

A LOUCURA ONTEM E HOJE: HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL NOS ÚLTIMOS ANOS

MADNESS YESTERDAY AND TODAY: A HISTORY OF MENTAL HEALTH IN BRAZIL IN RECENT YEARS

Maria Laiana Viríssimo Sousa de Oliveira¹

<https://orcid.org/0009-0003-5782-0528>

Resumo: A história da loucura está muito ligada a história do surgimento dos manicômios, muito relacionada à incapacidade dos doentes mentais o que produziu preconceitos e isolamento social dessa população, enfatizando que o manicômio não levava e não levou a cura. O objetivo desse estudo foi analisar a história da saúde mental no Brasil e identificar avanços com relação ao tratamento das pessoas com transtornos mentais. Conceituar saúde mental é algo complexo e que envolve diversos fatores de risco. Para a construção dessa revisão de literatura foi utilizada uma metodologia documental histórica, com pesquisa bibliográfica e levantamento de artigos científicos. Para apresentar a história da saúde mental no Brasil nos últimos 20 anos e discutir conteúdos da saúde pública, ciências Psicologia e Psiquiatria, luta antimanicomial. Conclui-se que são necessárias políticas públicas de saúde mais eficazes para promover proteger e restaurar a saúde mental no Brasil e no mundo de maneira urgente. Ainda há um grande percurso para resolvermos os problemas da saúde mental: desde o preconceito até a reabilitação psicossocial.

Palavras-chave: Loucura. Saúde mental. Reforma Psiquiátrica. SUS.

Abstract: The history of madness is closely linked to the history of the emergence of asylums, closely related to the perceived incapacity of mental patients, which led to prejudice and social isolation of this population, emphasizing that the asylum did not and did not lead to a cure. The objective of this study was to analyze the history of mental health in Brazil and identify advances in the treatment of people with mental disorders. Conceptualizing mental health is complex and involves several risk factors. For the construction of this literature review, a historical documentary methodology was used, with bibliographic research and a survey of scientific articles. To present the history of mental health in Brazil over the last 20 years and discuss content related to public health, the sciences of Psychology and Psychiatry, and the anti-asylum movement. It is concluded that more effective public health measures are needed to promote, protect, and restore mental health in Brazil and the world urgently. There is still a long way to go to solve mental health problems: from prejudice to psychosocial rehabilitation.

¹ Psicóloga. Doutora em Alimentos e Nutrição. Professora da Universidade Estadual do Piauí/UESPI, Teresina, PI. Brasil. <http://lattes.cnpq.br/3231036920551062> . E-mail: marialaiana@hotmail.com

Keywords: Madness. Mental health. Psychiatric Reform. SUS (Brazilian Unified Health System).

1. INTRODUÇÃO

O termo loucura sempre foi tratado de maneira pejorativa, levando muitos indivíduos a adiarem a procura por tratamentos para transtornos mentais. Mesmo sabendo que a loucura é uma anormalidade psíquica, o termo sempre foi tratado como sinônimo de palavras depreciativas, por exemplo aquele indivíduo que ultrapassou regras ou barreiras sociais. De forma que por muitos anos na história mundial e brasileira essas pessoas foram castigadas e até mortas por terem ousado ultrapassar os padrões sociais pré-definidos (Oliveira, 2023).

O ano de 2001 é o marco da luta antimanicomial no Brasil, iniciando-se com a **Lei Federal nº 10.216/2001, a famosa Lei da Reforma Psiquiátrica**, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Na sequência e acompanhando o que vinha acontecendo em outros países, cria-se um novo modelo assistencial com a portaria GM/MS nº 336/2002 que estabeleceu os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O atendimento a esse público era totalmente excludente e desumano, hoje após as grandes mudanças oriundas da reforma psiquiátrica, temos muitos benefícios aos usuários, com projetos terapêuticos personalizados e um modelo de atenção individualizado (Koyama; Custodio; Mischiati, 2011). Nesse contexto, o objetivo desse estudo foi analisar a história da saúde mental no Brasil e identificar avanços com relação ao tratamento das pessoas com transtornos mentais. Pois discutir saúde mental é algo complexo e que envolve diversos fatores.

2. METODOLOGIA

Para a construção dessa revisão de literatura foi utilizada uma metodologia documental histórica, com pesquisa bibliográfica e levantamento de artigos científicos. Para apresentar a história da saúde mental no Brasil nos últimos 20 anos e discutir conteúdos da saúde pública, ciências Psicologia e Psiquiatria, luta antimanicomial.

3. HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 20 ANOS

É possível fazer uma ligação direta entre a história da loucura e o modelo manicomial, pois ambos foram carregados de exclusão e isolamento que nos levanta inúmeros questionamentos. Milhões de pessoas ao redor do mundo padecem com transtornos mentais. Situação que gera grande sofrimento devido a sociedade preconceituosa. A história da saúde mental perpassa temáticas como a reforma psiquiátrica, a luta antimanicomial, a concepção de loucura (Figueirêdo, Delevati e Tavares, 2014).

No nosso país, na década de 1900, foi implantado o hospital colônia na cidade mineira de Barbacena, para onde os loucos eram levados pelo “trem de doidos” e abandonados nessa colônia agrícola. Asilo onde perdiam suas identidades, o vínculo com seus familiares e toda uma vida ficava para trás, determinando por quase um século como um momento muito cruel e impossibilitando de abandonarem o papel de louco. Coabitando com outros com os mesmos transtornos mentais e a mesma realidade do eletrochoque, que de alguma forma levava embora a alma desses indivíduos. A saída dessa tormenta não foi privilégio de todos (Oliveira, 2023).

A história da psiquiatria vinha mudando em todo o mundo, no Brasil essa revolução esteve diretamente atrelada à queda da repressão militar. Foi necessário esse marco de humanização nos tratamentos das pessoas acometidas por transtornos mentais, ao passo que o adoecimento mental foi sendo melhor esclarecido em todo o mundo e no Brasil não foi diferente, um dos principais marcos dessa revolução foi a criação dos CAPS. As mudanças começaram a ocorrer quando se deu início as críticas ao modelo hospitalocêntrico, as denúncias com relação à violência nos manicômios, o comércio em torno da loucura e a atualização dos manuais de diagnóstico (Koyama; Custodio; Mischiati, 2011).

Quanto à Psicologia, o marco dos 60 anos de sua regulamentação em 2022, traz críticas ao seu desenvolvimento não apenas como profissão, mas também como ciência. Constatamos avanços e inflexões e assim como em outros períodos históricos, no presente cenário sinalizamos, dentro outros aspectos, ir além das fronteiras da psicologia, em direção às lutas e movimentos sociais. (Costa e Mendes, 2022).

Uma série de mudanças aconteceram nesse cenário de transformações brasileiras que culminaram com uma evolução do modo de cuidar da saúde mental. Foram necessárias leis, normas, portarias, etc, a exemplo: portaria GM/MS nº 95 de 26/01/2001, norma operacional da assistência à saúde (NOAS-SUS) de 01/2001, **Lei Federal nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica)**, Portaria GM/MS nº 336/2002 (Centros de Atenção Psicossocial), Lei nº 10.708,

de 31 de julho de 2003 (De Volta para Casa), Portaria nº 2077/GM, de 31 de outubro de 2003 (regulamenta a lei anterior) e Portaria nº 278/GM, de 31 de outubro de 2003 (Comissão de Acompanhamento do Programa).

3.1.A norma operacional da assistência à saúde (NOAS)

A portaria GM/MS nº 95 de 26/01/2001, aprovou a NOAS-SUS de 01/2001, que vem tratar da regionalização e hierarquização do sistema único de saúde (SUS) brasileiro. A norma operacional da assistência à saúde (NOAS) trata da estratégia de saúde com mais equilíbrio dentro dos estados e municípios. A partir da territorialidade os planejamentos integrados a sistemas mais funcionais, bem como planos diretores regionalizados e de investimentos, pactos integrados levaram ao fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2001).

Para consolidação da base da organização da atenção à saúde, foi imprescindível a implementação do piso de atenção básica, bem como a estratégia de saúde da família em crescimento. A regionalização veio garantir o acesso dos cidadãos aos serviços mais próximo da sua residência, voltado à resolução dos problemas de saúde, em qualquer nível de atenção; assegurado por uma lógica de planejamento integrado e identificação de prioridades para intervenções (BRASIL, 2001).

3.2.Lei da Reforma Psiquiátrica

Lei Federal nº 10.216/2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica redireciona o modelo assistencial em saúde mental. No seu Artigo 1º esclarece sobre os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, são assegurados sem qualquer forma de discriminação, grau de gravidade, tempo de evolução de seu transtorno (Brasil, 2001).

Dentre os direitos assegurados nessa lei, temos: acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com as suas necessidades; humanização nos atendimentos; conte com a inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser protegida de abuso e exploração; ter seus dados resguardados; poder contar com profissionais que possam esclarecer e explicar sobre seu quadro de saúde e tratamento, principalmente no que diz respeito sua hospitalização involuntária; poder usar terapias menos invasivas, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Brasil, 2001).

A Lei da Reforma Psiquiátrica coloca o Estado como responsável pelo o desenvolvimento da política de saúde mental, assistência e promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental. Mas visando a reinserção social do paciente. A família será contactada em situações de evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento (Brasil, 2001).

A internação agora é vedada, em qualquer das suas modalidades, em instituições com características asilares. A internação acontecerá apenas quando todos os recursos extra-hospitalares se esgotarem. Nesse caso deve oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. Para os casos de longo tempo hospitalizado em que o paciente não conta com a família para reinserção com total dependência institucional, contará com uma política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida (Brasil, 2001).

A lei deixa assegurada que a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico. Sendo considerados os seguintes tipos de internação: voluntária, involuntária ou por determinação da Justiça, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. Já para as pesquisas científicas não é necessário o consentimento ou a comunicação ao paciente (Brasil, 2001).

3.3. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Portaria GM/MS nº 336/2002 estabeleceu os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços substitutivos ao modelo hospitalar. A portaria vem estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm função no atendimento público em saúde mental de pacientes com transtornos mentais severos bem como persistentes, mas necessariamente dentro da área territorial do paciente.

Podem funcionar em regime de tratamento intensivo (atenção diária), semi-intensivo (frequente) e não intensivo (frequência menor); nas modalidades de serviços: CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II, sendo o CAPS III de maior abrangência populacional e maior complexidade do que as outras duas modalidades (Brasil, 2002).

Os CAPS se caracterizam por prestarem serviço ambulatorial de atenção diária e de regulação da rede de serviços de saúde mental, funcionam em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar e com equipe profissional própria (Brasil, 2002).

Os CAPS I atendem municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características: organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental naquele território; regulador da porta de entrada da rede assistencial, supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas, capacitar as equipes de atenção básica, cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental, funcionar no período de 08 às 18 horas, nos cinco dias úteis da semana (Brasil, 2002).

Prestam atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação); grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social); oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias visando a inserção familiar e social do paciente; os assistidos em 01 turno receberão 01 refeição diária e os assistidos em 02 turnos receberão 02 refeições diárias. Atendem de 20 a 30 pacientes/dia, possui equipe composta por: 05 profissionais de nível superior (médico/ enfermeiro/ psicólogo/ assistente social/ terapeuta ocupacional/ pedagogo) e 04 (quatro) profissionais de nível médio (Brasil, 2002).

O CAPS II é destinado a municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, segue as mesmas características do CAPS I, porém suportando um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas. A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as mesmas atividades do CAPS I. Tem uma abrangência de atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia. Equipe será composta por médico psiquiatra; enfermeiro com formação em saúde mental; contando agora com 04 (quatro) profissionais de nível superior e 06 (seis) profissionais de nível médio (Brasil, 2002).

No CAPS III é o mais complexo dentre os serviços citados, o atendimento será para municípios com população acima de 200.000 habitantes, além das características que se repetem, conta também com serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana; com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação; os pacientes assistidos que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias; recebendo diariamente de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia. Contará com 02 (dois) médicos psiquiatras na equipe. Sendo importante destacar que a permanência de

um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias (Brasil, 2002).

Dentre as várias mudanças que se conquista nessa luta, com a criação dos CAPS, os recursos humanos faz toda a diferença no tratamento e acompanhamento das pessoas com transtornos mentais, pois encontram-se várias categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Não sendo mais permitida longa permanência do paciente (Brasil, 2002).

O acolhimento noturno é muito válido para aquelas famílias que não se sentem seguras em levar seu familiar para casa quando os mesmos apresentarem sinais de instabilidade, contado com uma equipe noturna que garantirá a segurança da pessoa. Embora também não possa ter mais uma longa permanência do paciente, somente se forem em dias alternados. O acompanhamento/tratamento oferecido pelo CAPS, difere totalmente do que ocorria outrora, o novo serviço conta com profissionais humanizados e podendo trabalhar diversas áreas e habilidades do paciente, promovendo maior oportunidade de melhora e estabilidade do transtorno mental.

De acordo com a portaria GM/MS nº 336/2002 o serviço de atenção psicossocial para atendimentos de crianças e adolescentes, chama-se CAPS i II, para municípios de 200.000 habitantes ou observando-se a epidemiologia (atendendo de 15 até 25 pacientes/dia). Assim como os demais CAPS irá supervisionar e capacitar todos os serviços de saúde mental no âmbito do seu território à infância e adolescência; enfocando a inserção social da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade; envolvendo as áreas de assistência social, educação e justiça.

Para os pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, para população superior a 70.000, a portaria GM/MS nº 336/2002 cria o CAPS ad II que funcionará em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes. Conterá com todas as características de um CAPS II, mas manterá de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso. Terá capacidade de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno. A equipe contará também com 01 (um) médico clínico, que cuidará das intercorrências clínicas.

3.4. Programa "De Volta para Casa"

O ano de 2003 foi palco da lei que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de longas internações psiquiátricas, também denominado Programa "De Volta para Casa"; regulamentado pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, pela Portaria nº 2077/GM, de 31 de outubro de 2003 (regulamenta a lei) e Portaria nº 278/GM, de 31 de outubro de 2003 (Comissão de Acompanhamento do Programa).

Esse programa federal, criado pelo Ministério da Saúde, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial para situações de grave dependência institucional. Sendo elemento das indicações da OPAS e OMS tendo em vista a tentativa de substituir um modelo de assistência hospitalar ultrapassado por um novo modelo de atenção diária na saúde mental (Brasil, 2003).

No ano da criação do Programa "De Volta para Casa" avaliava-se uma população de quase 15.000 usuários do SUS a ser contemplada com esse auxílio financeiro para os pacientes há longo tempo hospitalizados, com objetivo de apoiar e acompanhar o beneficiário no seu processo de reabilitação psicossocial assistida ou alta planejada, o programa também organiza a rede de cuidados, assegurando direitos civis, políticos e de cidadania (Brasil, 2003).

O auxílio financeiro era de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) por até um ano e podendo ser renovado. O Programa "De Volta para Casa" dar obrigações aos gestores do SUS no âmbito municipal, estadual e federal. Os beneficiários do auxílio são aqueles acometidos por transtornos mentais egressos de internação psiquiátrica no SUS, por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos; residentes em moradias ou serviços residenciais terapêuticos (Brasil, 2003).

Na atenção continuada em saúde mental o município habilitado designará equipe de saúde, deverá fazer parte pelo menos um profissional da área de saúde mental do município com formação de nível superior, em média, um profissional de referência para cada 15 beneficiários acompanhados. Dentre as ações específicas dos técnicos: garantir o atendimento em situações de crises; visitar e mobilizar recursos assistenciais; incentivar trabalho, cultura e lazer; emitir relatórios trimestrais de monitoramento (Brasil, 2003).

3.5. Reforma psiquiátrica e movimento antimanicomial

Surge, primeiramente, o movimento antimanicomial italiano, e só posteriormente o movimento brasileiro em torno da desinstitucionalização na psiquiatria, bem como os

tratamentos com a psicoterapia. Seguindo-se da redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, das residências terapêuticas, do programa de volta para casa, da redução progressiva a partir de hospitais de grande porte e da principal estratégia que foi a criação dos CAPS (KOYAMA; CUSTODIO; MISCHIATI, 2011).

Após quase 30 anos da Reforma Psiquiátrica, é impossível falar dessa reforma sem citar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), acompanhada de constante crise financeira, é inegável que valores humanitários e muitos direitos surgiram fruto dessa luta, mesmo que não tenham sido fruto de luta da sociedade, mas sim resultante de políticas públicas (ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Um importante documento técnico do Ministério da Saúde intitulado de relatório "Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil" (Relatório 15 anos de Caracas), ele foi apresentado à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O documento busca analisar a transição dos leitos psiquiátricos no SUS, trazendo gráficos sobre a redução desses leitos e a implantação da rede substitutiva no período entre 1996 e 2005. Descreve a transição do modelo hospitalocêntrico para serviços comunitários (Brasil, 2005).

Documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS), como o Plano De Ação Abrangente para a saúde mental 2013-2030, o Atlas De Saúde Mental 2024 e o Relatório Mundial De Saúde Mental Da OMS: transformando a saúde mental para todos, são referências e termômetros para uma melhor saúde mental dos indivíduos, comunidades e governos, enfatizando os direitos de maneira multisetorial, a nível nacional e internacional (WHO, 2021).

Importante ressaltar que após o ano de 2015 o Ministério da Saúde não alimentou os dados de maneira contínua, desrespeitando a lei da transparência e evidenciando-se as diferenças regionais quanto aos serviços assistenciais. Um grande retrocesso se deu no ano de 2017 com o retorno da figura do Hospital Dia; com o reajuste dos valores das internações hospitalares baseadas em seu tamanho; que nada mais é do que uma tentativa de retomada do modelo biomédico (ONOCKO-CAMPOS, 2019).

O Plano de Ação Abrangente de saúde mental 2013-2020 foi prorrogado até 2030, mas em 2021 uma assembleia Mundial de Saúde acrescentou ações de implementação, foi uma decisão de 194 estados-membros com o objetivo de promover a saúde mental e o bem-estar para todos. Evitando situações de risco para pessoas acometidas por transtornos mentais, atualizando também indicadores, cobertura dos serviços, mantendo prevenção, pesquisa, liderança e governança (WHO, 2021).

O Relatório Mundial de Saúde Mental: transformando a saúde mental para todos, aprofunda o valor e o compromisso com a saúde mental, sendo de crucial importância para todos, em qualquer lugar do mundo. A necessidade ainda está muito elevada com relação as

boas práticas, o compartilhamento de boas experiências e de como se alcançar o melhor resultado. O relatório vem acelerar as respostas que ainda são insuficientes e inadequadas, vem também inspirar e informar sobre a promoção da saúde mental de todos. Chamando as várias partes envolvidas a trabalharem juntas para uma melhor resposta (WHO, 2022).

O Atlas de Saúde Mental é um relatório de 2024, que periodicamente faz o levantamento sobre as principais lacunas dos serviços de saúde mental em todo mundo. Abrangendo sobre as políticas e programas de saúde em mais de 144 países, com indicadores, cuidados comunitários e monitoramento de dados. Oferece uma visão geral da saúde mental global (WHO, 2025).

Trabalhadores da saúde mental estão submersos a tensões na sua prática diária, necessitando de educação permanente das equipes, capacitação no que diz respeito às suas atividades, para que ocorra uma menor burocratização e uma maior eficácia das práticas clínicas. Não apenas a psiquiatria precisa passar por atualizações, mas muitas das carreiras mostram-se ultrapassadas no campo acadêmico, com graves deficiências técnicas, o que contribui para a perpetuação de alguns erros. A pesquisa brasileira e o fomento não devem ser interrompidos, mas sim estimulados. Apesar de termos muito a comemorar, com tudo já conquistado, nos entristece saber que precisamos retomar à luta e tudo é uma questão de democracia (ONOCKO-CAMPOS, 2019).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

São necessárias políticas públicas de saúde mais eficazes para promover, proteger e restaurar a saúde mental no Brasil e no mundo de maneira urgente. Tudo que foi feito nesses 20 anos, até o presente momento, mesmo que com imenso progresso, ainda se mostrou como insuficiente. Conclui-se que há um grande percurso para resolvermos os problemas da saúde mental: desde o preconceito estrutural com o louco até a reabilitação psicossocial dos indivíduos com transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.** Norma Operacional de Assistência à Saúde / SUS. NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. 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, 2005. Disponível: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, Diário Oficial de União 2003; 31 jul.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **“De Volta Para Casa” - Manual do Programa**, s/d. Brasília: MS; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.708**, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, Diário Oficial de União: Brasília, DF, 2003,

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.077/GM**, de 31 de outubro de 2003. Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de outubro de 2003, nos termos do seu artigo 8º. Diário Oficial de União: Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.078/GM**, de 31 de outubro de 2003. Institui a Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”. Diário Oficial de União: Brasília, DF, 3 Nov. 2003.

COSTA, P. H. A., MENDES, K. T. Psicologia, 60 anos e a crítica da crítica. Psicologia: Ciência e Profissão, 42 (n.spe), 1-12., 2022. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003262857>.

FIGUEIRÊDO, M. L. DE R.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais - UNIT**, Maceió, v. 2, n. 2, p. 11-24, dez. 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cdghumanas/article/view/1797>

KOYAMA, E. T.; CUSTODIO, F. F.; MISCHIATI, M. F. Saúde mental no Brasil: revisão de literatura. **Revista Uninga**, [S. l.], v. 29, n. 1, 2011. DOI: 10.46311/2318-0579.29.eUJ974. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/974>. Acesso em: 15 fev. 2026.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, p. e00156119, 2019.

OLIVEIRA, V. de M. C. A Historicidade da loucura e a luta antimanicomial e a desinstitucionalização no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 1, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/download/39729/32443/425690>.

WHO. **Comprehensive mental health action plan 2013–2030**. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO. **Mental health atlas 2024**. Geneva: World Health Organization; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO. **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.