REVISTA de Políticas Públicas

AGENDA PARA NÃO ESQUECER: o fluxo do problema na reforma psiquiátrica brasileira

Luiz Arilton Vieira[1]
Roberto Eduardo Bueno[2]

Resumo
O processo de Reforma psiquiátrica no Brasil se inicia no final da década de 1970 e se consolida a partir de 2001, sobretudo devido à promulgação da Lei 10.216. Entretanto, no que tange à implementação de uma nova Política Pública, prima-se pela existência e confluência de elementos favoráveis à sua aprovação. Logo, o presente estudo utiliza o Modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon para caracterizar o fluxo do problema que impulsionou a Política Nacional de Saúde Mental à agenda decisória governamental. Analisa documentos publicados entre 1978 e 2003. Conclui pela existência de fartos indicadores apontando a dimensão do problema na assistência psiquiátrica brasileira; de importantes crises, símbolos e eventos indicando a sua magnitude; e de abundantes feedbacks, que tanto dimensionam e reforçam o problema, como apontam para a direção de uma possível solução.
Palavras-chaves: Reforma Psiquiátrica; saúde mental; política pública; agenda decisória; Kingdon.

AGENDA TO REMEMBER: the problem stream in the brazilian psychiatric reform

Abstract
The Brazilian Psychiatric Reform process began in the late 1970s and was consolidated starting in 2001, mainly due to the promulgation of Law 10,216. However, with regard to the approval of a new Public Policy, the existence and confluence of elements favorable to its approval are expected. Therefore, the present study used Kingdon's Multiple Streams Framework to characterize the problem stream that pushed the National Mental Health Policy into the governamental setting-agenda. Documents published between 1978 and 2003 were analyzed. It is concluded that there are numerous indicators pointing to the dimension of the problem in brazilian psychiatric care; of crises, symbols and events importants, indicating their magnitude; and abundants feedbacks, that both dimension and reinforce the problem, as well point the direction of a possible solution.
Keywords: Psychiatric Reform; mental health; public policy; setting-agenda; Kingdom.

Artigo recebido em: 27/01/2025 Aprovado em: 30/04/2025
DOI: https://dx.doi.org/10.18764/2178-2865v29n1.2025.19

[1] Bacharelado em Psicologia. Doutor em Políticas Públicas (UFPR). Mestre em Psicologia pela UTP. Universidade Federal do Paraná. E-mail: luizarilton@gmail.com
[2] Bacharelado em Odontologia. Doutorado e Mestrado em Saúde Coletiva (PUC-PR). Universidade Federal do Paraná.

1 INTRODUÇÃO

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil começa no final da década de 1970 e se consolida a partir de 2001, sobretudo devido à promulgação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001 (Brasil, 2001). Desse modo, é essa legislação que, ao se aproximar do ideário reformista, termina por aclarar e esclarecer a sociedade brasileira acerca de qual estratégia governamental se tornara vigorante no contexto da assistência em saúde mental, consequentemente, permitindo, fundamentando e orientando a criação subsequente de diversos dispositivos legais e normativos, com vistas a dar corpo a nova Política Nacional de Saúde Mental (Vieira, 2023).

Destarte, defensores de uma reforma no modelo de assistência psiquiátrica brasileira lutavam, há mais de vinte anos, pelo que acreditavam ser o resgate da dignidade e da cidadania das pessoas com algum tipo de sofrimento mental. Com isso, reivindicavam o fim das hospitalizações psiquiátricas, um procedimento marcado por contradições e denúncias de abusos e violações (Amarante, 1998; Yasui, 2010). Nesse sentido, ainda que o texto aprovado, diferentemente da proposição original (Brasil, 1989), tenha se abstido de orientar a extinção dessas instituições, mesmo assim constituiu um novo modelo de tratamento para a questão de saúde mental no território brasileiro (Brasil, 2001). Além de reorientar o modelo assistencial, priorizando os recursos extra-hospitalares, garantiu proteção e instituiu direitos às pessoas com transtornos mentais. As internações não foram proibidas, porém a lei estabeleceu critérios para que pudessem ocorrer. Em suma, representou uma importante conquista para os atores envolvidos nesse longo e complexo processo (Amarante, 2007; Yasui, 2010).

Naturalmente, em se tratando de uma nova Política Pública (*policy*), é comum que o seu estabelecimento esteja condicionado à confluência de elementos favoráveis à sua implementação. Depende de um ambiente político propício; da forma como o problema é percebido política e socialmente; e de quais alternativas estão postas à mesa (Kingdon, [1984] 2014). Espera-se que quanto maior a pressão social em prol dessa política, tanto maior seja a chance dessa confluência ocorrer. Todavia, raramente se observa unanimidade entre os agentes envolvidos no processo e, dessa forma, o conflito é inerente ao jogo.

Dessa perspectiva, num reconhecimento da importância social e cientifica que a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e sua complexa dinâmica representam, buscou-se, com esse trabalho[1], analisar os elementos que influenciaram a sua implementação. Tomando como referência a teoria de Kingdon ([1984] 2014) e o seu Modelo de Múltiplos Fluxos (*Multiple Streams Framework* –

MSF), investiu-se na identificação e descrição do fluxo do problema (*problem stream*), cujos elementos constituintes determinam a ascensão da política de saúde mental à agenda governamental.

Nesse sentido, trata-se de um recorte da análise de formação de agenda da Política Nacional de Saúde Mental, ao longo do período entre 1978 e 2003, quando se desenvolvem os fluxos do problema (*problem*), das alternativas (*policies*) e político (*politic*), desencadeando em janelas de oportunidade (*policy window*) para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (Vieira, 2023). Especificamente, tem-se como objetivo a caracterização do fluxo do problema, um dos pilares da conformação da agenda (*agenda setting*) de reversão do modelo de assistência psiquiátrica hospitalocêntrico em favor da adoção de serviços comunitários alternativos e substitutivos.

Ainda que se trate de um processo complexo, partiu-se do princípio de que a implementação dessa política pública cumpriu determinados preceitos e obedeceu a uma lógica passível de ser observada. Assim, com base nas diretrizes oferecidas pelo MSF, a presente análise se assenta na sistematização e investigação documental de dados públicos, como relatórios de conferências, atos normativos, declarações, livros, resultados de levantamentos e pesquisas prévias, publicizados entre 1978 e 2003 ou, editados foram desse intervalo, porém com conteúdo relacionado a esse período.

2 FORMAÇÃO DE AGENDA (*AGENDA SETTING*) E O MODELO DE MÚLTIPLOS FLUXOS DE KINGDON (*MULTIPLE STREAMS FRAMEWORK* – MSF)

Mesmo no campo das políticas públicas, a expressão "agenda" é associada a diferentes interpretações. Roger Cobb e Charles Elder (1972) são considerados relevantes nesse contexto por definirem agenda como um conjunto de questões políticas controversas que, em determinado momento, se tornam legítimas e merecedoras da atenção do governo. Com base nessa perspectiva, eles apresentam uma distinção entre agenda sistêmica, agenda midiática e agenda governamental. Para os autores, a agenda sistêmica ou pública refere-se às questões que, de modo geral, chamam a atenção da sociedade e de membros da comunidade política. Nesse bojo encontram-se temas que são considerados dignos de atenção e de responsabilidade/competência do governo, todavia que ainda não receberam séria atenção das autoridades. Naturalmente, a agenda midiática diz respeito às preocupações manifestadas e veiculadas pelos meios de comunicação; e a agenda governamental ou formal se refere aos itens que efetivamente compõem a agenda institucional do governo.

Destarte, a etapa de formulação da agenda no âmbito das políticas públicas corresponde à inclusão na agenda governamental de questões que são então percebidas como relevantes para a agenda pública. É quando determinados assuntos de interesse público se tornam prioridades para o

governo. Dessa forma, uma premissa natural dessa fase é que nem todas as demandas recebem a mesma atenção. Enquanto alguns desses assuntos recebem atenção significativa dos formuladores de políticas e tomadores de decisão, outros permanecem aguardando consideração (Knoepfel *et al*., 2007; Capella, 2005).

Nesse sentido, a importância do conceito de agenda decisória e, mormente, da teoria de Kingdon ([1984] 2014), se revelam à medida que oferecem compreensão e explicação para os porquês de alguns temas serem considerados seriamente pelos tomadores de decisão, enquanto tantos outros permanecem negligenciados. Para o autor, agenda governamental e agenda decisória são afetadas por fluxos e atores distintos e, na sua concepção, a agenda decisória é um subconjunto da agenda governamental, representada pelos itens que já estão prontos para uma tomada de decisão ativa pelos formuladores de políticas.

Em vista disso, para investigar os motivos pelos quais alguns temas resultam em políticas, enquanto outros não avançam para esse caminho, Kingdon desenvolve o Modelo de Múltiplos Fluxos (*Multiple Streams Framework - MSF*), uma abordagem considerada fundamental na análise dos processos de formulação de políticas públicas, pois contribui de forma especial no entendimento da dinâmica em torno da formação da agenda decisória política (*agenda setting*). Uma das principais vantagens desse modelo é sua capacidade de explicar como esse processo acontece em contextos marcados por ambiguidade, incertezas, conflitos e competições, elementos considerados comuns em democracias presidencialistas (Capella, 2005; Zahariadis, 2007).

Kingdon ([1984] 2014) compreende o sistema de formulação de políticas públicas enquanto resultado do conjunto de quatro processos: 1) o estabelecimento de uma agenda de políticas; 2) a especificação do conjunto de alternativas disponíveis; 3) a escolha da alternativa dominante; e 4) a implementação da decisão. Entretanto, no contexto do MSF, a sua atenção está voltada apenas para os dois primeiros processos, a formação da agenda (*agenda-setting*) e a especificação de alternativas (*policy formulation*), cujos processos são denominados de estágios pré-decisórios da formulação de políticas (Kingdon, [1984] 2014; Capella, 2005).

Em vista disso, uma questão central orienta toda a obra de Kingdon: Por que alguns problemas se tornam importantes para um governo, enquanto tantos outros permanecem a espera de uma atenção? (Capella, 2005) Foi delimitando explicações para os condicionantes de destaque de uma demanda, que Kingdon ([1984] 2014) chega nos denominados múltiplos fluxos, que são o esqueleto do seu modelo analítico. Para o autor, ainda que diversas questões despertem a atenção e o interesse dos formuladores de políticas e, então, comecem a compor a agenda governamental, apenas uma fração dessas demandas serão seriamente consideradas. Essa atenção seletiva se deve à complexidade e a quantidade de questões que se apresentam a esses formuladores de políticas. Em qualquer Estado ou

governo, seria simplesmente impossível oferecer solução a todos os problemas públicos, entretanto, o que normalmente não está evidente, é o que faz com que uma questão seja considerada em detrimento de outra. Logo, é nessa lacuna que o MSF vem atuar. Através da dinâmica dos múltiplos fluxos, busca-se obter uma compreensão dos porquês de os tomadores de decisão (*decision maker*) prestarem atenção em uma coisa e não em outra (Kingdon, [1984] 2014; Capella, 2005).

Para Kingdon ([1984] 2014), três fluxos são essenciais para compreender a ascensão de alguns temas à agenda decisória: o fluxo dos problemas (*problems stream*); o fluxo das soluções ou alternativas (*policies stream*); e o fluxo político (*politics stream*). Em sua concepção, esses três fluxos seguem seus cursos de forma relativamente independentes, cada qual com suas regras e dinâmica própria, até que em determinados momentos sobrevém uma convergência entre eles. O acoplamento (*coupling*) desses fluxos ocorre em consequência da formação de uma janela de oportunidade política (*policy window*), que se abre, sobretudo, por força dos fluxos do problema e da dinâmica política. Em consequência, são nesses momentos de formação de janela de oportunidade e de convergência entre os três fluxos que ocorrem as mudanças mais significativas na agenda, podendo haver tanto ascensão e ganho de importância de alguns temas, como queda de outros devido a perda de relevância (Kingdon, [1984] 2014; Capella, 2005; Zahariadis, 2007).

3 POLÍTICA PÚBLICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Os primeiros discursos, ensaios e enunciados constituintes da área de políticas públicas ocorrem nos Estados Unidos da América, entre 1906 e 1960. Nesse período, o tema era tratado no âmbito da Ciência Política e intensos debates eram travados entre as vertentes político-histórico-filosóficas, político-pragmáticas e racional-positivistas, com cada inclinação tentando emplacar o seu modo de conceber uma política pública (Oliveira; Oliveira, 2019). Todavia, a gênese de uma interpretação e concepção mais relacionada à intervenção direta do poder público sobre um problema concreto somente ocorre a partir de 1930, concomitantemente ao desenvolvimento do próprio Estado (Knoepfel *et al*., 2007).

Nesse sentido, por volta de 1950, no auge do intervencionismo estatal na economia e na vida social, o conceito de política pública se expande e ganha destaque e afirmação na literatura. Fundamental para esse amalgamento do tema foi a ocorrência do *welfare state* ou Estado de bem-estar social, um conjunto de ideias que foram adotadas por importantes países do mundo após a segunda guerra mundial, e que consistiam em projetos transformadores e de reconstrução, visando a promoção de um Estado forte, provedor de igualdade social e de bem-estar para a sociedade (Meny; Thoenig, 1992).

Dentre os fundadores da área de políticas públicas, os cientistas Harold Lasswell, Herbert Simon, Charles Lindblom e David Easton figuram entre os mais lembrados (Souza, 2006; Araújo; Rodrigues, 2017). Desses, o pioneiro foi Lasswell (1936), que já na década de 1930 introduz a expressão *policy analisys* (análise de política pública), numa tentativa de expandir o conhecimento científico e acadêmico da ciência política para o estudo e análise empírica da produção dos governos. Em seu livro *Politics: Who Gets What, When, How* (Política: Quem ganha o que, quando e como, numa tradução livre), publicado em 1936, Lasswell assinala seu esforço na observação e explicação da complexa dinâmica por detrás de uma tomada de decisão política e, dessa forma, concebe a gênese da análise de política pública (Araújo; Rodrigues, 2017).

Por sua vez, a verificação e introdução do conceito de racionalidade limitada dos tomadores de decisão (*policymaker*) decorre da contribuição de Simon (1957). Mesmo sendo adepto da vertente racional-positivista, o autor reconhece que a racionalidade dos tomadores de decisões pode sofrer limitações devido a informações falhas ou inadequadas, prazos insuficientes, ou até mesmo por conta de interesses pessoais do tomador de decisão. Para lidar com essas limitações, Simon (1957) sugere a criação de um conjunto de regras e incentivos com vistas a minimizar essas limitações e maximizar os resultados desejados.

Lindblom (1959) questiona a ênfase no racionalismo pelas vertentes anteriores e sugere a consideração de novos elementos tanto na formulação quanto na análise de uma decisão política. Com uma perspectiva mais pragmática, o autor argumenta que tanto na formulação quanto na tomada de decisão, as relações de poder podem influenciar e, portanto, devem ser incorporadas à análise. Com isso, variáveis como grupos de interesse e burocracias passaram a ser considerados.

Por fim, Easton (1965) vem definir políticas públicas como um sistema de respostas às demandas sociais. Para o autor esse sistema envolve uma relação entre ambiente, formulação e resultados. Em sua concepção, o ambiente social, a mídia ou grupos de interesse emitem os *inputs* (demandas); o aparato político, com seus agentes e instituições recebe, processa e responde a essas demandas com *outputs* (tomada de decisões, implementações), que, por sua vez, produzem resultados (*outcomes*) passíveis de serem mensurados.

Destarte, independentemente dos vieses racionalista ou pragmático, a premissa de que as ações governamentais são instâncias passíveis de verificação e mensuração é evidente desde esses primórdios, corroborando um pressuposto analítico contemporâneo, sobre o qual se preconiza que em democracias estáveis, tudo o que o governo faz ou deixa de fazer é passível tanto de ser formulado cientificamente, como de ser analisado por pesquisadores independentes (Souza, 2006).

Por conseguinte, esse panorama abre caminho para uma breve explanação acerca das políticas governamentais para Saúde Mental no Brasil. O registro das primeiras ações estatais voltadas

à assistência das pessoas acometidas por sofrimento mental data do início do século XIX, concomitantemente à chegada da família real no Rio de Janeiro. Nessa época, os loucos eram vistos como uma ameaça à ordem pública, e o principal recurso terapêutico utilizado pelo Estado foi o enclausuramento desses indivíduos nos porões das Santas Casas de Misericórdia (Fonte, 2012).

Nesse sentido, o *modus operandi* utilizado no Brasil império para lidar com a questão da saúde mental refletia a emergência de um modelo surgido na França e em curso pela Europa. Tratava-se de um movimento de estabelecimento de uma medicina mental e, consequentemente, de consolidação dessa ciência enquanto responsável pela assistência dos doentes mentais (Pereira, 2004; Yasui, 2010).

A loucura acabara de ser reconhecida como doença mental e, portanto, o direito ao tratamento daqueles considerados doentes haveria de ser garantido pelo governo. Entretanto, o tratamento postulado exigia isolamento e reclusão, um procedimento que não mais deveria ocorrer de forma conjunta com os prisioneiros criminosos, mas sim em instituições exclusivas para esse tipo de cuidado. Tratava-se do início dos asilos, hospícios e manicômios, bem como do estabelecimento do enclausuramento enquanto sinônimo de tratamento (Castel, 1978; Basaglia, 1982; Pereira, 2004).

Contudo, a partir da II Guerra Mundial, um conjunto de críticas acerca do papel e natureza da instituição psiquiátrica e da medicina mental ressurge em diferentes países da Europa e Estados Unidos. Por um lado, a alta demanda por mão de obra para reconstrução das cidades e a cronificação dos doentes, refletida pelos internamentos altamente prolongados, fomentavam questionamentos e dúvidas quanto a eficiência terapêutica da psiquiatria e dos hospícios, por outra via, a condição na qual se encontravam os internos, naturalmente, remetia à situação recente dos campos de concentração, uma condição não mais tolerável pelas nações democratizadas (Amarante, 1998).

Por conseguinte, a instituição psiquiátrica e asilar começa a ser cobrada por não cumprir a função de recuperar as pessoas com transtornos mentais e a ser responsabilizada pelo agravamento (cronificação) das doenças. Ademais, outra importante crítica em voga versava sobre a ênfase exclusiva da psiquiatria clássica no caráter biológico e organicista do sofrimento mental. Os defensores de uma psiquiatria alternativa já apontavam para a necessidade de se considerar toda a complexidade do sujeito no diagnóstico, sugerindo a importância de uma abordagem biopsicossocial. Nessa linha, tanto o meio social e a situação econômica poderiam contribuir para o desencadeamento e/ou agravamento dos desequilíbrios mentais, abrindo espaço para outros saberes e olhares, além do saber médico, no trato com o fenômeno (Amarante, 1998; Yasui, 2010).

Destarte, esses questionamentos terminam por desencadear uma crise teórica e prática na psiquiatria clássica, forçando uma ampliação do seu escopo, que a partir de então, além de se ocupar com o tratamento dos transtornos mentais, passa a considerar o convívio social, como uma

determinação social da saúde e de promoção da saúde mental. Assim, entre as décadas 1950 e 1970, surgem importantes iniciativas e tentativas de reinventar a assistência psiquiátrica em países como, EUA, Inglaterra, França e Itália. Ações de promoção da saúde tornam-se alvos de investimento e inicia-se o desenvolvimento de alternativas comunitárias e extra-hospitalares (Amarante, 1998).

Nesse contexto, surgem as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra (1950-1960), a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor na França (1950-1960), a Psiquiatria Preventivo-comunitária nos Estados Unidos da América (1960), e, mais tarde, a Psiquiatria Democrática na Itália (1970). No Brasil, somente a partir do final da década de 1970 é que a situação do modelo de assistência psiquiátrica começa a ganhar contornos de um problema público, merecedor de séria atenção. E, a despeito de algumas tentativas de humanização e promoção da saúde mental, inspiradas nas psiquiatria preventivo-comunitária, comunidades terapêuticas e psiquiatria de setor terem sido experimentadas em alguns hospitais brasileiros na década de 1980, é a psiquiatria democrática italiana que servirá de inspiração para o modelo de reforma psiquiátrica brasileira e que resultará, a partir de 2001, na vigente Política Nacional de Saúde Mental (Amarante, 1998; Yasui, 2010).

Idealizada pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, essa estrutura de assistência em saúde mental resulta numa transformação bem mais profunda da assistência psiquiátrica. Parte de uma crítica radical à psiquiatria e de uma análise histórico-crítica a respeito de como a própria sociedade lida com o sofrimento e a diferença. Com isso, prega uma total ruptura com a assistência em saúde mental centrada na instituição psiquiátrica e asilar. Por meio da implementação de dispositivos extra-hospitalares e territoriais, prima pelo resgate do sujeito da exclusão e do isolamento imposto pela instituição. Se pauta na sua reinserção na comunidade e na garantia de seus direitos, dignidade e cidadania. Tem como premissa o princípio de que o sujeito em sofrimento mental não deve ser tratado isolado do seu meio social e nem ser visto como alguém diferenciado na sociedade (Basaglia, 1979).

Evidentemente e com base nas referências e documentos analisados pela presente pesquisa, a real transformação da assistência psiquiátrica no Brasil, com a plena reorientação do modelo de assistência, definição de direitos dos doentes, intensificação dos dispositivos extra-hospitalares e criação de redes de assistência de base territorial, somente ocorre após a redemocratização do país (Vieira, 2023). Nessa linha, como antecedentes históricos e cruciais na possibilitação desse processo, tem-se a promulgação da Constituição Federal de 1988, que define saúde como direito da pessoa e dever do Estado e garante tratamento digno a todas as pessoas (Brasil, 1988), e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que, dentre outras providências, amplia o conceito de saúde, regula as ações de saúde em todo o território nacional, estendendo a responsabilidade administrativa e assistencial em saúde para estados e municípios (Brasil, 1990).

Por conseguinte, a despeito dos primeiros movimentos em prol de uma reforma radical no modelo de assistência psiquiátrica brasileira terem surgido no final da década de 1970, o corolário dessa transformação, alinhando-se à tradição basagliana, somente é alcançado e garantido com a promulgação da Lei 10.216, em abril de 2001. É essa lei que vem substituir uma legislação de 1934 (Decreto n°24.559, de 3 de julho de 1934), ao dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental no país (Brasil, 2001). Destarte, será por meio da trajetória e dinâmica em torno da sua aprovação e em função dos seus desdobramentos que a agenda decisória para a Reforma Psiquiátrica brasileira será revelada.

4 **AGENDA PARA NÃO ESQUECER:** uma caracterização do problema que determinou a reforma psiquiátrica brasileira

O Projeto de Lei que deu origem à Lei 10.216/2001 é o PL nº 3.657, apresentado no dia 12 de setembro de 1989, pelo Deputado Federal Paulo Delgado (PT/MG). Sua ementa versava sobre a extinção progressiva dos manicômios, orientava a sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória no Brasil (Brasil, 1989). Todavia, registros indicam que esse parlamentar foi signatário e interlocutor dos anseios de um movimento já iniciado em 1978 (PEREIRA, 2004; AMARANTE, 1998). Desse modo, a análise do fluxo do problema (*problem stream*) da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) parte precisamente das nuances desse período.

4.1 Fluxo do Problema (*Problem Stream*)

No que tange às diretrizes do Modelo de Múltiplos Fluxos – MSF (Kingdon, [1984] 2014), uma condição apenas se transforma em problema e prioridade governamental quando consegue capturar a atenção dos formuladores de políticas e tomadores de decisão. Não obstante, quanto melhor definido se apresentar esse problema, maiores serão suas chances de receber uma política pública. Para Kingdon, uma maior atenção e notoriedade do problema está relacionada a ocorrência de três mecanismos distintos e complementares acerca do fenômeno, quais sejam: 1) indicadores; 2) eventos, crises e símbolos; e 3) feedbacks das ações governamentais.

Os indicadores correspondem aos dados e informações que revelam a dimensão de uma situação. Embora essas informações apenas reflitam a existência de uma condição, elas podem, eventualmente, dependendo da interpretação dos formuladores de políticas, indicar um problema a ser solucionado. No caso dos “eventos, crises e símbolos”, estes funcionam como poderosos dispositivos de alerta, sinalizando a magnitude de uma dada condição e contribuindo substancialmente para

capturar a atenção dos formuladores de políticas e tomadores de decisão. Eventos, crises e símbolos de grande amplitude costumam ser acompanhados de forte repercussão midiática e apelo social, o que possibilita que o tema ganhe importância e receba maior atenção das autoridades. Por sua vez, os *feedbacks* sobre as ações governamentais correspondem às informações, notícias e conhecimentos sobre uma dada realidade operada pelo governo, que, ao longo do curso natural dos eventos, chegam até as autoridades governamentais e formuladores de políticas (Kingdon, [1984] 2014).

4.1.1 Indicadores do problema na assistência em saúde mental (1978-2003)

A análise documental possibilitou a identificação e sistematização das informações em torno de cinco grupos de indicadores, sendo eles: 1) Mercantilização da loucura: assistência entregue à iniciativa privada; 2) Ênfase na hospitalização/internação; 3) Precarização do Sistema; 4) Fraudes no Sistema; e 5) Violência/abusos contra os doentes. Uma síntese dessas informações é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 - Indicadores para o problema da assistência em saúde mental

INDICADOR	CITAÇÃO
1) Mercantilização da loucura	"No Brasil, os efeitos danosos da política de privatização paroxística da saúde, nos anos 1960 e 1970, incidiram violentamente sobre a saúde mental, criando um parque manicomial de quase 100.000 leitos remunerados pelo setor público, além de cerca de 20.000 leitos estatais" (BRASIL, 1989, p. 10697)
2) Ênfase na hospitalização	"Em 1977, os recursos destinados à hospitalização somaram 96% do orçamento total, e para o ambulatório, os míseros 4% restantes" (CEBES, 1980a, p. 48)
3) Precarização do Sistema	"O INAMPS tem apenas 216 ambulatórios de psiquiatria no Brasil, todos funcionando com precariedade de médicos, e quase que nenhum serviço social, ou de psicologia" (CEBES, 1980a, p. 45)
4) Fraudes no Sistema	"Técnicos do INAMPS, com provável timidez, estimam que em 1977 tenham existido 195.000 internações desnecessárias em serviços psiquiátricos" (CEBES, 1980a, p. 45)
5) Violência contra doentes	"No Brasil da cidadania menos que regulada, a maioria absoluta das mais de 600.000 internações anuais são anônimas, silenciosas, noturnas, violentas, na calada obediência dos pacientes" (BRASIL, 1989, p. 10697)

Fonte: Elaborado pelos autores, adaptado de Vieira (2023)

Os dados organizados em torno do primeiro indicador revelam uma realidade que, no caso brasileiro, se tornou uma das mais importantes críticas sustentada pelos atores interessados na transformação do modelo de assistência. Traduzidos na ideia "mercantilização da loucura: assistência entregue à iniciativa privada", esses dados expõem a discrepância entre a utilização dos aparelhos públicos e privados no trato com a saúde mental.

A intensificação da articulação entre internação psiquiátrica e privatização da assistência em saúde mental, com aumento expressivo da contratação de leitos nas clínicas e hospitais

conveniados, foi fortemente acentuada após 1964, com a instalação do regime militar no Brasil (Tenório, 2002). Se em 1941 havia 3.034 leitos privados, em 1978 esse número chegou a 78.273, representando um crescimento de quase vinte vezes em menos de quarenta anos. Todavia, essa mesma proporção não foi acompanhada pelo setor público, que dos 21.070, em 1941 passou para apenas 22.603 em 1978 (Yasui, 2010). Com efeito, esse fenômeno é utilizado pelo deputado Paulo Delgado, para justificar a propositura do projeto de lei 3.657, quando menciona o parque manicomial criado entre os anos 1960 e 1970, por meio de uma política paroxística de privatização da saúde, resultando em quase 100.000 leitos remunerados pelo setor público, enquanto nos dispositivos públicos esse número girava em torno de 20.000 leitos (Brasil, 1989).

Outra importante crítica do movimento em prol de uma nova política de saúde mental tinha a ver com a ênfase na hospitalização (indicador 2). Desse modo, diversos dados e informações dão conta de evidenciar a dimensão dessa condição. Entre 1973 e 1976, a hospitalização psiquiátrica cresceu 344% e a taxa de reinternação ficou em 63%. Em consonância, em 1973 as despesas com hospitais psiquiátricos representavam 90% dos custos operacionais totais do Ministério da Saúde, uma porcentagem que em 1977 chegou à 96% (CEBES, 1980a). Desse modo, os recursos destinados à hospitalização consumiam praticamente a totalidade do orçamento disponível, restando uma verba mínima para os serviços extra-hospitalares.

No ano de 1985, do total de recursos gastos pelo INAMPS em serviços psiquiátricos contratados, 81,86% foram destinados à área hospitalar e somente 4% direcionados à assistência ambulatorial (Tenório, 2002). Toda essa condição é coerente com o relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental, que além de recuperar e apresentar esses indicadores, registra duras críticas em relação ao caráter hospitalocêntrico da política de saúde mental (Ministério da Saúde, 1988).

Por sua vez, as informações agrupadas em torno do terceiro indicador denotam uma situação precária e de abandono enfrentada no âmbito da assistência psiquiátrica. Ao final da década de 1970, o Ministério da Previdência dispunha de 216 ambulatórios de psiquiatria espalhados pelo Brasil, todos funcionando com precariedade de médicos e praticamente sem nenhum serviço de apoio social ou psicológico (CEBES, 1980a). Os poucos hospitais administrados pela DINSAM, órgão ligado ao Ministério da Saúde, estavam há mais de vinte anos sem realizar qualquer concurso para ingresso de profissionais de saúde, criando um verdadeiro caos nas unidades. Poucos funcionários, estagiários e residentes sobrecarregados, e pacientes enfrentando as piores condições de assistência (CEBES, 1980b; Amarante, 1998).

Em relação à estrutura física das instituições, muitas unidades não apresentavam as condições mínimas de segurança e higiene para operar. Muitos hospitais se concentravam em regiões

consideradas mais nobres do país, deixando de lado as regiões mais pobres. Para aumentar a oferta de leitos, muitos hospitais disponibilizavam leito-chão, onde o paciente era admitido e colocado no chão, sobre um colchonete improvisado, muitas vezes de feno (Ministério da Saúde, 1988; CEBES, 1980b; Câmara dos Deputados, 2000; ARBEX, 2013).

Além disso, conforme informações agrupadas em torno do indicador 4, o sistema permitia a ocorrência de inúmeras fraudes. Contribuindo para o fenômeno chamado "indústria da loucura", internamentos e procedimentos duvidosos e desnecessários eram realizados com o intuito de aumentar a receita das instituições. Nesse sentido, enquanto a ONU preconizava que apenas 3% das consultas psiquiátricas resultassem em internamento, somente no estado de São Paulo, em 1973, 36% das consultas resultaram em internamentos. No Brasil, em 1975, essa taxa era de 13,7%. Em 1977, uma avaliação dos técnicos do INAMPS estimava a ocorrência de 195.000 internações desnecessárias no Brasil. Enquanto o número esperado de internamentos era de 105.000, o número real total chegou a 305.000 (CEBES, 1980a; CEBES, 1980b).

Não obstante, as informações agrupadas em torno do indicador 5 denotam a dura realidade enfrentada pelos pacientes no interior das instituições. Na justificativa para o projeto de lei, Paulo Delgado menciona que "o Brasil da cidadania menos que regulada, a maioria absoluta das mais de 600.000 internações anuais são anônimas, silenciosas, noturnas, violentas, na calada obediência dos pacientes" (Brasil, 1989, p.10697). Um signo dessa violência pode ser representado pelo tempo de permanência nas instituições, transparecendo o caráter da assistência baseada no enclausuramento. Pacientes em situação de aprisionamento, depositados e trancados por meses, anos e décadas, frequentemente em condições insalubres e de péssima higiene (Amarante, 1998). Super lotação e pacientes admitidos em hospitais e submetidos a leitos no chão, a procedimentos invasivos e desumanos, como eletrochoques e cirurgias desnecessárias. Não à toa, o índice de mortalidade nessas instituições era bastante elevado (Câmara dos Deputados, 2000; ARBEX, 2013).

4.1.2 Eventos, crises e símbolos em torno do problema na assistência em saúde mental (1978-2003)

Eventos, crises e símbolos servem de impulso para chamar a atenção do poder público para uma condição (KINGDON, [1984] 2014). Desse modo, no tocante ao problema da assistência em saúde mental, foram identificados e categorizados cinco grupos de eventos, crises e símbolos: 1) Greve dos Trabalhadores em Saúde Mental, denúncias, intervenções e I Caravana Nacional de Direitos Humanos; 2) Congressos, Encontros e Conferências de saúde; 3) Constituição Federal de 1988, Lei orgânica da Saúde – 8.080/1990 e PL 3.657/1989; 4) compromissos e recomendações de órgãos

internacionais; e 5) Experiências bem-sucedidas e Legislações. Uma síntese desses dados é presentada no Quadro 2.

Quadro 2 - Eventos, Crises e Símbolos em torno do problema da assistência em saúde mental.

EVENTO/CRISE/SÍMBOLO	CITAÇÃO
1) Greve dos Trabalhadores em Saúde Mental, denúncias, intervenções e I Caravana Nacional de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados.	"o movimento de reforma psiquiátrica brasileira tem como estopim o episódio que fica conhecido como a 'crise da DINSAM'" (AMARANTE, 1998, p. 51) "O relatório, não obstante, apresenta uma situação que está a indicar a permanência de um modelo anacrônico de atenção à saúde mental no Brasil e, portanto, indica a necessidade de mudanças urgentes" (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000)
2) Congressos, Encontros e Conferências de saúde	"É necessário, pois, construir: uma mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p. 6)
3) Constituição Federal de 1988, Lei orgânica da Saúde – 8.080/1990 e PL 3.657/1989	"A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: I - a soberania; II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana" (BRASIL, 1988 art. 1º)
4) Compromissos e recomendações de órgãos internacionais	"adota os Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, cujo texto está anexo à presente resolução" (NAÇÕES UNIDAS, 1991 Rec. 46/49)
5) Experiências bem-sucedidas e Legislações	"Em maio de 1989, a Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico privado, sofreu uma intervenção da Secretaria Municipal de Saúde, em função das atrocidades, incluindo-se mortes, cometidas com os pacientes lá internados. Iniciou-se, a partir da 'desmontagem do manicômio', um processo de transformação exemplar, com implantação de uma rede de atenção em saúde mental substitutiva" (YASUI, 2010 p. 47)

Fonte: Elaborado pelos autores, adaptado de Vieira (2023)

O primeiro passo em direção à Reforma Psiquiátrica e nova Política de Saúde Mental no Brasil ocorre em 1978, com a chamada "crise da DINSAM", um órgão do Ministério da Saúde, criado em 1941, responsável por elaborar políticas de saúde para o setor de saúde mental, e responsável pela administração de quatro unidades psiquiátricas no Rio de Janeiro: Centro Psiquiátrico Pedro II - CPPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira – CJM; e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho. Após mais de vinte anos sem concurso público para provimento de cargos nessa estrutura, os funcionários enfrentavam péssimas condições de trabalho. Em vista disso, um grupo de médicos bolsistas do CPPII registra no livro de ocorrências do plantão do pronto-socorro as irregularidades daquela unidade hospitalar, tornando público a situação trágica vivenciada naquele hospital (CEBES, 1980a; Amarante, 1998).

Essa denúncia, que dava luz à situação de abandono e precariedade do sistema de assistência psiquiátrica, também criticava a cronificação dos manicômios e o uso de eletrochoques, tornando evidente a condição trágica imposta a pacientes e trabalhadores. Por sua vez, esse ato termina por repercutir e mobilizar os profissionais das outras unidades. Por conseguinte, em abril daquele ano, todas as unidades do DINSAM deflagram uma greve, que duraria oito meses e resultaria na demissão de 260 estagiários e profissionais. Ao longo desse período, essa questão repercute

fortemente por todo o país, sendo bastante divulgada e debatida pela imprensa e por importantes entidades da sociedade civil, como conselhos e sindicatos (CEBES, 1980a; Amarante, 1998).

Destarte, esse segmento de crises, eventos e símbolos ainda é marcado pela intervenção na casa de saúde Anchieta, em Santos-SP, no ano de 1989; e pela realização da I Caravana Nacional de Direitos Humanos, promovida pela Câmara dos Deputados, no ano 2000. No ano de 1989 são noticiadas denúncias de violência, maus tratos e mortes decorrentes do abandono, negligência e excesso de eletrochoques, praticados na casa de saúde Anchieta e que, então, sofre intervenção municipal (LAPS, 1989). Além disso, na véspera da aprovação da Lei 10216/2001, é divulgado o relatório da I Caravana de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, indicando a situação deprimente imposta aos doentes mentais pelo país (Câmara dos Deputados, 2000).

Todavia, no conjunto de crises, eventos e símbolos 2 – Congressos, Encontros e Conferências de saúde, se visualiza uma sucessão de eventos que terminam por envolver grande parte da sociedade em torno da temática. Além de servirem de palco e cenário para conhecimento da real situação do sistema assistencial, servem para discussão e aprimoramento das ideias e propostas alternativas. Desse modo, considera-se que esses episódios/acontecimentos tenham contribuído fortemente para enaltecer ainda mais o problema da assistência em saúde mental brasileira, se constituindo em importantes sinalizadores de emergência para os formuladores de política. Um exemplo é a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília – DF no ano 1987. Além do simbolismo histórico por ser a primeira conferência nacional na área de saúde mental, é o relatório desse encontro que sustenta o Projeto de Lei 3.657 de 1989, precursor da Lei 10.216/2001. Pela primeira vez na história brasileira surge um documento oficial ditando as diretrizes para uma Reforma Psiquiátrica no país (Ministério da Saúde, 1988).

Outro evento de forte influência sobre a agenda da política de saúde mental é o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em dezembro de 1987, na cidade de Bauru – SP (Amarante, 1998). O horizonte do congresso girou em torno do tema “por uma sociedade sem manicômios” e desse espaço surgem dois importantes símbolos na conformação da agenda da política: A instituição do dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial; e o Movimento Social da Luta Antimanicomial (MLA), um movimento formado por usuários, familiares e diferentes atores da sociedade (Yasui, 2010).

Ademais, tanto compondo a lista de eventos importantes para a agenda da política de saúde mental, bem como representando de forma simbólica os compromissos internacionais firmados pelo Brasil, tem-se a Conferência de Caracas, realizada em 1990, na Venezuela. A partir desse encontro, diversas organizações e autoridades de saúde de diferentes países, incluindo Brasil, se comprometem com a reestruturação da assistência psiquiátrica nos seus respectivos locais. Nessa

mesma linha, em Assembleia Geral da ONU, em dezembro de 1991 são aprovadas as resoluções 46 e 49, orientando a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria na assistência à saúde mental (ONU, 1991).

No que tange ao grupo dos Eventos, Crises e Símbolos 3, considera-se que a promulgação da Constituição Federal de 1988; a Lei orgânica da Saúde – 8.080/1990; e a apresentação do Projeto de Lei nº 3.657/1989 representaram símbolos fundamentais no fluxo do problema (*problem stream*) da Política de Saúde Mental brasileira, pois fundamentam a ascensão desse tema à agenda decisória. A importância da promulgação da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde para o fluxo do problema ocorre por duas vias. Se, por um lado, pavimentam o caminho para a Política de Saúde Mental, por outro, seus princípios e diretrizes terminam por sinalizar e justificar a necessidade de revisão do modelo adotado pela vigente assistência psiquiátrica no Brasil.

Finalmente, representadas pelo grupo dos Eventos, Crises e Símbolos 5, verifica-se que Legislações e Experiências bem-sucedidas influenciaram sua ascensão à agenda decisória. Em 1987 inaugurava-se na cidade de São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil. Por sua vez, esse primeiro CAPS se torna um lugar de referência de socialização e de tratamento para usuários e familiares, repercutindo e inspirando a criação e transformação de diversos equipamentos pelo país (Silva; Fonseca, 2002; Yasui, 2010).

Nessa mesma linha, em 1989 tem-se a inauguração do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) do Brasil, produto de uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta. A partir dessa intervenção, desenvolveu-se um processo de transformação exemplar, desmontando o manicômio e, em sua substituição, implantando-se uma rede de atenção em saúde mental. Dessa forma, assim como o primeiro CAPS, esse primeiro NAPS ganhou repercussão e inspirou novos equipamentos de assistência pelo país (Yasui, 2010), operando como símbolos para o fluxo do problema (*problem stream*) da política de saúde mental, fortalecendo tanto a evidência do problema da assistência psiquiátrica no Brasil, como sinalizando a existência de possíveis alternativas.

4.1.3 Feedbacks sobre as ações governamentais

Por *feedbacks* sobre as ações governamentais compreende-se as informações, notícias e conhecimentos acerca de uma dada realidade, operada pelo governo, e que, ao longo do curso natural dos eventos, chegam até as autoridades governamentais e formuladores de políticas (KINGDON, [1984] 2014). Nesse sentido, o conjunto de dados sistematizados pela presente análise possibilitou a composição de dois grupos de feedbacks: 1) Ineficiência do Sistema; 2) experiencias bem-sucedidas e legislações estaduais. Uma síntese dessas informações é apresentada no Quadro 3.

Quadro 3 - Feedbacks sobre a assistência em Saúde Mental

FEEDBACKS	CITAÇÃO
1) Ineficiência do sistema	"Na área da saúde, verifica-se um acúmulo histórico de vicissitudes que deram origem a um sistema em que predominam interesses de empresários e da área médico-hospitalar. O modelo de organização do setor público é anárquico, pouco eficiente e eficaz, gerando descredito junto à população" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p. 6) "a situação da saúde mental deve ser entendida no quadro das políticas de saúde que não têm sido concebidas de modo a equacionar e resolver os grandes problemas de saúde da população" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 37)
2) Experiências bem-sucedidas e legislações estaduais	Em 1989 "são implantados no município de Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992, do Rio Grande do Sul "Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências" (RIO GRANDE DO SUL, 1992)

Fonte: Elaborado pelos autores, adaptado de Vieira (2023)

Mesmo antes da crise da DINSAM (1978) já havia reconhecimento e informações sinalizando a insuficiência e ineficiência da assistência prestada aos doentes mentais. Em 1961, o diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) manifestava publicamente seu entendimento acerca da possibilidade de pacientes internados em grandes hospitais psiquiátricos, receberem tratamento extra-hospitalar (CEBES, 1980a). Nessa mesma linha, em 1973 o Ministério da Saúde conclama o anacronismo do sistema assistencial brasileiro, baseado na solução custodial e na internação em massa dos pacientes, em hospitais psiquiátricos. Para o ministério, esse modelo já estava inteiramente superado, pois seu abandono vinha sendo preconizado há cerca de trinta anos (CEBES, 1980a).

Em 1977, o Ministério da Saúde reitera que a assistência centrada no hospital se concentrava na fase mais tardia das alterações mentais, defendendo maior investimento em atividades de promoção e prevenção primária e secundária, onde se localizavam resultados terapêuticos mais eficazes (CEBES, 1980a). Mais adiante, na ocorrência da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o sistema geral de saúde foi objeto de críticas. Mencionou-se que se tratava de um modelo anárquico, pouco eficiente e sem credibilidade junto à população (Ministério da Saúde, 1986). Ademais, por meio do relatório final da 1ª Conferência de Saúde Mental, realizada no ano de 1987, a questão da saúde mental foi colocada no grupo das políticas que não são concebidas para equacionar e resolver os problemas da população (Ministério da Saúde, 1988).

Todavia, além dos *feedbacks* negativos acerca do modelo de assistência, chegavam aos formuladores de política outros tipos de informações, como avaliações positivas acerca dos primeiros CAPS e NAPS, denotando o caminho de como transformar a assistência psiquiátrica brasileira, por meio de dispositivos inovadores e eficientes, sobretudo distanciados do hospital psiquiátrico (Ministério da Saude, 2005). Não obstante, na esteira da apresentação do Projeto de Lei nº 3.657 de 1989, entre 1992 e 1997, o Distrito Federal e mais sete estados federados (Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul), aprovam legislações revendo procedimentos, prevendo direitos aos doentes e reorientando a assistência em saúde mental nas suas jurisdições (Ministério da Saúde, 2004). Consequentemente, essa fartura de *feedbacks* não apenas tornava clara uma possibilidade, como transparecia uma importante disposição política e social, frente à necessidade de enfrentar seriamente o problema da assistência psiquiátrica brasileira.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a premissa de que problemas são construções sociais e que, portanto, para receberem a devida atenção dos formuladores de políticas precisam estar bem formulados e definidos, verifica-se, por meio dos documentos e referências utilizadas pela presente análise, não somente o fator social na construção e delimitação do problema da assistência psiquiátrica brasileira, mas, sobretudo, o estabelecimento de um farto conjunto de informações e recursos, que diferentes atores, em diferentes espaços, produziram e fizeram chegar aos formuladores de política.

Desse modo, o fluxo do problema (*problem stream*) se constitui substantivamente com indicadores que revelam a ênfase assistencial hospitalocêntrica e operada na lógica do lucro pelo setor privado, resultando em fraudes e violações contra os pacientes; pela ocorrência de crises, símbolos e eventos, como greves, denúncia e intervenções, tal qual pela ocorrência de encontros e conferências que deram tom ao problema e sinalizaram alternativas, bem como pelo acompanhamento de símbolos históricos, como Constituição Federal, Sistema Único de Saúde e primeiros CAPS/NAPS; e termina com *feedbacks* que tanto dimensionam e reforçam o problema, como apontam para a direção de uma possível solução.

Assim, já que a delimitação do problema implica mais que narrativas e envolve dados, fatos, a identificação de suas causas e das possíveis soluções; se o sucesso do problema no processo de formação de agenda começa por essa definição, então pode-se avaliar que esses critérios foram cumpridos de forma eficiente no fluxo do problema (*problem stream)*, sobretudo porque uma nova Política Nacional de Saúde Mental foi estabelecida a partir de 2001.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos Pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, [1995] 1998.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
ARAÚJO, Luísa; RODRIGUES, Maria L. Modelos de Análise das Políticas Públicas. **Sociologia, problemas e práticas**, n. 83, p. 11-35, 2017.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Geração Editorial, São Paulo: 2013.

BASAGLIA, Franco. **A Psiquiatria Alternativa:** contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, Franco. Legge e psichiatria: per un'analisi delle normative in campo psichiatrico. In: **Basaglia Scritti II** – 1968-1980: dall'appertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Einaudi. p.445-466, 1982.

BRASIL. [Constituição 1988] **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 3.657, de 12 de setembro de 1989**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília, 1989.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a criação do SUS. **Diário Oficial da União.** Brasília: 1990.

BRASIL. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 2001.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **I Caravana Nacional de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados**, Brasília. 2000.

CAPELLA, Ana C. N. Formação da Agenda Governamental: Perspectivas Teóricas. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, ago. 2005, Caxambu: ANPOCS, 2005.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica:** a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.

CEBES. A psiquiatria no Âmbito da Previdência Social. **Saúde em Debate.** Nº 10 – abril/maio/junho de 1980a.

CEBES. Condições de Assistência ao Doente Mental. **Saúde em Debate**. Nº 10 – abril/maio/junho de 1980b.

COBB, Roger W.; ELDER, Charles D. **Participation in American Politics:** The dynamics of agenda building. Boston, MA: Allyn and Bancon, 1972.

EASTON, David. **A Framework for Political Analysis.** Englewood Cliffs: Prentice Hall. 1965.

FONTE, Eliane M. M. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia**, Pernambuco: v. 1, n. 18, 2012.

KINGDON, John W. **Agendas, Alternatives and Public Policies**. Harlow: Pearson Education, [1984] 2014.

KNOEPFEL, Peter; LARRUE, Corinne; VARONE, Frederic; HILL, Michael. **Public Policy Analysis**. Bristol (Great Britain): The Policy Press, 2007.

LAPS. Clínica Anchieta sofre intervenção da Prefeitura Municipal por conta de denúncias de violência e maus tratos. **Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**, Fiocruz, 1989. Disponível em: https://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/63. Acesso em: 20 jul. de 2023.

LASWELL, Harold D. **Politics:** Who Gets What, When, How. Cleveland, Meridian Books. 1936.

LINDBLOM, Charles E. The Science of Muddling Through, **Public Administration Review,** 19, p. 78-88, 1959.

MENY, Ives; THOENIG, Jean. C. **Las Políticas Públicas.** Translated by Francisco Morata. Barcelona (España): Ariel Ciencia Política. 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório Final da 8ª **Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório Final da **I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório Final da **II Conferência Nacional de Saúde Mental**, Brasília, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004**. Ed. 5, Brasília – DF, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos de Caracas. Brasília – DF, 2005.

OLIVEIRA, Emídio C.; OLIVEIRA, Paulo, R. M. Uma arquegenealogia história da ciência das políticas públicas nos Estados Unidos (1906-1960). **Revista Sociais e Humanas**. Santa Maria – RS: v. 32, n. 3, 2019.

PEREIRA, Rosemary C. **Políticas de Saúde Mental no Brasil**: O processo de formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01). Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2004.

RIO GRANDE DO SUL. Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. **Assembleia Legislativa**, Porto Alegre, 1992.

SILVA, Ana L. A.; FONSECA, Rosa M. G. S. Projeto copiadora do CAPS Luís Cerqueira: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. **Revista da Escola de Enfermagem** da USP, 36 (4) dez 2002.

SIMON, Herbert. **Comportamento Administrativo**. Rio de Janeiro: USAID. 1957.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre: ano 8, n. 16, jul./dez., p. 20-45, 2006.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro: v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

ONU. United Nations. **Resolution 46/49**: the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care: 75th plenary meeting, 17 December, 1991.

VIEIRA, Luiz Arilton. **Janela à loucura:** uma análise da agenda decisória na política nacional de saúde mental. Tese apresentada junto Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – UFPR, Curitiba, 2023.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ZAHARIADIS, Nikolaos. The Multiple Streams Framework: structure, limitations, prospects. *In*: SABATIER, P. A. (Ed.). **Theories of the policy process.** Boulder: Westview, p. 65-92. 2007.

Notas

[1] Os resultados apresentados no presente artigo decorrem de uma pesquisa mais ampla e intitulada “Janela à Loucura: uma análise da agenda decisória na Política Nacional de Saúde Mental” (VIEIRA, 2023), apresentada como produto de tese junto ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Paraná - UFPR.