coordenadora de Saúde Mental de fevereiro de 2019 a dezembro de 2020 (governo Bolsonaro); Rafael Bernardon Ribeiro, psiquiatra, foi coordenador de Saúde Mental de fevereiro de 2021 a dezembro de 2022 (governo Bolsonaro). Cabe mencionar que o Decreto n.º 11.098, de 20 de junho de 2022, alterou a estrutura regimental do Ministério da Saúde, fazendo com que o tema da saúde mental, álcool e outras drogas passasse a aparecer como competência da Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

Nesses períodos, houve maior defesa da hegemonia da perspectiva psiquiátrica tradicional e de um modelo de gestão hospitalocêntrico. No ano de 2017, foi aprovada a Resolução 32 que reajustou o valor dos leitos em hospitais psiquiátricos, sendo “considerada um retrocesso na política inclusiva que vinha sendo consolidada pelo Ministério da Saúde” (Costa & Lotta, 2019, p. 10). A Portaria 3588/17 incluiu ambulatório e hospital psiquiátrico na rede descrita pela Portaria n.º 3.088/11. Enquanto a política se desalinhou, no ano de 2017, foi realizado o Encontro dos 30 anos da Carta de Bauru.

Ainda nesse período, houve indução orçamentária para comunidades terapêuticas com viés religioso. Com a Portaria n.º 2434, de 15/08/2018, houve um aumento de 60% nas diárias pagas aos hospitais, dentre outras modificações na mesma direção. Em 27/11/2018, foi lançada, na Câmara dos Deputados, a Frente Parlamentar Mista em Defesa da “Nova Política Nacional de Saúde Mental” e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica com 226 deputados de diversos partidos e quatro senadores, ao passo que, desde 2016, já havia uma Frente em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial a favor da política pautada na dignidade e direitos humanos e no cuidado em liberdade.

Em 2019, foi sancionada a Lei n.º 13.840, alterando a Lei n.º 11.343/06, tratando o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e interrompendo ações sob a perspectiva de redução de danos, o que deu prioridade para a abstinência, estimulando o tratamento por comunidades terapêuticas com abertura para internações compulsórias. É importante destacar ainda

que, com o advento do período pandêmico da Covid-19, o negacionismo científico e a subversão de dados foram práticas durante a pandemia, com impactos também ao campo da saúde mental (Santos, 2022).

Na esteira dos retrocessos, em dezembro de 2020, houve uma ameaça de revogação de portarias e normativas da Política de Saúde Mental, principalmente, ligadas a processos de desinstitucionalização. Esse movimento provocou mobilizações por todo o Brasil, as quais culminaram com vários atos propostos por entidades, como a Associação Brasileira de Saúde Mental, e a criação da Frente Ampliada em Defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, além do posicionamento de outras entidades, compondo um manifesto que reuniu cerca de 71 mil assinaturas contra o desmonte da política de saúde mental. Tais fatores garantiram articulações e resistências e contribuíram para que não existissem revogações (Passos et al., 2021).

Contudo, ainda em 2020, foi publicado o documento intitulado *Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil* (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2020), que traz subsídio para uma revisão ampla da política nacional de saúde mental, a partir de uma crítica à Reforma Psiquiátrica brasileira. Tal perspectiva também pode ser encontrada no documento *Avanços e inovações nas políticas de saúde mental, álcool e de drogas no Brasil - prevenção e cuidados às pessoas com transtornos mentais e dependência química* (Garcia, 2022), o qual apresenta um compilado da perspectiva política de Estado do período.

Como proposta da Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde, foram realizadas, em 2022, uma série de etapas regionais, estaduais e conferências livres para a realização da 5 Conferência Nacional de Saúde Mental, que, após adiamentos, aconteceu de 11 a 14 de dezembro de 2023. A partir da transição de governo, a Ministra da Saúde, Nísia Trindade, por meio do Decreto n.º 11.358/23, criou o Departamento de Saúde Mental e Enfrentamento do Uso Abusivo de Álcool e Outras Drogas, posteriormente alterado pela redação do Decreto n.º 11.391/23, permanecendo apenas Departamento de Saúde Mental e, por último, o decreto n.º 11.789/23 que nominou de Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Para este departamento, foi nomeada a professora e enfermeira Sônia Barros para o cargo de diretora e, dentre outras ações realizadas, o Departamento realizou a revogação da Portaria n.º 3.588/17 e anunciou, durante a 17ª edição da Conferência Nacional de Saúde, a recomposição dos investimentos voltados para CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos.

### **3.1 Desafios da Política de Saúde Mental**

De acordo com Alves et al. (1992), a Política de Saúde Mental é determinada pela conjuntura estrutural, pelas políticas de governos, pelo financiamento, pela oferta de qualidade de serviços que invertam o modelo manicomial. Para Alves et al. (1992), o serviço tem de ser a expressão da política caso queira fazer chegar à população uma política pautada no território das pessoas, com acesso, acolhimento, acompanhamento e avaliação.

Observa-se que os desafios para a consolidação da Política de Saúde Mental, norteada pela Reforma Psiquiátrica e orientada pelo Modelo de Atenção Psicossocial no Brasil atual, se aproximam do que a literatura preconizava na década de 1990 em diante. Tem-se, assim, segundo Alves et al. (1992): mecanismos de financiamento para descentralizar serviços e mudar modelos; documentos indutores que promovam a qualidade da assistência; apoio técnico aos estados e municípios com ações de supervisão clínico-institucional; avaliação da Rede; fortalecimento do controle social em saúde mental; indução de políticas que favoreçam a desinstitucionalização; fortalecimento do intercâmbio com OMS, OPAs e programas de educação de recursos humanos; formulação de políticas pautadas nas conferências; e constante revisão da legislação em saúde mental e indicadores de avaliação do sistema e política de saúde mental.

As principais características da fase da Contra-Reforma podem ser apontadas, como: exacerbação da ambulatorialização do cuidado; a remanicomialização da saúde mental; o incentivo de leitos psiquiátricos em hospitais gerais em formato de mini-hospícios; e a ampliação das vagas financiadas em comunidades terapêuticas (Passos et al., 2021). Além disso, o contexto

apresentou o exercício da democracia em intensidade reduzida, dada a desmobilização de mecanismos de participação e controle social, o que também foi impulsionado pela disputa de narrativa sobre a eficácia do modelo hospitalocêntrico, disseminado pelo alinhamento de representantes de entidades, como a Associação Brasileira de Psiquiatria, Conselho Federal de Medicina e Comunidades Terapêuticas. Segundo Vasconcelos (2014), as comunidades terapêuticas atuais são espaços “mantidos por entidades religiosas e filantrópicas, de abordagem centrada na abstinência total, com internações prolongadas e práticas de tratamento quase exclusivamente religiosas e/ou espirituais” (p. 153). Esses espaços têm causado amplo debate, em especial, devido à maioria promover violações de direitos humanos, assim, sua permanência e manutenção na atual gestão é uma contradição a ser enfrentada amplamente.

A formulação da Política de Saúde Mental deve ser realizada com participação social, com respeito aos conselhos de controle social, com apoios institucionais para realizar avaliações constantes dos indicadores de qualidade da política pública municipal e estadual, formação de gestores e trabalhadores, rede de serviços 24 horas e sete dias por semana, política indutora para atenção à crise, pessoas com risco de suicídio e em situação de vulnerabilidade.

Reforça-se, aqui, a importância das Conferências Nacionais de Saúde Mental serem diretivas para a constituição das políticas públicas em saúde mental, isso porque existe uma participação social paritária e a sua realização se dar em espaços de disputa política com vários conjuntos de interesses. Assim, cada governo valoriza as conferências conforme seu plano de gestão, e a sociedade civil organizada pressiona para que se mantenha uma regularização de realizações.

#### **4. Considerações Finais**

As melhorias desejadas na assistência em saúde mental estão intrinsecamente relacionadas às políticas públicas que determinam instruções, normas, regras e regulamentos que definem escolhas, direcionamentos, organizações, prioridades e a continuidade de ações, dispositivos e recursos em saúde mental. O avanço histórico e o desenvolvimento de políticas sociais apresentam fundamentos relacionados a concepções ideológicas e ao processo societário e implantação da política de saúde mental nacionalmente.

Em diferentes momentos históricos, as políticas públicas não abrangeram suficientemente as várias dimensões ligadas à saúde mental e, por vezes, tais políticas traduziram estigmas, reducionismos, desconhecimento e interesses que não promoveram a saúde mental. O desenvolvimento da política de saúde mental brasileira se dá sob a lógica de conflitos de interesses, expressos por distintos projetos societários em disputa na administração das políticas sociais. A ideologia que serviu de base para o processo de recrudescimento da reforma psiquiátrica atingiu as políticas voltadas às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, materializadas no avanço e na ampliação de investimentos nas Comunidades Terapêuticas.

O histórico apresentado sobre as políticas de saúde mental revela uma dinâmica que envolve diversos interesses, concepções de saúde mental, tensões entre forças, progressos, retrocessos e contradições. Os avanços ligados a tais políticas são frequentemente ameaçados, o que reforça a importância de uma defesa coletiva e contínua de políticas promotoras de saúde mental. Enfatiza-se, nesse cenário, o movimento antimanicomial como principal força impulsionadora do processo de reforma psiquiátrica, esse importante e histórico ator social eleva as proposições transformadoras pautadas na dignidade humana, nos direitos humanos e na cidadania.

Assim, é necessário fomentar, em diferentes cenários, o engajamento político, o estímulo à participação social, a defesa de melhores condições de trabalho e assistência, bem como a redução de estigmas e a promoção da literacia em saúde mental.

É importante que a equipe interdisciplinar se organize para reivindicar e propor a construção e implementação de políticas públicas que realmente defendam interesses ligados à promoção da saúde mental, qualidade de vida da população, bem como o respeito aos direitos humanos.



Para projetos de pesquisa futuros, será importante analisar em que medida o relatório final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada de 11 a 14 de dezembro de 2023, em Brasília, servirá de diretriz para o planejamento, organização e implementação da Política de Saúde Mental, Álcool e outras drogas no Brasil. Também será importante formular indicadores de avaliação da política e do sistema de saúde mental brasileiro para que estes sejam norteadores de aprimoramentos permanentes e para que o contexto técnico-político de saúde mental não sofra mudanças radicais a cada mudança de governo.

## Referências

- Alves, D. S., Seidi, E. M., Schechtman, A., & Silva, R. C. (1992). *Elementos para uma análise da assistência em saúde mental no Brasil*. Ministério da Saúde.
- Amarante, P. D. C. (2015). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Fiocruz.
- Amarante, P. D. C. (2017). *Resolução do Ministério da Saúde é retorno à política manicomial e atende ao mercado*. Fiocruz. <https://cee.fiocruz.br/?q=node/702>.
- Associação Brasileira de Psiquiatria. (2020). *Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil*. ABP.
- Bobbio, N. (2001). *Teoria Geral da Política*. Campus.
- Borges, C. F., & Baptista, T. W. F. (2008). O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad. Saúde Pública*, 24(2), 456-468.
- Brasil. (2004). *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Ministério da Saúde.
- Câmara dos Deputados. (2021). *Cronologia histórica e legislativa do Brasil*. <https://www2.camara.leg.br/a-camara/conheca/historia/cronoindice.html>
- Charam, I. (1986) *A legislação sobre doentes mentais no Brasil: revisão e estudo crítico*. [Dissertação, Universidade Federal do Rio de Janeiro].
- Costa, J. S. F. (1980). *História da Psiquiatria no Brasil: um corte Ideológico* (3rd ed.). Campus.
- Costa, M. I. S., & Lotta, G. S. (2019). De “doentes mentais” a “cidadãos”: Análise histórica da construção das categorias políticas na saúde mental no Brasil. *Cien Saude Colet*. <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/de-doentes-mentais-a-cidadaos-analise-historica-da-construcao-das-categorias-politicas-na-saude-mental-no-brasil/17422?id=17422>.
- Garcia, F. D. (2022). *Avanços e inovações nas políticas de saúde mental, álcool e de drogas no Brasil: Uma revisão histórica*. Ed. do Autor.
- Hartz, Z. M. (1997). *Avaliação em saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Fiocruz.
- Macedo, M. R. C. (1981). *Políticas de Saúde Mental no Brasil*. [Dissertação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro].
- Musse, L. (2008). *Novos sujeitos de direito*. Elsevier.
- Passos, R. G., Gomes, T. M., Farias, J. S., & Araújo, G. C. (2021). A (re)manicomialização da política de saúde mental em tempos bolsonaristas: A volta do eletrochoque e das internações psiquiátricas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 13(37), 42-64, 2021.
- Resolução nº 8 do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. (2019) Diário da República: 163 ed., n.º 1. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-8-de-14-de-agosto-de-2019-212175346>.
- Santos, C. M., & Moraes, C. A. (2022) Ataques e retrocessos na política de saúde mental, álcool e outras drogas, no período de 2016 a 2021, no Brasil. *Revista Vértices* <http://dx.doi.org/10.19180/1809-2667.v24n32022p919-931>.
- Santos, N. G. (1994). *Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental*. Letras Contemporâneas.
- Silva, G. B. (2014). *A legislação em saúde mental no Brasil (1841-2001): Trajeto da consolidação de um modelo de atenção*. [Dissertação, Universidade Federal do Paraná]. Repositório Institucional da Universidade Federal do Paraná. <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/35828>
- Vasconcelos, E. M. (2008). Reforma Psiquiátrica no Brasil: periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual. In E. M. Vasconcelos (Ed.), *Abordagens Psicossociais. Volume II: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na ótica da cultura e das lutas populares* (2nd ed., pp. 27-55). Aderaldo & Rothschild.
- Vasconcelos, E. M. (2014). *Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas*. Escola de Serviço Social UFRJ.
- Vasconcelos, E. M. (2016). *Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o Serviço Social*. Papel Social.
- Vasconcelos, E. M. (2023) *Curso de Formação em saúde mental e luta antimanicomial*. Hucitec.