



REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: as contribuições para a saúde mental e a luta por uma sociedade sem manicômios

João Eduardo Santos Teixeira; Jéssica Conceição dos Santos; Francisco José de Aragão; Rubens Antônio Carvalho de Albuquerque; Josielle Silva Magalhães; Thalia Ely Cervejeira; Manuela Estrela do ó Lacerda; Isadora Fonseca Pinheiro; Ana Julia Fernandes Sepulveda; Jonathan Gonçalves de Souza; Ana Luiza Barcelos Ribeiro; Aretha Tomazini de Freitas; Ana Leticia Cavalcante de Vasconcelos; Cristiano Torres Lopes; Diego Rogério Sousa; Lavinnya Melo Machado; Marina Wetzel Silveira; Rebeca Clissa de Oliveira Silva.



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n5p690-699>

Artigo recebido em 05 de Abril e publicado em 15 de Maio de 2025

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

O artigo traça um panorama histórico e epistemológico da evolução das políticas públicas de saúde mental e atenção psicossocial no âmbito do SUS. Para isso, adota uma abordagem que destaca as ações e estratégias relacionadas à participação social, um dos pilares do SUS, e enfatiza a relevância desse aspecto no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. Além disso, ressalta a originalidade e importância da inserção da cultura como meio e fim no processo, ampliando a reforma para além dos serviços de saúde e destacando a construção de um novo espaço social para a loucura. O texto também analisa a evolução das políticas de saúde mental ao longo do tempo, identificando iniciativas-chave e seus impactos na transformação do modelo assistencial, e levanta questionamentos sobre a atual tendência conservadora que se apresenta.

Palavras-chave: Luta antimanicomial; SUS; Reforma Psiquiátrica.



PSYCHIATRIC REFORM IN BRAZIL: contributions to mental health and the fight for a society without asylums

ABSTRACT

The article provides a historical and epistemological overview of the evolution of public policies on mental health and psychosocial care within the scope of the SUS. To this end, it adopts an approach that highlights actions and strategies related to social participation, one of the pillars of the SUS, and emphasizes the relevance of this aspect in the context of psychiatric reform in Brazil. Furthermore, it highlights the originality and importance of the insertion of culture as a means and end in the process, expanding the reform beyond health services and highlighting the construction of a new social space for madness. The text also analyzes the evolution of mental health policies over time, identifying key initiatives and their impacts on the transformation of the care model, and raises questions about the current conservative trend that appears.

Keywords: Anti-asylum struggle; SUS; Psychiatric Reform.

Autor correspondente: *Jéssica Conceição dos Santos* - jessicaasantoos083@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





INTRODUÇÃO

As diretrizes de saúde mental e atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS) estão intrinsecamente ligadas aos princípios da reforma sanitária e ao contexto da transição democrática, desempenhando um papel fundamental na consolidação do estado democrático. No entanto, apresentam particularidades que merecem destaque.

Nos anos 1970, a assistência psiquiátrica no Brasil começou a dar seus primeiros passos, revelando um cenário de negligência e violência que chocou os profissionais recém-formados. Nesse contexto, destacam-se o caso dos acadêmicos baianos, o memorial da Associação Psiquiátrica da Bahia e a polêmica "crise" da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM/MS). A mobilização dos bolsistas e residentes dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde, que denunciaram condições precárias em uma carta ao Ministro da Saúde, resultou na demissão de 260 profissionais. Esse episódio gerou protestos, manifestações e ampla cobertura na imprensa por vários meses.

No contexto de redemocratização e resistência à ditadura, a luta pelos direitos humanos das vítimas da violência psiquiátrica ganha destaque, estabelecendo-se como um ator social crucial no processo de reforma psiquiátrica. Essa conexão com a violência do estado autoritário tem um impacto significativo na formulação de políticas públicas, não apenas na área da saúde, mas também em outros setores como cultura, justiça, direitos humanos, trabalho e seguridade social.

Este breve resgate tem como objetivo ampliar a compreensão de que a saúde mental está inserida em um ciclo que envolve ideias, propostas, projetos, movimentos e processos. No entanto, é possível que, além do ciclo relacionado à reforma sanitária, ela se constitua como um processo mais abrangente e complexo. Nesse sentido, é importante refletir sobre a saúde mental, a atenção psicossocial e a reforma psiquiátrica ao completarmos 30 anos do SUS, buscando identificar estratégias, dispositivos e processos que extrapolaram os limites do sistema de saúde e impactaram outros setores de forma significativa. Fazemos referência ao debate iniciado por Sergio Arouca e continuado por Paim sobre o "fantasma da classe ausente" e os novos atores sociais, destacando que o movimento da reforma sanitária não conseguiu se conectar adequadamente com as massas populares ou com outros movimentos sociais.

A questão da comunicação estratégica sempre foi uma preocupação constante,



estimulando o surgimento de iniciativas significativas nesse sentido. Nossa abordagem visa examinar esse processo em diferentes perspectivas, destacando e analisando os diversos métodos e estratégias implementadas.

RESULTADOS

Durante os anos 70 e início dos anos 80, o movimento da Reforma Psiquiátrica questionou de forma crítica a institucionalização da loucura. Os termos institucionalismo, poder institucionalizante e instituição total eram frequentemente discutidos nesse período. Foi somente no final dos anos 80 que surgiu a ideia de implementar serviços que adotassem abordagens inovadoras.

Na cidade de São Paulo, foi estabelecido o pioneiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o qual deu origem a outras iniciativas semelhantes. Estes serviços desempenham o papel inovador de proporcionar cuidados intensivos a indivíduos com transtornos psiquiátricos graves, sem recorrer à hospitalização ou ao tradicional modelo ambulatorial fragmentado. Esses CAPS representam uma alternativa ou uma abordagem intermediária ao modelo hospitalar predominante na época.

A inclusão dos princípios do SUS na Constituição de 1988 abriu novas perspectivas para a autonomia e o desenvolvimento das políticas municipais de saúde. Um exemplo marcante desse avanço foi o que aconteceu em Santos/SP em 1989. Mesmo ainda sob a vigência do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), os novos gestores municipais decidiram acelerar a implementação do SUS e intervieram em um hospital psiquiátrico onde ocorriam graves violações dos direitos humanos.

Diferentemente de intervenções anteriores no mesmo hospital ou em todo o país, o desfecho não resultou em melhorias, mas sim na extinção do hospital. Isso deu origem a uma nova rede de saúde, denominada substitutiva, composta não apenas por serviços descentralizados distribuídos pelo território, mas também por dispositivos que abordavam outras dimensões e demandas da vida, como moradia, trabalho, lazer, cultura, entre outros.

Foram estabelecidos cinco Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e



implementadas diversas iniciativas para apoiar os egressos do hospital, como a abertura de residências, uma cooperativa de trabalho e um projeto cultural abrangendo rádio, TV e teatro. Além disso, foram desenvolvidos programas interdisciplinares voltados para crianças, jovens, profissionais do sexo, prevenção de danos, combate à violência doméstica, entre outros.

A rede de dispositivos substitutivos criados em diversos municípios do país tem ganhado visibilidade rapidamente. Esses dispositivos foram regulamentados pelas portarias 189, de 1991, que introduziu os códigos NAPS/CAPS na tabela do SUS, e pela portaria 224, de 1992, que os define como unidades de saúde locais/regionalizadas responsáveis pela cobertura de uma população específica, oferecendo cuidados intermediários entre a rede ambulatorial e a internação hospitalar. Além disso, foram criados diversos outros dispositivos, como hospitais-dia, centros de convivência e cultura, centros de referência e oficinas terapêuticas, demonstrando a riqueza e criatividade dos atores da Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS. É importante ressaltar que, embora as portarias tenham contribuído para a expansão da rede, também limitaram a autonomia em termos de inovação e resolubilidade.

Em 1989, o processo de Santos abriu caminho para a demonstração da viabilidade e eficácia da rede substitutiva ao modelo manicomial, culminando na apresentação do projeto de lei 3.657/89. Após quase uma década de tramitação, o PL foi rejeitado, mas sua influência foi crucial para a aprovação de um substitutivo que promoveu mudanças significativas nas políticas do campo. Embora não tenham sido totalmente contemplados os anseios da Reforma Psiquiátrica, foi um passo importante na direção certa.

A Lei 10.2016, sancionada em 06/04 de 2001, coincidiu com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, criando um ambiente promissor para o campo da saúde mental no SUS. Durante a tramitação do projeto de lei, diversas leis estaduais e municipais de saúde mental foram aprovadas em todo o país, juntamente com outras inovações, como a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (Portarias 106/2000 e 1.220/2000). A implementação do Programa de Volta Para Casa (Lei nº 10.708, de 31/07/2003) impulsionou ainda mais a construção de uma rede de SRTs.

A política de saúde mental no SUS alcançou marcos significativos com a Portaria/GM nº 336, de 19/02 de 2002. Esta portaria redefiniu a organização dos CAPS,



estabelecendo diferentes níveis de atendimento de acordo com a especificidade da clientela. Surgiram então os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil ou infanto-juvenil) e CAPSad (álcool e drogas). Outro avanço importante foi a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pela Portaria 154 de 2008, que tem como objetivo fornecer suporte técnico e institucional às equipes de Saúde da Família, desempenhando um papel fundamental na atenção básica.

Em 2011, a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) foi criada por meio da Portaria GM/MS nº 3.088, trazendo uma abordagem inovadora para as ações de saúde mental no SUS. Seus principais objetivos incluem ampliar o acesso à atenção psicossocial em diferentes níveis de complexidade, garantir o acesso de indivíduos com transtornos mentais e problemas relacionados ao uso de substâncias às unidades de saúde, e promover a integração dos serviços de saúde no território, visando a qualificação do cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às emergências.

Apesar da relevância da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da sua estrutura organizada, é imprescindível ressaltar a ausência de recursos orçamentários destinados às atividades culturais, de trabalho e geração de renda. Isso evidencia a falta de prioridade estratégica dada a essas iniciativas, as quais poderiam ser melhor aproveitadas considerando a regulamentação do Programa de Geração de Renda e Trabalho (Resolução CODEFAT nº 59/1994) e dos Pontos de Cultura (Lei nº 12.343/2010).

O relatório da Comissão de Saúde Mental do Cebes, apresentado em 1979 durante o I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados, revelou dados alarmantes. De acordo com o relatório, 96% de todos os recursos destinados à assistência psiquiátrica eram direcionados para o pagamento de diárias hospitalares nos mais de 80 mil leitos existentes no país em 1977. Além disso, foi observado um aumento de 344% nas internações psiquiátricas de 1973 a 1976. Esses números evidenciam a necessidade urgente de reformas e investimentos na área da saúde mental.

O mais recente boletim informativo da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde foi divulgado em 2015. Desde então, importantes mudanças foram implementadas, redefinindo não apenas as políticas públicas de saúde mental, mas também a concepção do papel do estado como provedor



de direitos.

Apesar das críticas e comentários sobre a condução da política, é fundamental reconhecer os avanços significativos na Reforma Psiquiátrica brasileira. Um exemplo disso é a expressiva redução no número de leitos psiquiátricos, que diminuíram de 80 mil na década de 1970 para 25.988 em 2014. Com o investimento em serviços de atenção psicossocial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que ultrapassam a marca de 2 mil em 2014, a cobertura de atendimento chega a 0,86 CAPS por 100 mil habitantes. Os gastos com hospitais caíram de 75,24% em 2002 para 20,61% em 2013, enquanto os investimentos em atenção psicossocial aumentaram de 24,76% para 79,39% no mesmo período. Em 2014, foram registradas 610 Saídas de Residências Terapêuticas (SRTs) com 2.031 moradores egressos de instituições psiquiátricas, além de 4.349 beneficiários no Programa de Volta Para Casa e 1.008 iniciativas de geração de renda.

A partir de 2015, os ventos da mudança começaram a soprar no Ministério da Saúde, trazendo consigo negociações políticas que afetaram os princípios do SUS. Com a instauração do estado de exceção no país, o SUS e a Reforma Psiquiátrica passaram a enfrentar importantes retrocessos e mudanças radicais. Na área da saúde mental, a aprovação da resolução pela Comissão Intergestores Tripartite em dezembro de 2017 praticamente ressuscitou o modelo manicomial, iniciando assim um processo de desmantelamento de décadas de avanços na Reforma Psiquiátrica brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concepção de Reabilitação Psicossocial como um processo social complexo, inicialmente elaborada por Rotelli *et al.* para abordar as estratégias de



desinstitucionalização, tem sido adotada no Brasil para enfatizar a abrangência desse processo. É importante ressaltar que a RP não se limita apenas à reforma dos serviços e tecnologias de cuidado, embora esses aspectos sejam fundamentais.

Birman, nos estágios iniciais desse processo, destacou a necessidade de criar um novo espaço social para a loucura em nossa tradição cultural. Esse aspecto foi crucial para o desenvolvimento de novas estratégias e dispositivos políticos, sociais e culturais, indo além das abordagens clínicas e terapêuticas tradicionais. Uma dessas estratégias foi o incentivo à participação social na formulação de políticas, tanto em nível de serviços quanto em fóruns mais amplos, como conferências, audiências públicas e conselhos de saúde. Além disso, é essencial reconhecer o papel central dos indivíduos no movimento antimanicomial e no fortalecimento de sua própria autonomia.

REFERÊNCIAS

Paim JS. **Reforma Sanitária Brasileira. Contribuição para a compreensão e crítica 2ª ed.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.



Associação Psiquiátrica da Bahia. **Memorial**. Saúde em Debate 1978; 6:32-35.

Caplan G. **Princípios de psiquiatria preventiva** Rio de Janeiro: Zahar; 1980.

Basaglia F. **Carta de Nova York – o doente artificial**. In: Amarante P, organizador. Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p. 151-160.

Birman J, Costa JF. **Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária**. In Amarante, P, organizador. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2015. p. 41-72.

Fleury S, organizadora. **Reforma sanitária. Em busca de uma teoria**. Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco; 1989.

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Comissão de Saúde Mental. **Assistência Psiquiátrica no Brasil: setores público e privado**. Saúde em Debate 1980; 10:49-55.

Firmino H. **Nos porões da loucura**. Rio de Janeiro: Codecri; 1982.