

REVISTA DE DIREITO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA



ISSN 2595-5667

REVISTA DE DIREITO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

ANO Nº 06 – VOLUME Nº 01 – EDIÇÃO Nº 03 – Dossiê Temático

ISSN 2595-5667

Editor-Chefe:

Prof. Dr. Emerson Affonso da Costa Moura, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil

**Rio de
Janeiro, 2021.**

REVISTA DE DIREITO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

LAW JOURNAL OF PUBLIC ADMINISTRATION

Conselho Editorial Internacional:

- Sr. Alexander Espinosa Rausseo, Universidad Central de Venezuela, Venezuela
Sr. Erik Francesc Obiol, Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Peru, Peru
Sr. Horacio Capel, Universidad de Barcelona, Barcelona, Espanha.
Sra. Isa Filipa António, Universidade do Minho, Braga, Portugal, Portugal
Sra. Maria de Los Angeles Fernandez Scagliusi, Universidad de Sevilla, Sevilha, Espanha.
Sr. Luis Guillermo Palacios Sanabria, Universidad Austral de Chile (UACH), Valdivia, Chile.
Sra. Mónica Vanderleia Alves de Sousa Jardim, Universidade de Coimbra, UC, Portugal.
Sr. Mustafa Avci, University of Anadolu, Turquia

Conselho Editorial Nacional:

- Sr. Adilson Abreu Dallari, Pontificia Universidade Católica, PUC/SP, Brasil.
Sr. Alexandre Santos de Aragão, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, RJ, Brasil.
Sr. Alexandre Veronese, Universidade de Brasília, UNB, Brasil.
Sr. André Saddy, Universidade Federal Fluminense, UFF, Brasil.
Sr. Carlos Ari Sunfeld, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, Brasil.
Sra. Cristiana Fortini, Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Brasil.
Sra. Cynara Monteiro Mariano, Universidade Federal do Ceará, UFC, Brasil.
Sr. Daniel Wunder Hachem, Universidade Federal do Paraná, UFPR, Brasil.
Sr. Eduardo Manuel Val, Universidade Federal Fluminense, UFF, Brasil.
Sr. Fabio de Oliveira, Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
Sr. Flávio Garcia Cabral, Escola de Direito do Mato Grosso do Sul, Mato Grosso do Sul., Brasil
Sr. Henrique Ribeiro Cardoso, Universidade Federal de Sergipe, UFS, Brasil.
Sr. Jacintho Silveira Dias de Arruda Câmara, Pontificia Universidade Católica, São Paulo, Brasil.
Sra. Jéssica Teles de Almeida, Universidade Estadual do Piauí, UESPI, Piri-piri, PI, Brasil., Brasil
Sr. José Carlos Buzanello, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
Sr. José Vicente Santos de Mendonça, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Brasil.
Georges Louis Hage Humbert, Unijorge, Brasil
Sra. Maria Sylvia Zanella di Pietro, Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Sra Marina Rúbia Mendonça Lôbo, Pontificia Universidade Católica de Goiás, Goiás, Brasil.
Monica Sousa, Universidade Federal do Maranhão
Sr. Mauricio Jorge Pereira da Mota, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Brasil.
Sra. Monica Teresa Costa Sousa, Universidade Federal do Maranhão, UFMA, Maranhão, Brasil.
Sra. Patricia Ferreira Baptista, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Brasil.
Sr. Paulo Ricardo Schier, Complexo de Ensino Superior do Brasil LTDA, UNIBRASIL, Brasil.
Sr. Vladimir França, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Brasil.
Sr. Thiago Marrara, Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Sr. Wilson Levy Braga da Silva Neto, Universidade Nove de Julho, UNINOVE, Brasil.

DE CARIDADE A DIREITO FUNDAMENTAL: A TRANSFORMAÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM POLÍTICA PÚBLICA

FROM CHARITY TO FUNDAMENTAL RIGHT: THE TRANSFORMATION OF MENTAL HEALTH INTO PUBLIC POLICY

Andre Luiz Coelho¹

Fernanda Santos Brumana²

RESUMO: Neste artigo, examinamos a gênese da saúde mental enquanto Política Pública e analisamos o tratamento conferido a saúde no Brasil em perspectiva histórica. Partindo do conceito de Políticas Públicas, ressaltamos o fato de que, somente a partir da promulgação da Constituição de 1988, a saúde mental se consolidou enquanto direito de todos e dever do estado. Utilizamos como metodologia o estudo de caso do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), cujo papel foi essencial para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Compreendemos, assim, uma análise qualitativa de caráter exploratório a partir de análise bibliográfica. O objetivo buscado foi associar a saúde ao conceito de Política Pública e entender de que maneira essa construção se operou, historicamente. Conforme será exposto, com a previsão de um sistema público, único, universal e gratuito de saúde em diversos dispositivos da Magna Carta, finalmente se evidenciou o fortalecimento dos direitos sociais de segunda dimensão e, a partir deles, a cobrança social por prestações positivas do Estado (fenômeno em voga atualmente, com as discussões acerca do ativismo judicial).

¹ Professor Adjunto e Chefe de Departamento da Escola de Ciência Política (ECP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), onde leciona no mestrado e no bacharelado em Ciência Política, bem como no mestrado em Direito e Políticas Públicas na mesma instituição. Doutor em Ciência Política pelo Instituto de Estudos Sociais e Políticos da UERJ (Iesp-Uerj), possui graduação em Ciências Sociais (2004) e mestrado em Ciência Política (2007) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Exerceu a função de professor dos cursos de Relações Internacionais e Direito do Centro Universitário La Salle (UNILASALLE/RJ), de professor substituto na graduação em Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), de pesquisador visitante no Kellogg Institute for International Studies da Universidade de Notre Dame (EUA), de pesquisador visitante na Brown University (EUA) no programa "Brown International Advanced Research Institute"

² Mestranda em Direito e Políticas Públicas pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Possui graduação em Direito pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2018). Advogada. Atualmente é assistente jurídica - Secretaria de Estado de Fazenda e Planejamento do Rio de Janeiro.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos Fundamentais. Direitos Sociais. Políticas Públicas. Saúde. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT: In this article, we examine the genesis of mental health as a Public Policy and analyze the treatment given to health in Brazil from a historical perspective. Starting from the concept of Public Policies, we emphasize the fact that, only after the enactment of the 1988 Constitution, mental health was consolidated as a right of all and a duty of the State. We used as a methodology the case study of the Movement of Workers in Mental Health (MTSM), whose role was essential for the Brazilian Psychiatric Reform. Thus, we understand a qualitative analysis of an exploratory nature based on bibliographical analysis. The objective sought was to associate health with the concept of Public Policy and to understand how this construction operated historically. As will be explained, with the prediction of a public, single, universal and free health system in various provisions of the Magna Carta, the strengthening of second dimension social rights was finally evidenced and, from them, the social demand for positive benefits from the State (currently in vogue phenomenon, with discussions about judicial activism).

KEYWORDS: Fundamental Rights. Social rights. Public policy. Health. Psychiatric reform.

i. Introdução:

Quando pensamos em saúde pública no Brasil, a principal referência desde 1988 é o Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, ainda é escasso o debate mais amplo no público em geral sobre o tema da saúde mental e sobre como a Reforma Psiquiátrica promoveu uma verdadeira reestruturação na participação social na construção de Políticas Públicas.

Contudo, antes mesmo de analisar o tema central deste artigo, ressaltamos que o entendimento da Saúde como Política Pública é obrigatório. Afirmamos a necessidade de buscar sua compreensão ainda na origem, desde a formação do Brasil enquanto país. Para tanto, podemos voltar ao Brasil colonial, que tinha principalmente na figura das Santas Casas de Misericórdia um dos principais lócus de prestação de serviços de saúde. Portanto, um dos objetivos do artigo é justamente entender o desenvolvimento do tema da saúde, buscando entender a exata dimensão de quão grande foi o salto da natureza jurídica da saúde no Brasil.

No presente trabalho, a compreensão mais ampla sobre qual seria o significado da Saúde será percebida a partir de um estudo analítico que volta ao passado na intenção de que,

aos poucos, seja possível perceber a saúde mental como Política Pública e direito fundamental de todos, como compreendido no presente.

Como será visto, a preocupação com a saúde como pauta pública ganhou relevo na década de 1930, no período da Segunda República brasileira, notadamente pela influência varguista no desenvolvimento industrial do país e, conseqüentemente a isso, com o fortalecimento dos movimentos de trabalhadores.

De fato, a história nos mostra que foi o regime Getulista que inaugurou a noção de que as relações trabalhistas precisariam ser regulamentadas através de um sistema previdenciário. Todavia, os serviços de saúde dependiam da associação a uma categoria/classe de trabalhador, de modo que a sua prestação se reputava garantida a partir da ideia de corporativismo. Ou seja, houve um aumento significativo da assistência à saúde, sobretudo pela preocupação socioeconômica em torno da saúde do trabalhador, mas não se pode dizer que a saúde era universal ou gratuita.

Atualmente, no entanto, podemos admitir que a saúde é dever do Estado e direito social dos cidadãos, de modo que não pode se limitar a determinada classe de trabalhadores, tampouco pressupor favorecimento social. A ideia de um sistema único de saúde que pudesse, a um só modo, ser custeado por todos através do produto da arrecadação dos recursos do orçamento da seguridade social da União, Estados, DF Municípios, nos termos dos arts. 195 e 198 da CRFB/88 atende à finalidade magna de ser a saúde constituída por rede regionalizada e hierarquizada, de abrangência universal e de remuneração gratuita.

Sob essa perspectiva universal, includente por natureza, não podemos deixar de lado a saúde mental. Neste ponto, o presente trabalho se ocupará também de narrar como se deu o desenvolvimento da saúde mental, cuja insurgência dialoga com o mesmo movimento participativo que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Nossa intenção não é esgotar o tema, mas evidenciar a sua construção enquanto Política Pública e, por assim o ser, direito fundamental.

Na ótica da saúde, embasada em estudos científicos, a preocupação com as questões da mente tem se revelado verdadeira matéria autônoma, como um campo do saber dentro de outro campo. Paradoxalmente, a concepção segundo a qual a saúde mental não possui certezas e, por isso, não pode ser defendida enquanto ciência fez, por muito tempo, que o tema fosse

apartado da seara substantiva dos direitos prestacionais do Estado. Afinal, aquilo sobre o que não se tem consenso não se pode exigir uma postura assistencialista do Estado.

Por esse motivo, as clínicas particulares em saúde mental ganharam tantos adeptos e consistiram verdadeiro império durante o século passado, tendo seu fim marcado pelos movimentos populares que culminaram na Reforma Psiquiátrica, na década de 1990. A história revela, conforme poderá ser compreendido nestas páginas, que toda grande Política Pública começa com um apelo social, alguns mais fortes que outros. No que toca à saúde, e sobretudo a estigmatizada saúde mental, foi necessário um movimento participativo da sociedade e, sobretudo, daqueles que compunham a rede assistencial na área para que, de fato, a matéria entrasse no foco do interesse público.

Em resumo, se hoje o Estado brasileiro é calçado, a um só tempo, no Bem-Estar social e de descentralização de serviços, tal fenômeno pode ser muito bem observado na trajetória das ações em saúde: precisou-se (em um primeiro momento) assegurar-la enquanto direito fundamental universal e gratuito para depois admitir que, mesmo o sendo, é possível o seu compartilhamento com os *players* privados.

É a partir dessa concatenação de ideias que se estrutura o presente trabalho, cuja missão é realizada através dos tópicos a seguir. No item 2.1, a intenção é reconstruir o (dis)curso da saúde como caridade para desconstruí-la mais tarde, nutrindo o terreno para o plantio da noção de saúde segundo a visão assistencialista de estado. O item 2.2, então, se ocupará de analisar a ideia de estado de Bem-Estar social, pensada no mundo ocidental em um contexto pós Segunda Guerra Mundial.

Neste segundo tópico analítico, será apresentada a falácia de que um estado democratizado ou redemocratizado é, também, necessariamente universal e inclusivo em sua esfera prestacional, especialmente quando consideramos critérios operativos e mínimos para a caracterização do que entendemos por democracia. A referida falha estatal no que diz respeito a efetivação de uma vida digna, a partir de cuidados em atenção básica na saúde, ou acompanhamento e terapias ocupacionais em saúde mental, culminou no desenvolvimento de uma das maiores políticas públicas já criadas pelo estado brasileiro: o Sistema Único de Saúde.

Chega-se, então, ao item 2.3, no qual será descrito o processo de formulação de uma Política Pública levando em consideração o protagonismo do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), de tal sorte que a saúde se apresenta hoje sob os holofotes do

interesse público e, portanto, enquanto Política Pública. Portanto, o SUS é aqui abordado como sinônimo de resultado, sem desprestigiar o fato de que é, também, um conjunto complexo de sistemas que merecem análise isolada.

2. O histórico da saúde pública e da saúde mental no Brasil

2.1 A saúde enquanto liberalidade: da atenção privada em saúde até a construção de uma pauta pública

Compreender a história da saúde é, também, compreender a história da identidade brasileira. Entretanto, a verdadeira transformação da saúde se deu através do apelo social, ‘de baixo para cima’. Essa particularidade resultou na gênese de um sistema de fato pensado para dar certo, idealizado pelos próprios usuários. Assim, neste momento, vale repaginar os fatos históricos para demonstrar que, diferente inclusive da própria independência do Brasil que só ocorreu por interesse político das forças de poder, a atenção em saúde (tanto física quanto mental) exigiu um *animus* participativo para propulsionar seu ciclo de Política Pública. É o que se passa a demonstrar a seguir.

Malgrado a vinda da Família Real portuguesa ao Brasil, em 1808, tenha promovido os primeiros esforços em saúde na então colônia³, a atenção à Saúde como pauta política se deu apenas no Século XX, com a elaboração de políticas e propostas para os problemas existentes.

³Na busca por transformar a realidade vivida no Brasil naquela de Portugal, uma das primeiras medidas da Família Real foi a fundação de cursos universitários. A criação do curso de Medicina foi de extrema relevância para a criação de Hospitais no Brasil, bem como para a formação de um corpo profissional brasileiro, em convívio com os médicos portugueses. Destacam-se a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro e o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar de Salvador como os primeiros hospitais escola, formando novos médicos no Brasil. Até então, a assistência em saúde no Brasil era realizada pelas Santas Casas de Misericórdia, tendo as primeiras surgido pouco tempo após o seu descobrimento. Ou seja, elas precederam a própria organização jurídica do Estado brasileiro, que se deu através da Constituição Imperial de 25 de março de 1824. Conforme os registros oficiais da Santa Casa, até 1824 já haviam sido fundadas as Santas Casas de Santos (1543); Salvador (1549); Rio de Janeiro (1567); Vitória (1818); São Paulo (1599); João Pessoa (1602); Belém (1619); São Luís (1657), Campos (1792) e Porto alegre (1803) entre outras. Destas derivaram outras entidades similares, como as Beneficências Portuguesas, Hospitais Filantrópicos das comunidades Judaica, Japonesa, Sírio-Libanesa, ou mesmo ligadas a movimentos da igreja Católica, Protestante, Evangélica, Espírita, entre outras, totalizando, até os dias atuais, cerca de 2.100 estabelecimentos de saúde espalhados por todo o território brasileiro. Fundadas pela Igreja e, inicialmente com a ideia de caridade – entre o século XVIII e o ano de 1837, elas contavam com doações para seu sustento. É o que se extrai do sítio oficial da Confederação das Santas Casas de Misericórdia do Brasil, cujo inteiro teor se encontra disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>. Acesso em: 22.nov.2022.

No período colonial, a assistência em saúde era prestada pelas Santas Casas de Misericórdia⁴, como medida filantrópica. No Império, passou-se a intervir na saúde pública mediante o controle sanitário nos portos, onde todas as embarcações suspeitas de transportar enfermos eram submetidas à quarentena.

A intervenção estatal na saúde aumentou com as crescentes epidemias nas cidades, resultado da falta de saneamento e da vastidão de embarcações que chegavam de outros portos ao redor do mundo. Esse cenário levou à criação, em 1900, de duas importantes instituições, respectivamente, no Rio de Janeiro e em São Paulo: O Instituto Soroterápico Federal e o Instituto Butantan. Outro importante marco para saúde pública foi a criação, em 1920, do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP, um embrião do Ministério da Saúde (criado apenas em 1953, e que será abordado na sequência cronológica mais adiante).

A biografia do Brasil republicano pode ser contada a partir de dicotomias: modernidade x atraso, centralização x descentralização, ordem pública x ordem privada, entre outras (NUNES, 1997, p. 18). Melhor é pensá-las não como excludentes, mas complementares. Esse sincretismo é uma marca da experiência brasileira retratada por Edson de Oliveira Nunes (1997) em “A gramática política do Brasil”⁵.

Gilberto Hochman (1993), por sua vez, foi o pioneiro em apontar a formação de uma consciência sanitarista no Brasil do início do século XX. Como à época, os valores do clientelismo eram mais significativos, coube apenas aos reformistas da década de 1930 a mudança no sistema público de saúde. As primeiras intenções de reforma, porém surgiram uma década antes, mas ainda eram maculadas pelo clientelismo da época. Segundo Edson de Oliveira Nunes (1997), as outras três gramáticas (insulamento, universalismo e corporativismo), por sua vez, surgiram no primeiro governo Vargas. Nunes (1997) defende que

⁴ Vale a nota de rodapé feita por ODA e DALGALARRONDO (2005) em artigo apresentado para apresentar os resultados da institucionalização dos alienados em 5 províncias brasileiras durante o II Reinado: Fundada em Lisboa (1498) a “Irmandade de Nossa Senhora, Mãe de Deus, Virgem Maria da Misericórdia”, no Brasil era conhecida como a “Irmandade da Santa Casa de Misericórdia”. Atualmente, a participação das “Santas Casas”, agora configuradas como entidades filantrópicas civis sem fins lucrativos, na assistência hospitalar prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é ainda expressiva; em 2002 os hospitais filantrópicos eram 27% das unidades hospitalares credenciadas e detinham 34% dos leitos hospitalares disponíveis na rede pública. (ODA, DALGALARRONDO, 2005, p.3).

⁵ Segundo o autor, existem quatro padrões institucionais de relações para estruturar o vínculo entre sociedade civil e Estado brasileiro. Essas são as ditas “quatro gramáticas políticas”, quais sejam: o corporativismo, o clientelismo, o universalismo de procedimentos e o insulamento burocrático.

o clientelismo e corporativismo encontraram uma forma de serem perenes no cenário político do país.

Em agosto de 1918, o deputado e médico Azevedo Sodré trouxe a proposta de criação de um ministério da saúde pública. Essa reforma foi aprovada pelo Congresso Nacional em dezembro de 1919, materializando o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) que, Segundo Hochman (1993), por mais que o DNSP não tenha solucionado os problemas de saúde da população, implicou em aumento da atuação pública em quase todas as unidades da federação, que passou a legislar sobre assuntos direta ou indiretamente vinculados à saúde pública.

A partir dessa preocupação legislativa (diga-se, ainda incipiente), em 1923 foi criada a Lei Eloy Chaves⁶, compreendida como o “embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs)” (BRAVO, 2001, p.3). Essas caixas davam ao trabalhador a assistência médica necessária, mas de forma proporcional à contribuição. É em 1923, também, que a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) é fundada, com o objetivo de melhorar a assistência aos doentes mentais, renovando o quadro de profissionais que os atendiam. Trata-se do início da intervenção psiquiátrica na esfera social.

Apesar de, no curso da década de 1920, terem sido inaugurados os institutos acima em comento, foi apenas durante a Segunda República brasileira (ou “Era Vargas”) em 1930 que a saúde emergiu como questão social, em meio a um Brasil exportador de café. Segundo Bravo (2001), seria resultado do avanço da indústria e da própria divisão do trabalho, o que fez com que os trabalhadores fossem introduzidos às questões de higiene e saúde no trabalho.

O regime Getulista inaugura a noção de que as relações trabalhistas precisariam ser regulamentadas através de um sistema previdenciário, através do qual o provimento dos serviços de saúde fosse assegurado mediante a categoria e o instituto de cada trabalhador. Nessa fase, rotular - e separar - os trabalhadores conforme sua contribuição foi fundamental para legitimar o modelo assistencial proposto. Criara-se, assim, um serviço de assistência pública ao trabalhador, mas apenas àquele que fosse empregado e reivindicasse a criação dos fundos em suas empresas.

⁶Que, apesar de se chamar “lei”, trata-se, formalmente, na estrutura normativa de um Decreto, o Decreto Legislativo n.º 4.682/1923.

Dessa sorte, apenas uma parte da população assalariada seria beneficiada com o serviço governamental, o que caracteriza a seletividade e segregação desse modelo de assistência. É com Getúlio Vargas, então, a partir da década de 30, que o Estado passa a promover reformas estruturais, sendo exemplos a redefinição do papel do Estado, os processos de industrialização e, conseqüentemente, o surgimento de políticas sociais para atender demandas dos trabalhadores.

É diante desse contexto que a política de saúde iniciada nos anos 30 se estende até meados dos anos 60, resultando na centralização da assistência estatal, com vistas a criar condições sanitárias mínimas e a garantir a chamada medicina previdenciária a estes trabalhadores. (BRAVO, 2001, p.4). De modo sucinto e suficientemente preciso, é possível afirmar que as políticas em saúde, dos anos 30 até 60, contemplaram reformas sanitárias, principalmente campanhas de vacinação contra epidemias, graças à influência dos barões de café e a pressão para que seus trabalhadores não adoecessem.

Aqui, o conceito de saúde enquanto política pública é posto como toda a resposta social (ação ou omissão) do Estado frente a uma demanda em saúde. Essa vasta classificação permite inserir no conceito, também, eventual “intervenção sobre a produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde, inclusive o ambiente”. (SANTOS, TEIXEIRA. 201, p.44)⁷. Frise-se que essa resposta estatal não tem momento certo e determinado para ocorrer, em se tratando de política de saúde pública, a prestação pode se dar de modo *ex ante* a alguma doença (profilático) ou de modo reparador, quando já existe o problema e a intenção é saná-lo com o tratamento adequado.

Dentro dessa seara, em 1934 foi publicado o Decreto nº 24.559/34⁸, considerado grande marco para a saúde mental à época, uma vez que dispunha sobre a “profilaxia” mental, assistência e proteção à pessoa e aos bens dos “psicopatas”. Um dos principais pontos desse novo documento legislativo foi a inclusão da proteção à pessoa com doença mental, uma vez

⁷SANTOS, Jamilli Silva. TEIXEIRA, Carmen Fontes. Produção científica sobre política de saúde no Brasil (1988-2014) contribuição ao debate sobre a Reforma Sanitária Brasileira. In: TEIXEIRA, C.F., comp. Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, 510 p. ISBN 978-85-232-2021-1. <https://doi.org/10.7476/9788523220211>.

⁸ Segundo esse decreto, a Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental tem por fim proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal e dar amparo médico e social, dentre outros. Íntegra do documento disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559imprensa.htm. Acesso em: 26.nov.2022.

que citava a “assistência a psicopatas”, o que reforçou a preocupação em dar assistência e a garantir os direitos dessas pessoas. (PEREIRA, 2004).

Em 1937 foi proposta a coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico pelo Departamento Nacional de Saúde. Entretanto, não fazia sentido, à época, pensar em um modelo que fosse ao mesmo tempo assistencial e universal, cuja cobertura abrangesse a todo e qualquer cidadão brasileiro, dispensando-se uma contraprestação por parte do beneficiado. O modelo existia, mas não era universal ou gratuito. Com a reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, o combate às endemias foi aprimorado.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde do Brasil, através da Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953, no segundo mandato do presidente Getúlio Vargas (1951-1954). Até então, já havia ocorrido duas Conferências Nacionais em Saúde (CNS)⁹, que representam um importante momento de avaliação da situação da saúde no país e de formulação de diretrizes para as políticas públicas no setor, reunindo cidadãos pela defesa da garantia de direitos, em atenção às necessidades da população. Por outro lado, a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, responsável por efetivar o acesso à assistência farmacêutica, só ocorreu muitos anos depois, em 2003.

Na Era Vargas, a assistência médica previdenciária era sustentada pelos recursos próprios dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), o que seguiu ocorrendo até a ascensão do Regime Militar no Brasil. Em 1960, o Decreto nº 3.807, de 26 de agosto de 1960¹⁰, cria a Lei Orgânica da Previdência Social no país. O verbete do CPDOC/FGV¹¹ aponta que no ano de 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS¹²), como resultado da fusão dos institutos de aposentadoria e pensões do setor privado existentes — o dos marítimos (IAPM), o dos comerciários (IAPC), o dos bancários (IAPB), o dos industriários (IAPI), o dos

⁹ Consulte-se a linha do tempo elaborada pela Fundação Oswaldo Cruz, disponível em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>. Acesso em: 23.nov.2022.

¹⁰ Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-3807-26-agosto-1960-354492-norma-pl.html> Acesso em: 26.nov.2022.

¹¹ Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbetes-tematicos/instituto-nacional-de-previdencia-social-inps> Acesso em: 26.nov.2022.

¹² Órgão criado pelo Decreto nº 72, de 21 de novembro de 1966, e extinto em 12 de abril de 1990, era autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, integrando o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), encarregando-se da concessão e da manutenção de benefícios aos empregados e empregadores urbanos e rurais e a seus dependentes.

empregados em transportes e cargas (IAPETEC) e o dos ferroviários e empregados em serviços públicos (IAPFESP) — e dos serviços comuns a todos esses institutos (ARAÚJO, 2007)¹³.

O novo sistema da previdência fundado no período ditatorial brasileiro, não por acaso, buscou suprimir as vozes dos trabalhadores, e concentrar as decisões no corpo tecnocrático da política. Essa unificação, estruturalmente falando, foi favorável à percepção da previdência como questão pública, de competência do Estado. Esse sistema de assistência é conhecido também por seu aspecto hospitalocêntrico.

Essa discussão não é recente, pois no Brasil pode-se demarcar o ano de 1852 como o marco de inauguração da primeira instituição hospitalocêntrica, caracterizada por destinar ao confinamento de doentes mentais, centrado na internação e responsável por segregar pacientes sem que lhes fossem assegurados direitos mínimos à dignidade, ao tratamento adequado e a condições sanitárias básicas. Esse modelo, sobretudo a partir da década de 1940, recebeu um volume crescente de investimentos, fazendo com que ‘atenção à saúde’ equivalesse a assistência hospitalar (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985)¹⁴.

Em 24 de janeiro de 1976, o Decreto nº 77.077 condensou toda a legislação previdenciária na chamada “Consolidação das Leis da Previdência Social”. O INPS passou a expandir os convênios firmados, aumentou o rol de encargos que assegurava e, também, expandiu seus amparados. No ano seguinte, a Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977 instituiu o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Todavia, esse novo sistema logo encontrou problemas, ao passo em que as dificuldades de adimplemento das empresas e municípios integrantes formavam um déficit crescente¹⁵. A política de compra de serviços estava a cargo do setor privado de assistência médica, a depender da arrecadação de contribuições, o que reforça que, apesar de ampliado, o direito à saúde ainda não era universal

¹³ Os “IAPs”, Institutos de Aposentadoria e Pensões, eram uma espécie de seguro social, como tratou ARAÚJO (2007): “um desconto era feito no salário do trabalhador, das empresas e do governo, e o fundo assim formado era investido para gerar a massa de recursos necessários para pagar aposentadorias e pensões [...] uma vez que unia os trabalhadores nas suas corporações os desuniam em termos que diferenças passavam a existir entre eles como classe. As categorias, forçadamente, tinham salários, benefícios e assistência medida de qualidades distintas. E a maioria não tinha absolutamente nada”. (ARAÚJO, 2007, p.119-120).

¹⁴ Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Im-previdencia-social-60-anos-hist%C3%B3ria.pdf> Acesso em 04.nov.2022.

¹⁵ Dados extraídos do Verbete do Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC), da Escola de Ciências Sociais da FGV: Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-previdencia-social-inps> Acesso em 02.nov.2022.

posto que exigia uma contraprestação pecuniária dos segurados (a ausência de gratuidade, por sorte, não se mantém nos dias atuais)¹⁶.

Em contrapartida, a criação da Central de Medicamentos (CEME), em 1971, foi um grande marco para a posterior implementação do Sistema Único de Saúde, em razão de seu caráter gratuito. A Central de Medicamentos – CEME foi criada com o objetivo de “promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano a quantos não puderem por suas condições econômicas, adquiri-los a preços comuns no mercado”¹⁷.

De acordo com cartilha¹⁸ do Ministério da Saúde, a assistência farmacêutica proporcionada através da CEME já traz à pauta pública uma preocupação com o acesso gratuito à Saúde, dentre as disposições da cartilha, ora se faz pertinente a transcrição da seguinte passagem:

Já nos anos 70, antes da universalização da assistência, a necessidade de garantir o acesso da população a medicamentos levava o governo federal a procurar soluções, seguindo a linha centralizadora de então. Duas correntes políticas se apresentavam na oportunidade: uma proposta de controle estatal mais acentuado originária de segmentos militares de cunho nacionalista e outra que pretendia ampliar a assistência governamental mediante aquisições do setor privado a preços mais baixos (Bermudez, 1995). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 7).

Com vistas a centralizar o atendimento em saúde, a CEME logrou êxito em engendrar um sistema único; no entanto, encontrou problemas operacionais, tais como o fato de que os medicamentos fornecidos não correspondiam ao perfil epistemológico da região abarcada, o que levava necessariamente ao desperdício dos recursos fornecidos às farmácias.¹⁹ Dessa

¹⁶ A atual carta política do Brasil não admite a assistência à saúde tal como era no século XX. A iniciativa privada não compõe mais o eixo basilar da assistência, apesar de a magna carta admitir seu caráter complementar no SUS; ou seja, o SUS admite convênio com instituições de natureza privada, mas seu caráter é majoritariamente público. Eis dois artigos para ilustrar essa concepção: CRFB/1988. Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais (...) Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm Acesso em 24.nov.2022.

¹⁷ Expressões que constavam do artigo 1º do Decreto nº68.806, de 25 de Junho de 1971. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D68806.htm. Acesso em: 26.nov.2022.

¹⁸BRASIL. Ministério da Saúde. Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002. / Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/polit_fed_assist_farm.pdf Acesso em: 26.nov.2022.

¹⁹ Isso sem falar na corrupção, desvios de recursos e outros problemas técnico-organizacionais que compunham as deficiências da CEME, sinalizadas em 1993 por meio de documento do Ministério da Saúde. Conforme a cartilha do Ministério da Saúde sobre assistência farmacêutica, em 1987 a CEME provia uma cesta integrada por 48

maneira, aos poucos, o governo percebeu que a CEME não mais se sustentava como mecanismo de execução da política distributiva de medicamentos, dado que a prática centralizadora desse instrumento possuía “mais erros que acertos” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.9).

Foi graças ao não enfrentamento desses problemas que no governo de Fernando Henrique Cardoso²⁰, e já na vigência do SUS, a CEME encontrou seu fim em 1997. Diante de um governo neoliberal, com flexibilização e estado de garantias mínimas – o que não condizem com as garantias trazidas no bojo da nova constituição - o Conselho Nacional de Saúde promoveu debates para que o problema dos medicamentos fosse solucionado.

Essa discussão mais ampla, que permitiu a participação tanto dos gestores da assistência como de seus beneficiados, foi fundamental para a mudança que se pretendia realizar. Mudança essa, vale reforçar, visando à equidade e acesso universal dos serviços em saúde, sobretudo acesso a medicamentos. Foram esses os corolários trazidos pela Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), promovida pelo Ministério da Saúde e realizada entre os dias 15 a 18 de setembro de 2003. Nela, por exemplo, foram exibidos dados positivos²¹ para a finalidade de assistência universal do SUS, e discutida a necessidade de um

medicamentos para tratamento das doenças mais comuns. Essas cestas eram concebidas para atendimento de cerca de três mil pessoas por um período de seis meses. Após, ampliou-se esse número para 60, com medicamentos de uso contínuo e mais demandados pela rede pública. Assim, registrou-se que: “Em sua implantação, 73% dos municípios da época receberam essa Farmácia Básica. Nos anos seguintes, a execução do programa foi irregular, registrando-se, em 1989, cerca de 50 milhões de pessoas beneficiadas (Cosendey et al, 2000).” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.8). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/polit_fed_assist_farm.pdf. Acesso em: 23.nov.2022.

²⁰ A extinção da CEME se deu através do Decreto nº 2.283, de 24 de julho de 1997, que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN e a desativação da Central de Medicamentos - CEME, e dá outras providências. A íntegra desse decreto está Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/d2283.htm. Acesso em: 22.nov.2022.

²¹ Durante as páginas da cartilha da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, em 2003, o Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública – FioCruz/MS, Jorge Bermudez, trouxe a informação de que, na época, 10% dos recursos do Ministério da Saúde eram gastos com a aquisição de medicamentos, implementando o direito à saúde. Apesar de parecer um percentual ínfimo, trouxe em comparação os dados do setor farmacêutico dos EUA em 2002, cuja estimativa foi de 30,8% dos investimentos em marketing, sendo apenas 14,1% em pesquisa e desenvolvimento de novos produtos. Ressaltou que os dados para o Brasil seriam, então, bons, mas que o país ainda possuía diversos problemas a superar não só em termos de universalidade de cobertura e equidade, mas também envolvendo os remédios piratas, a adequação dos medicamentos à Lei de Medicamentos Genéricos e problemas referentes à propriedade intelectual. (BERMUDEZ, 2005, P.15-16). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_medicamentos_farmaceutica.pdf. Acesso em 03.nov.2022. O texto do relatório final preliminar, com as propostas e votos consta do link: https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Medicamentos/deliberacoes_1_conferencia_medicamentos_assistencia_farmaceutica.pdf. Acesso em 22.nov.2022.

modelo assistencial que o reafirmasse, assegurando a universalidade, equidade e integralidade de ações. Assim, nas palavras da Coordenadora-Geral da CNMAF, Clair Castilhos Coelho:

O Brasil começa a pensar e formular uma política de Assistência Farmacêutica sob o olhar, a voz e a perspectiva dos usuários, prestadores, gestores e profissionais que debateram e deliberaram, desde 2002, a partir dos municípios e dos estados. Aquilo que parecia distante, no horizonte dos nossos desejos e sonhos, acontecerá. Acontecerá porque o Brasil tem direito. Acontecerá porque a vontade da maioria superou a estreiteza da tecnoburocracia. Acontecerá porque a sociedade assim o quer. (COELHO, 2005 p.13)²².

Neste item, a preocupação foi a de contornar a sucessão de eventos no início do século XX sob a ótica das relações de trabalho. Com a revolução industrial e o corporativismo, então, surgiu a necessidade de cuidar da saúde desse trabalhador (buscando aumento de sua produtividade). Contudo, apesar dessa motivação encontrar fins econômicos e não sociais, a atenção à saúde do trabalhador foi importante fator para a concentração, anos depois, de toda a matéria em um único ponto focal do governo: o Ministério da Saúde.

No tópico a seguir, será revelada a dinâmica de funcionamento do serviço de saúde mental antes do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica. Ver-se-á que o cenário era propício à desordem, uma vez que a atuação privada deslegitimava a saúde mental como dever do Estado.

2.2 O Estado de Bem-Estar Social brasileiro e a indústria da loucura

É sob esse tópico, vale dizer, que serão dispostas e explicitadas as condições que antecederam a crise na DINSAM e, posteriormente, a insurgência do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (o “MTSM”). A seguir, replicar-se-á um dos conceitos de “políticas públicas” mais utilizado na doutrina brasileira para que, a partir dele, seja analisado o Estado de Bem-Estar social, o papel da saúde dentro dele e do contexto de redemocratização brasileiro. Nessa linha, pretende-se, por conseguinte, apontar o paradigma sobre o qual foi criada a Política Pública em saúde mental conhecida como Reforma Psiquiátrica brasileira.

²² Transcrição das páginas da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica Relatório Final Efetivando o Acesso, a Qualidade e a Humanização na Assistência Farmacêutica, com Controle Social, cujo texto fora aprovado e se encontra disponível no link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_medicamentos_farmaceutica.pdf

O conceito de Políticas Públicas, sob a visão de Maria Paula Dallari Bucci, seria definido por “programas de ação governamental voltados à concretização de Direitos” (BUCCI, 2006, p.75). Indiscutivelmente, caberia ao Estado promover sobreditos direitos. Isso se justifica, sob um aspecto histórico, pelo fato de ter coincidido com o surgimento do Estado de Bem-Estar Social (o chamado “*Welfare State*”).

O Estado de Bem-estar Social, ou assistencialista, é uma construção europeia datada de 1880, com a república prussiana de Otto Von Bismarck. Esse modelo de intervenção do Estado ganhou força novamente após a 2ª Guerra Mundial. Nesse sentido, é certo afirmar que as políticas públicas revelam a preocupação e a tentativa de se construir uma democracia social²³. A ideia central por trás dessa estrutura seria oferecer aos cidadãos o bem-estar mínimo, básico, de modo a forçar o Estado a se comprometer em garantir esse mínimo. Santos (2014) diz que:

A partir da década de 1960 – e a despeito das marchas e contramarchas verificadas na normalidade democrática do País –, a proteção social garantida pelo Estado foi sendo progressivamente ampliada, o que se refletiu também no maior comprometimento do orçamento público com serviços e benefícios sociais. Mas ela só avançou de forma mais consistente durante a reconstrução democrática dos anos 1980, tornando possível a inscrição, na Carta Constitucional de 1988, de um projeto de Estado de Bem-Estar Social universalista. (SANTOS, 2014, p.45).

No Brasil, então, a redemocratização culminou no desejo de construção de um modelo de Estado que se assemelhasse de alguma maneira ao modelo de Estado de Bem-Estar social. Essa afinidade entre os conceitos e sua compreensão é importantíssima para situar a relevância das Políticas Públicas no contexto brasileiro pós ditadura militar.

Não obstante, para adentrar nessa discussão se faz imperiosa a análise prévia do cenário político-econômico do país, que passava por uma abertura “lenta, gradual e segura”²⁴. Sem dúvida, essa abertura pretendida ao final do regime autoritário também não tinha como objetivo ampliar o diálogo público para os setores populares. Ou seja, a intenção da retomada da democracia, quando pensada pelos que estavam no poder, não poderia significar dar voz política a todos.

²³ JAGUARIBE, Hélio. *Um estudo crítico da História*. São Paulo: Paz e Terra: 2001.v.2, p.597.

²⁴ Proposta de reabertura política e retomada da democracia do Governo Geisel (1974-1979), quando a Ditadura brasileira já se encontrava em vias de acabar.

Redemocratizar pressupõe então, o aumento do diálogo e a redução do hiato entre Governo e Povo. Paradoxalmente, no que diz respeito às negociações para atenção em saúde (e aqui especificamente sobre saúde mental), os esforços partiram das partes envolvidas e insatisfeitas, e não do gestor público.

E não exige muito esforço perceber a razão disso: não só porque naquele momento houve uma absorção de atividades prestacionais de direitos sociais pelo estado, mas também porque os recursos estatais são finitos e, principalmente, porque a saúde mental ficava a cargo da iniciativa privada, cujos interesses eram conflitantes com a *publicatio* desse serviço. De outro lado, usuários, familiares e profissionais da área buscavam, a todo custo, acabar com esse cenário, apelidado de “indústria da loucura”.

A indústria da loucura faz alusão ao fato de que a maioria das internações públicas eram realizadas em instituições privadas, mediante o repasse de verbas. Ou seja, o Governo custearia a internação privada de paciente da rede pública, incentivando a atividade empresarial dos donos dessas clínicas. Os hospitais particulares que provinham tais internações eram mantidos antes via INPS e depois pelo Inamps.

Tal privatização dos serviços em saúde mental provocava um contrassenso no universo dos direitos fundamentais e nos compromissos de um Estado de Bem-Estar social em seu estágio de redemocratização. Isso porque, sendo a Saúde direito fundamental de 2ª dimensão, em que se pesem eventuais dificuldades práticas, é dever do Estado não só garantir o seu cumprimento, mas assegurar uma prestação adequada, principalmente por se tratar de cláusula pétrea.

Somente em fins do século XX essa realidade deu lugar a uma metodologia de tratamento integrativa, humanitária e não-hospitalizante: diante da falha estatal no dever de prestar o serviço de maneira adequada e eficiente, permitindo que se repetissem episódios de maus-tratos a pacientes e incentivando internações eternas para enriquecer os donos das clínicas, os profissionais da área da saúde mental e familiares de pacientes começaram reivindicações por melhores condições. Essa foi a razão de ser da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Segundo Tenório (2002, p.28)²⁵, o movimento atual da reforma psiquiátrica brasileira tem como período germinativo a luta mais ampla pela redemocratização do país, na segunda metade da década de 1970. Foi quando, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), sob forte influência do movimento reformista italiano, se expandiu através da chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira. O movimento italiano contou com as diretrizes do psiquiatra Franco Basaglia²⁶, que promoveu o movimento de psiquiatria democrática, propondo o fim do isolamento dos pacientes com transtorno mental, e sugerindo, em contraponto, a sua reintegração.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica teve seu estopim a partir da chamada crise da “DINSAM”, a Divisão Nacional de Saúde Mental, momento em que se verifica a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Abaixo, vale explicitar o que motivou essa crise e como as consequências desse movimento repercutiram na promulgação de uma lei trazendo a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Pois bem. No mês de abril de 1978, três médicos residentes (José Carlos de Souza Lima, Leon Shor e Paulo Amarante²⁷) do Centro Psiquiátrico Pedro II no Rio de Janeiro denunciaram, no livro de registro da instituição, as condições de maus tratos e violência dos hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), provocando a demissão de 260 profissionais e estagiários. Com a denúncia, trabalhadores de saúde mental realizam uma

²⁵ TENÓRIO, F.: ‘A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito’. História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

²⁶ Na Itália, existe a Lei nº 180, também conhecida como “Lei Basaglia”, referenciando seu propiciador. Após a iniciativa bem-sucedida vivenciada pela Itália, iniciou-se, também no Brasil, a denúncia das condições desumanas e ineficazes do modelo hospitalocêntrico.

²⁷ Paulo Amarante foi um dos médicos psiquiatras que esteve à frente da reforma. Ele é militante na causa da luta anti-manicomial e autor de diversos artigos e livros. Em *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*, de 1996, ele traz todo o panorama histórico que motivou a reforma brasileira, com menção a Basaglia. Paulo Amarante trabalhou na Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam) e notou ausência de médicos nos plantões, deficiências nutricionais nos internos e violência (a maior parte das mortes causada por cortes, pauladas, não investigadas e atribuídas a outros pacientes), e investigou essas situações, incluindo a denúncia de presos políticos internados nestes hospitais. Após sua demissão, um abaixo-assinado foi organizado, o que culminou na demissão de mais 263 pessoas e gerou a chamada “crise da Dinsam”. Informações retiradas da Revista Radis. Em razão disso, teve início uma corrente de solidariedade que acabou culminando no Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) e, depois, no Movimento de Luta Anti-manicomial. Essas informações constam em entrevista disponível em: <http://www.fiotec.fiocruz.br/noticias/projetos/4880-reforma-antimanicomial-no-brasil-do-horror-aos-dias-de-hoje> Acesso em 05.out.2022. O link para a íntegra da entrevista, ou seja, o link da edição online da revista da Fiocruz encontra-se disponível em: https://issuu.com/fiotec/docs/conexao_fiotec-fiocruz_12?e=2256144/57693180. Acesso em 25.nov.2022.

greve posteriormente denominada como a “Crise da DINSAM”, contando com o apoio da população e principalmente dos familiares dos internados na instituição.

Esse cenário possibilitou a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, também em 1978 no Rio de Janeiro, e que tinha como uma das propostas a ampliação do conceito de saúde, incluindo a participação popular nas atuações em saúde mental. Após o nascimento do movimento carioca (o MTSM), outros movimentos também insurgiram nesse sentido nos Estados de São Paulo e Bahia. No mesmo ano, na cidade de Bauru/SP, ocorreu o II Congresso Nacional do MTSM, com o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”.

Em 1979, o psiquiatra italiano Franco Basaglia visitou o Brasil, oportunidade em que pôde vivenciar os abusos e precárias condições que perduravam em nossas instituições manicomiais. Durante a visita, chegou a denunciar o Hospital Colônia de Barbacena (MG) e correlacionou as instituições manicomiais brasileiras aos campos de concentração nazistas, sob a premissa de que ambos visam o extermínio, o que se agrava quando lembrado que tais instituições, precipuamente, deveriam tratar o paciente e buscar reintegrá-lo à sociedade²⁸.

Antes da propositura de uma reforma tal qual se tem hoje, a tentativa foi de implementar as chamadas “comunidades terapêuticas”. Esse modelo visou dar um tratamento, ainda institucionalizado, mas que permitisse uma integração mais liberal e equânime. O início da reforma psiquiátrica é, portanto, marcado pela necessidade de mudança no panorama político, cultural e social do Brasil, com a guinada do tratamento conferido ao paciente em saúde mental e graças ao esforço da aliança entre sociedade civil e vozes do Estado. Nesse ponto, vale o registro, há uma entrevista²⁹ com o Dr. Jurandir Freire Costa, psiquiatra e

²⁸ Foi sob esse viés teórico que, anos mais tarde, em 2013, Daniela Arbex publicou seu trabalho intitulado de “Holocausto Brasileiro”, trazendo como estudo de caso o Hospital Colônia.

²⁹ Segue transcrição de uma das respostas formuladas, onde se pode observar exatamente o relatado acima na percepção de Jurandir, quando da análise da reforma psiquiátrica:

Jurandir Freire Costa: Esse é um problema difícil de abordar. Não poderia afirmar algo sobre o assunto que ajudasse a relançar de forma produtiva a discussão. Seja como for, penso que nos anos 1970-1980, psicanalistas, psiquiatras e outros trabalhadores de saúde mental comprometidos com a reforma conseguiram obter um consenso mínimo sobre o valor das “micropolíticas” de resistência ao regime ditatorial. Era como se a rivalidade decorrente do narcisismo das pequenas diferenças psiquiátrico-psicanalíticas tivesse vivido, de forma implícita, uma trégua tática. A violência da ditadura era o inimigo maior, e a luta pela humanização dos manicômios, pela despsiquiatrização das vidas e pelos experimentos culturais informados pelos pensadores pós-estruturalistas, sobretudo os franceses, parecia a resposta possível e desejável à opressão. Em seguida, vieram os tempos das injustiças sociais pacificadas e retomamos as repetitivas e cansativas guerras por rodapés de doutrinas. Há algo, entretanto, que julgo muito interessante. Seria enriquecedor se pudéssemos fazer um estudo do tipo psiquiatria transcultural sobre a grande participação de psicanalistas em serviços públicos concebidos por Basaglia, um notório adversário teórico da psicanálise. Isso, acredito, seria um estudo transcultural realmente interessante, pois

psicanalista que esteve presente nos momentos decisivos da reforma. Para Jurandir, a reforma psiquiátrica nasceu em um momento em que as inquietações políticas propiciavam mudanças nas mais variadas esferas. A desinstitucionalização, por conseguinte, decorreu desse cenário de intranquilidade na esfera política.

Sem dúvidas, a força motriz instituinte da reforma foi a crise da DINSAM e o surgimento do MTSM. Ato contínuo, outro marco na luta antimanicomial foi o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental de Bauru (SP) em 1987, acima mencionado. No mesmo ano, ocorre a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, apontada como o início da “desinstitucionalização”.

Ocorre que todo esse movimento ganhou força normativa em 05 de outubro de 1988, data em que foi promulgada a Constituição Cidadã. A partir dessa data, e após 21 anos de ditadura militar, então, o cidadão brasileiro estaria protegido e regido por uma carta política de cunho social, humanitário e, sobretudo, democrático³⁰. Sob esse prisma constitucional trazendo a previsão de um sistema de saúde que fosse único, descentralizado e gratuito, a assistência em saúde mudou de relevância.

Dali em diante não caberia mais espaço à chamada indústria da loucura. Isso porque, conforme o artigo 198, § 1º e § 2º, da CRFB, o financiamento em saúde contaria com repasses obrigatórios dos entes federativos, e não permitiria mais a atuação da iniciativa privada como forma principal, apenas auxiliar. Com a redemocratização iniciada no início dos anos 1980 e a retomada da voz política do povo pela promulgação da Constituição Federal de 1988, a descentralização nos serviços de saúde refletiu o comprometimento do Estado (leia-se: de governantes e burocratas da época) em mitigar a forma de atuação dos cidadãos na sociedade.

se trata de um fato de ponta a ponta “brasileiro”. Uma investigação do gênero talvez trouxesse de volta à cena a questão da enorme difusão da psicanálise no Brasil, comparada com 1027 o relativo desinvestimento cultural desse saber em outros países europeus, para não citar os Estados Unidos, onde a prática é residual, em relação ao “boom” dos anos 1950 até início dos anos 1980. Lembro-me de um artigo do Luciano Martins, A geração AI-5, que procurou entender o sentido deste apetite brasileiro por psicanálise. Ao que saiba, nada se fez de muito significativo posteriormente. Acho, portanto, que analisar de modo cuidadoso por que a psicanálise teve e tem uma importância de monta em práticas psiquiátricas inspiradas por Basaglia seria algo de fato brasileiro ‘transcultural’.”. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01023.pdf> Acesso em: 24.nov.2022.

³⁰ Essa foi a intenção do legislador, externalizada na cerimônia de promulgação pelo presidente da Assembleia Nacional Constituinte, Ulysses Guimarães: “*Declaro promulgada. O documento da liberdade, da dignidade, da democracia, da justiça social do Brasil. Que Deus nos ajude para que isso se cumpra!*”

Em meados da década de 70, o INPS realizou estudos para modificar as bases da assistência psiquiátrica no país, resultando em uma luta pelo fim da indústria da loucura. Como resultado do trabalho do instituto, foi elaborado um manual de serviço para a assistência psiquiátrica, de forte teor comunitário, em 1977. A partir daí, então, foram postos em lados diametralmente opostos o Ministério da Saúde, com os interesses da sociedade, e “os proprietários dos lucrativos hospitais psiquiátricos, que questionavam a viabilidade e a eficácia dos serviços extra-hospitalares.” (BLEICHER and BLEICHER, 2016, p. 116).

Deixou-se a posição exclusiva de “assistidos” para dar espaço à participação, seja ela no processo de formulação de políticas públicas, na sua implementação ou no controle social. A partir dessa mudança, as conquistas políticas seriam não só para o povo, mas pelo povo e através dele.

No que diz respeito à participação social, em 1989 aconteceram dois eventos importantes na temática da saúde mental: i) A clínica Anchieta, em Santos/SP, sofre intervenção da Prefeitura Municipal por conta de denúncias de violência e maus tratos; e ii) o Deputado Paulo Delgado (PT) apresenta seu Projeto de Lei nº 3.657/89³¹, prevendo a extinção dos manicômios no Brasil e a criação de uma rede de serviços de saúde mental alternativa. Na discussão que compreende a evolução da Reforma Psiquiátrica, figura basilar dentro do aparato estatal foi Paulo Delgado, autor do projeto de lei que deu origem à positivação da Reforma. Paulo é irmão de Pedro Gabriel Delgado, famoso médico psiquiatra cuja carreira está intimamente ligada à Reforma e que participou da primeira edição do projeto³².

Inspirado na lei Basaglia (Lei nº 180, de maio de 1978), esse projeto de lei propunha uma mudança radical na assistência em saúde mental. Com a colaboração do corpo técnico da

³¹ Esse projeto dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Deu origem à Lei Federal nº 10.216/01. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em: 27.nov.2022.

³² Pedro Gabriel é formado em medicina pela UFMG, e realizou seu primeiro estágio voluntário no hospital Colônia (em Barbacena/MG), no quarto ano da graduação. Esse foi o mesmo hospital relatado por Daniela Arbex em seu livro “o Holocausto Brasileiro”. Além disso, Pedro Gabriel trabalhou como bolsista concursado pela Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), no Centro Psiquiátrico Pedro II em 1978. Em 1985 retornou ao hospital Colônia como Diretor de Ensino e Pesquisa, onde fundou o Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Social (NUPSO). Em 1987, presenciou a tentativa de intervenção do Ministério da Saúde na Colônia e participou da resistência composta de funcionários e usuários. Foi o redator da primeira versão do projeto de lei Paulo Delgado, pela extinção dos manicômios no Brasil, encaminhada à Câmara de Deputados neste mesmo ano. Mais informações sobre seu currículo profissional em: <http://arch.coc.fiocruz.br/index.php/pedro-gabriel-godinho-delgado-2> Acesso em: 22.nov.2022.

área *psi* e representação da família dos pacientes, a legislação que se propunha era mais inclusiva, à medida que possibilitava “deslocar o sujeito para o centro da questão nas variadas concepções que podemos tecer sobre ele, fazendo coincidir, neste ponto, o sujeito de direitos e o sujeito enquanto possibilidade de expressão subjetiva.” (NUNES, 2018, p.77).

Fato é que o movimento reformista abarcou diversas áreas da vida social, como, por exemplo, a própria redemocratização após 21 longos anos ditadura militar e a série de reivindicações que acompanhavam o momento histórico brasileiro. No que permeia o campo da dignidade humana e persecução de direitos fundamentais, a temática dos direitos humanos e da defesa da dignidade da pessoa são pautas desde o início presentes no movimento de contestação da cultura manicomial.

Muito além da tentativa de implementar uma política pública em saúde mental, o movimento manifestava a preocupação de proporcionar uma revolução no tratamento conferido à pessoa, com a desconstrução do estigma social e da imagem pejorativa atrelados à loucura. Em consequência, reforçando a desinstitucionalização pretendida pelos reformistas, o texto do Projeto de Lei nº 3.657/89 previu a proibição de novas internações em hospitais psiquiátricos, bem como dispôs acerca do fim da rede manicomial existente, no prazo de até cinco anos. Propunha também tratamentos alternativos e a interferência do Poder Judiciário, que julgaria a internação ou não, quando solicitado pelo paciente.

Esse projeto tramitou até os anos 2000, e somente em 06 de abril de 2001 foi sancionada a Lei nº 10.216/01, a lei da Reforma. Neste contexto, é assertiva a ideia de que a Reforma Psiquiátrica brasileira evidencia a valorização da pessoa como fim em si mesma. E não só isso, todo o extenso, árduo e complexo movimento que culminou em sua aprovação, se revela como o mais pleno exercício da cidadania, sobretudo na ótica da democracia participativa.

Superado o rito cronológico acima, com o resumo de tudo que de certa forma contribuiu para a reforma psiquiátrica, passamos a identificar os tramites de construção de uma política pública, debruçando-se sobre a base teórica referencial no tema.

2.3 O enfrentamento da Saúde Mental como Política Pública no Brasil: O Processo de positivação da Reforma Psiquiátrica

Nas seguintes laudas, se pretende associar como a participação social foi (e é) importante fator para a concretização de políticas públicas, a exemplo da experiência do MTSM e do movimento sanitarista, que deu origem ao SUS. A seguir, portanto, passar-se-á a apresentação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, suas reivindicações e mobilizações na formulação de uma política pública em nome da luta antimanicomial. O objetivo é demonstrar a relevância desse movimento e, atravessando a promulgação da Carta Cidadã de 1988, analisar o que foi proposto pela Lei do SUS e pela Lei da Reforma Psiquiátrica, cuja publicação se deu nos anos de 1990 e 2001 respectivamente.

Inicialmente, é necessária a compreensão de que o processo de formulação de políticas públicas compreende dois elementos principais: definição da agenda e definição de alternativas. (CAPELLA, 2018, p.9). Em apertadíssima síntese, no âmbito da *public policy*, as soluções podem ser encaradas como “alternativas”. A definição da agenda é realizada de modo a estabelecer as questões prioritárias dentro de uma sociedade, fazendo com que mereçam atenção governamental para sua resolução.

Assim, a definição da agenda é fator que limita a própria atuação do governo, vinculando-o às metas nela pré-fixadas e fazendo com que busque soluções cabíveis aos problemas identificados. Além disso, insta frisar que não são simples problemas que entram na agenda pública, mas aqueles que afetem um grande contingente populacional e carregam consigo o peso da relevância pública.

O que entraria, então, na agenda pública seria um problema público. Mas, afinal, como defini-lo? Segundo James E. Anderson (2011), não basta ser um problema para que algo se torne problema público. É necessário fazer o recorte (que idealmente se dá por meio da democracia representativa) daquilo que viria a ser de relevância pública:

Os estudos mais antigos sobre a formação de políticas dedicaram pouca atenção à natureza e à definição dos problemas públicos. Em vez disso, os problemas eram considerados “dados” e a análise partiu daí. No entanto, agora é senso comum que, se o estudo de políticas não considera as características e dimensões dos problemas que estimulam a ação governamental, ele está incompleto. (...) Para nossos propósitos, um problema de política pode ser denunciado como uma condição ou situação que produz necessidades ou insatisfação entre as pessoas e para o qual alívio ou busca-se reparação por meio de ação governamental. Todos os problemas não são públicos problemas. (ANDERSON, 2011, p.85).

Problema público é, portanto, aquele que afeta substancial número de pessoas dentro de um governo e que, por isso, seria impossível de ser solucionado a partir de uma ação

individual (ANDERSON, 2011, p.85). É dizer, ainda que seja um problema particular (cuja manifestação precípua se dê na esfera da individualidade), o problema público tem como característica afetar a vida de inúmeros cidadãos, motivo pelo qual faz um mero problema particular ser enfrentado com uma perspectiva macro, valendo-se do *status* de problema público. Além disso, seria leviano ignorar a existência de um viés individualista na escolha do problema público.

Conforme ANDERSON (2011, p.87) o legislador ao proceder com a positivação de uma solução para um problema público está pensando, também, na contrapartida que essa decisão trará para sua carreira e para uma possível reeleição³³. A subjetividade nessa escolha é um dos fatores que reveste as críticas ao modelo representativo. É dentro dessa questão que toda a sistemática de um governo participativo se sustenta: a partir da necessidade de representatividade e das subjetividades que afetam as escolhas públicas. Então, como incluir o cidadão no processo de formação da agenda, tomada de decisões e *policy making*?

É justamente neste ponto que o processo de redemocratização brasileiro pós ditadura militar se apresenta como terreno fértil para a redefinição de prioridades públicas. Importante lembrar que em 1984, pouco antes da Crise da DINSAM e da formação do MTSM, a campanha pelas (eleições) “Diretas Já” marcou a retomada da democracia. Como aduz Maria do Carmo Albuquerque³⁴, a participação popular no cenário brasileiro pós-ditadura militar marcou a nova cara de sua redemocratização. Com a redemocratização, é certo que surgiram outros atores sociais. A figura do cidadão ganhou novos contornos, nesse compasso, seria um novo *policy agent* e, por assim o ser, voz pensante na formação da agenda política.

Ora, como visto, as ações em saúde no Brasil, durante o período que antecedeu a Constituição de 1988, eram seletivas, uma vez que a assistência era prestada apenas àqueles

³³ Nesse sentido, destaque-se trecho do original, com tradução livre para uma melhor interpretação: “As condições podem ser denunciadas como problemas e a reparação para eles pode ser buscada por pessoas que não sejam diretamente afetadas. Em meados da década de 1960, pobreza foi identificada como um problema público, e a administração Johnson declarou Guerra à Pobreza mais por causa das ações de funcionários públicos e publicitários do que os próprios pobres. Os legisladores são frequentemente procurando por problemas que eles possam mitigar ou resolver de forma a melhorar suas reputações e / ou se ajudam a ganhar a reeleição. Claro, sempre há a possibilidade de que outros definam um problema de forma diferente do que aqueles diretamente afetados. Na verdade, os problemas são frequentemente definidos ou percebidos de forma diferente por várias pessoas e grupos. As percepções de alguém serão moldadas por seus valores, informações e experiências. Posto de outra forma, como um problema é definido depende não apenas de suas dimensões objetivas, mas também de como é socialmente construído.” (ANDERSON, 2011, p.87).

³⁴ALBUQUERQUE, Maria do Carmo, (Org.) Participação popular em políticas públicas: espaço de construção da democracia brasileira. – São Paulo: Instituto Pólis, 2006.

vinculados ao sistema da Previdência Social, corporativista. Nessa conjuntura, excluía-se o doente mental que, claramente sem condições de empregabilidade, não possuía associação a nenhuma classe de trabalhadores, e por isso não era elegível a receber os serviços de saúde ofertados. Vê-se, em resumo, que o sistema não era pensado para incluir esses cidadãos, posto que sequer se considerou a inviabilidade de acesso dos que não possuíssem condições de trabalhar ou daqueles que fossem trabalhadores informais (o que reitera o caráter elitista dessa prestação³⁵).

A transformação da saúde em Política Pública se positivou através de três relevantes momentos: 1) o primeiro deles marcado pela promulgação da Constituição Federal de 1988, que expressamente previu um sistema único para atender a todo tipo de atenção em saúde (seja ela mental ou física). Já no plano infraconstitucional, essa reformulação foi mais bem delimitada pela 2) Lei nº 8.080/90 (Lei do SUS) e a 3) Lei nº 10.216/01 (Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica), através das quais as ações e serviços de saúde puderam se elevar a nível de pauta pública e, finalmente, a nível gratuito e universal.

A Constituição Federal de 1988, que teve como pano de fundo o período de eclosão e desenvolvimento de diversos movimentos sociais no Brasil, foi promulgada com o objetivo de assegurar a centralidade dos direitos fundamentais. Inseridos nesse contexto, a década de 1980 e o movimento sanitarista marcaram um período de politização na área da saúde, que objetivava aprofundar o nível de consciência sanitária e alcançar a visibilidade necessária para obter o apoio político à implementação de políticas apropriadas.

O Sistema Único de Saúde, então, previsto na CRFB de 1988, encontrou sua positivação com a publicação da Lei nº 8.080/90³⁶. Essa lei cuidou de trazer as condições para a promoção proteção e recuperação da saúde, organizando seu funcionamento e estipulando padronização de procedimentos correspondentes. A previsão legal do SUS traz a noção de que a regulamentação de uma política nacional em saúde é pôr a saúde no rol de direito

³⁵ Neste trabalho, faz-se um esforço para não escrever expressões como “serviço público” e “política pública” nessa análise do passado, justamente, em razão de não se acreditar que sejam conceitos compatíveis com a realidade pré década de 80.

³⁶ O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 vem regulamentar a Lei do SUS para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e outras providências. Seu teor encontra-se disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm Acesso em 28.nov.2022.

fundamental. É esse o entendimento que se infere da leitura do artigo 2º³⁷ da lei, que dispõe ser a saúde um direito fundamental e de responsabilidade do Estado.

Importante, ainda, mencionar que a base principiológica do SUS guarda forte relação com a democracia participativa. Conforme o artigo 7º da Lei nº 8.080/90 o SUS se sustenta através dos seguintes alicerces: equidade, universalidade, integralidade, controle social e descentralização. Indiscutivelmente, com a Lei nº 8.080/90 a saúde passa a ser direito de acesso universal (público e gratuito), e suas ferramentas e ações passam a ser prestadas em caráter de integralidade (de tratamento), respeitando o princípio da equidade, ou seja, pautando-se no dever de atender de maneira igual cada paciente coberto pelo sistema.

A universalização no tratamento é sinônimo de assegurar o direito de cidadania de todas as pessoas, cabendo ao Estado esse papel. Já a equidade tem como objetivo reduzir desigualdades. Conforme o Ministério da Saúde³⁸ justifica: “apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas.”. Ou seja, é tratar desigualmente os desiguais para garantir a isonomia material.

No que toca à integralidade, pode-se afirmar que este princípio diz respeito à cobertura do atendimento, acolhendo a todas as necessidades dos usuários. Para isso, é importante a integração de ações, com equipe interdisciplinar, para a articulação da saúde com outras políticas públicas, assegurando uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Estão presentes, também, os princípios da Regionalização e Hierarquização, segundo os quais os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, abrangendo uma determinada área geográfica.³⁹

A participação popular consiste, resumidamente, na ação da sociedade civil em participar ativamente do sistema. Para que seja possível, a participação deve ser exercida

³⁷Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em 25.nov.2022.

³⁸Essas informações e conceitos principiológicos são facilmente encontrados no site oficial do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 28.nov.2022.

³⁹Segundo informativo no site oficial do Ministério da Saúde: “A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.”. (idem - Disponível em: <https://saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 24.nov.2022.

através de órgãos participativos e deliberativos, tais como Conselhos e Conferências de Saúde, em cuja missão é formular estratégias, enquanto controlam e avaliam a execução da política pública de saúde. O cidadão, nesse raciocínio, como gestor social das políticas em saúde, exerceria o controle de políticas públicas *a posteriori*.

Na literatura de Políticas Públicas, Muller e Surel (2002) alertam para a existência de duas classes de objetivos: os explícitos, definidos pelos formuladores, e os implícitos, desvelados ao longo do processo de implementação. Além disso, haveria a reconstrução *a posteriori* dos objetivos, diante dos resultados da implementação, numa tentativa, por parte dos formuladores, de minimizar a distância entre as intenções e o que foi alcançado. Vale o comentário de que os cidadãos estão inseridos em ambas as classes de objetivos, atuando na primeira formulação de determinada política pública e experimentando, ao longo de sua realização, os reais efeitos.

A figura do cidadão é de nodal relevância para a continuidade de uma boa política pública, uma vez que atua no controle de qualidade e eficiência da mesma. Ora, se o cidadão é, também, o potencial usuário da política pública, por que não o incluir no corpo pensante do processo? Essa premissa da doutrina se ilustra perfeitamente com o Processo de formulação da Reforma Psiquiátrica, cuja aprovação e promulgação ocorreram após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, em 2001, culminando na Lei Federal nº 10.216/01 (ou Lei Paulo Delgado).

A lei trouxe, em seu artigo 3º, a responsabilidade do Estado a respeito do desenvolvimento da política pública de saúde mental, sua assistência e promoção de ações nesse sentido, com a previsão de participação social. Com essa redação desse artigo, o legislador demonstrou a importância da promoção de políticas públicas em saúde mental por parte do Estado e, de mesmo modo, reiterou a participação da sociedade e da família do paciente como pilar fundamental da assistência e promoção à saúde mental.

Não se trata mais de aguardar que o Estado crie, mas sim de levar à pauta pública discussões para embasar novas políticas, para solucionar problemas reais e concretos. Nessa toada, por exemplo, a internação deveria ser justificada como medida de extrema necessidade, quando os recursos extra hospitalares oferecidos se mostrassem ineficientes ao tratamento. Ou seja, a lei apresentou uma baliza normativa a um problema prático sério, que a um só tempo promovia o aumento do número de internações, e paulatinamente cuidava de diminuir a dignidade daquele paciente.

Ao estipular que a finalidade permanente do tratamento é a reinserção social do paciente e a intervenção em assistência humanitária, abriu espaço para que surgisse a política pública da rede RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). A RAPS está prevista no artigo 5º da lei, e advém da necessidade de se acabar com a hospitalização permanente, buscando-se, ao revés, sua reinserção.

A RAPS é composta⁴⁰ por i) Atenção Básica em Saúde; ii) Atenção Psicossocial; iii) Atenção de Urgência e Emergência; iv) Atenção Residencial de Caráter Transitório; v) Atenção Hospitalar; vi) estratégias de Desinstitucionalização e vii) Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

Com a implementação de uma rede integrativa, multidisciplinar e humanizadora, a internação psiquiátrica passaria a se restringir às hipóteses em que laudo médico a solicitasse, havendo a necessidade de caracterizar seus motivos.

Assim, Lei Paulo Delgado pretende efetivar a transição do modelo exclusivamente hospitalar para a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para atender os pacientes na área de saúde mental, sejam pessoas com transtornos mentais, sejam dependentes químicos. Essa rede foi sendo montada através de uma série de atos regulamentares⁴¹ que possibilitaram a implementação de um modelo substitutivo aos manicômios. Os Centros de Atenção Psicossocial (ou “CAPS’s”, como são conhecidos) se destinam a avaliar e acompanhar o progresso dos usuários do serviço público em saúde mental, bem como a monitorar o “*feedback*” de seus familiares, que são incentivados a participar do tratamento e contribuir para a melhora dos pacientes.

Os CAPS são, portanto, eixos de reinserção social para seus usuários, que através das atividades lá realizadas podem exercer direitos civis, fortalecer laços familiares, desempenhar atividades de lazer e usufruir de atenção especial às suas necessidades inerentes a condição mental. Ademais, nos CAPS, é sentida a capilaridade municipal, onde gestor e usuário do serviço mantém um diálogo mais íntimo, permitindo melhorias nessa obrigação prestacional.

⁴⁰ Veja-se a tabela com a composição da RAPS, publicada pela Portaria MS/GM nº 3088/2011, e alterada pela Portaria GM de Consolidação nº 3/17. Também disponível online: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html Acesso em 16.nov.2022.

⁴¹ Como, por exemplo, as portarias que trataram da regulamentação do CAPS e da RAPS: Portaria nº 336/GM/MS; Portaria MS/SAS nº 224/92; Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.

Os Centros de Atenção Psicossocial são componentes do SUS, decorrentes da reforma anti-manicomial, e consistem em pontos de tratamento e cuidado às pessoas com transtorno mental. Eles estão inseridos na RAPS conforme visto acima. O Ministério da Saúde⁴² discorre que lá são prestados “serviços de saúde de caráter aberto e comunitário” e que o CAPS é “constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar”, com a finalidade de atender às necessidades de pessoas com problemas psiquiátricos e, também aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para que sejam contidas as crises e essas pessoas possam ser reabilitadas ao convívio em sociedade. Esse modelo é, fundamentalmente, substitutivo ao modelo asilar.

Visando segregar os atendimentos por níveis/natureza do problema, os CAPS são divididos em modalidades, a depender do número de habitantes da municipalidade e, também, do foco de atenção (como é o caso, por exemplo, do ‘CAPS AD, para álcool e drogas). atendimento mais efetivo, de modo a individualizar o público para cada uma das unidades de atenção. É uma forma de concentrar profissionais especializados e utilizar os recursos de forma consciente, buscando o máximo aproveitamento do suporte disponível (seja ele de pessoas, equipamentos ou medicamentos).

Os CAPS são, portanto, eixos de reinserção social para seus usuários, que através das atividades lá realizadas podem exercer direitos civis, fortalecer laços familiares, desempenhar atividades de lazer e usufruir de atenção especial às suas necessidades inerentes a condição mental.

Hoje, pela sequência de eventos a que se pode atribuir o estopim da reforma psiquiátrica, sobretudo pela atual configuração da saúde na Constituição Federal resta evidente, pois, a guinada que sofreu o tratamento do tema. A saúde, cujo status de direito de segunda dimensão possibilitou a inclusão da pauta psiquiátrica na agenda pública, permite ser encarada (e, conseqüentemente exigida) como direito de todos e dever do Estado. Nesta senda, frise-se, que a saúde mental também passa a sê-lo.

Dessa sorte, sustenta-se que não havia, até o marco do MTSM, Política Pública em saúde mental no Brasil. Só a partir dos movimentos e progressos ora narrados que a “loucura” pode se inserir na agenda política, o que caracterizou a redemocratizou da saúde. Antes desse

⁴² Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/693-acoes-e-programas/41146-centro-de-atencao-psicossocial-caps> Acesso em: 27.nov.2022.

marco, não se podia falar em Política Pública. Isso porque, em vez de serem tratados, os pacientes eram torturados.

3. Conclusão

O objetivo deste ensaio foi repaginar a colocação da saúde dentro da história brasileira, e notadamente a saúde mental, com o fim de se poder afirmar, sem medo de equívocos ou más percepções, que por muitos anos o país foi assolado pela inexistência de uma Política Pública em saúde mental. O artigo buscou analisar a criação da política pública em saúde mental e, para tanto, começou pelo status da própria saúde a partir da noção de direito fundamental de segunda dimensão/geração, cuja relevância política foi fortalecida ao longo do século XX, no Brasil, sobretudo com a criação do DNSP e do Ministério da Saúde, em 1920 e 1953, respectivamente.

Viu-se, de igual modo, que no início do século passado já se pôde identificar preocupações sanitárias, com o controle dos portos. Em 1920, esse foco na saúde foi ampliado, culminando na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Todavia, a saúde ganhou atenção estatal somente no governo Vargas. Com as reformas estruturais varguistas e a noção de que valorizar e cuidar da saúde do trabalhador era, necessariamente, ampliar a produtividade, a saúde ganhou a relevância adequada.

Ato contínuo, viu-se que a criação do Ministério da Saúde, em 1953, demonstrou a expressiva guinada desse tratamento à saúde, quando esta passou a ser problema público. A ressalva que se fez foi no tocante ao custeio desse serviço assistencial que, muito embora garantisse certa cobertura, não era universal e, tampouco, gratuito, alimentando a chamada “indústria da loucura”. O financiamento privado dos hospitais de internação não só prejudicava a fiscalização da qualidade do serviço prestado, como também reforçava a desigualdade social, enriquecendo cada vez mais os donos de clínicas.

Como a história revela, o período que sucedeu a ditadura militar brasileira foi de grande contribuição para o cenário democrático da atualidade. Com a redemocratização, na década de 1980, era de se esperar que a saúde, sobretudo a saúde mental, fosse trazida pelo gestor para a agenda pública das *public policies*. Ao revés, o que se constatou foi a manutenção de um sistema privado de internação manicomial, sem o devido respeito às condições de higiene dos pacientes, de integração social e de reabilitação.

Com a promulgação da nova Constituição em 1988 percebeu-se uma mudança no corpo político brasileiro, notadamente pelo posicionamento constitucional da saúde. No plano infraconstitucional, viu-se que com a reforma sanitária e a criação do SUS, por exemplo, o Brasil conseguiu tirar do papel um projeto que serve de inspiração mundo afora. O SUS, com os preceitos de universalidade de cobertura, integralidade, gratuidade, autonomia municipal e participação popular rompeu com a lógica centralizadora do INPS, que alimentava uma indústria da loucura ao mesmo tempo em que não resolvia a questão da saúde mental.

A saúde mental, dentro desse panorama, não estava sendo protegida ou garantida por meio de Política Pública – posto que negligenciada. Com essa compreensão, torna-se possível afirmar que o modelo hospitalocêntrico era a demonstração da ausência de uma Política Pública em saúde mental no Brasil. Em verdade, manifesta o avesso do que se pretende com uma Política Pública.

Viu-se, também, que somente em fins do século XX essa realidade deu lugar a uma metodologia de tratamento integrativa, humanitária e não-hospitalizante. Hoje, existe um Sistema Único de Saúde (SUS) e toda a Rede de Apoio Psicossocial (RAPS) resultante da Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216/01), que instituiu a Reforma Psiquiátrica.

Talvez a característica mais importante do debate atual seja o deslocamento progressivo do centro de gravidade da discussão, que vem deixando de ser uma defesa dos mecanismos de proteção jurídica para se transformar em uma discussão sobre mecanismos jurídicos que possibilitem a inclusão civil e social dessas pessoas. Em outras palavras, o debate ultrapassa os limites da argumentação médica e se insere progressivamente no debate político acerca da inserção no campo da cidadania.

A partir da Reforma Psiquiátrica, a sociedade deixou a posição exclusiva de “assistida” para dar espaço à participação, seja ela no processo de formulação de políticas públicas, na sua implementação ou no controle social (*accountability*). Outrossim, a afirmativa de que a saúde pública é direito de todos e dever do Estado passou a guardar alguma verossimilhança.

Por fim, a reforma psiquiátrica expressada como política pública se apresenta multidisciplinar, extrapolando a clínica e adentrando na seara das ciências sociais e jurídicas. É dizer, finalmente, a saúde enquanto caridade chegou à obsolescência.

REFERÊNCIAS:

ALBUQUERQUE, Maria do Carmo, (Org.) Participação popular em políticas públicas: espaço de construção da democracia brasileira. – São Paulo: Instituto Pólis, 2006. 124p.

AMARANTE, P.D.C. Loucos pela Vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

_____. (Org.). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=qNxZDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&ots=XThvKLFFcb&sig=ywGfzjHYuFp-nY1nUl1gh879Uts&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false Acesso em 22.nov.2022.

ANDERSON, JAMES E. Public Policymaking: An Introduction, Library of Congress Catalog Card Number: 2009932921 ISBN-13: 978-0-618-97472-6, Wadsworth, Cengage Learning Seventh Edition, 2011.

ARAÚJO. L. M. de. *Da prática médica à práxis médica: possibilidades pela Estratégia Saúde da Família*. Tese de Doutorado da UFPB, João Pessoa. 2007. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp119241.pdf> Acesso em: 20.nov.2022.

ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro*. 1ª. Ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Políticas Públicas: Reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006, p.75.

BLEICHER, L., and BLEICHER, T. Saúde para todos, já! [online]. 3rd ed. Salvador: EDUFBA, 2016, 137 p. ISBN 978-85-232-2005-1. <https://doi.org/10.7476/9788523220051>. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/x8xnt/pdf/bleicher-9788523220051.pdf>. Acesso em:17.nov.2022.

BRAVO. M. I. S. *Política de Saúde no Brasil. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica*. In: *Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio*. Rio de Janeiro:

UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001, p. 01-24. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/jorjor/politica-de-sade-no-brasil> Acesso em 28.nov.2022.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. *Formulação de Políticas / Ana Cláudia NiedhardtCapella*. --Brasília: Enap, 2018.

HOCHMAN, Gilberto. *Regulando os efeitos da interdependência: Sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930)*. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, v.6, n.11, p.40-61, 1993.

MULLER, P.; SUREL, Y. *A análise das políticas públicas*. Pelotas: Educat, 2002.

NUNES, Edson de Oliveira. *A gramática política do Brasil. Clientelismo, corporativismo e insulamento burocrático*. Rio de Janeiro: Garamond. 1997.

ODA, A. M. G. R; DALGALARRONDO, P. *História das primeiras instituições para alienados no Brasil*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez. 2005.

OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985. (Im) previdência social: 60 anos de história de previdência no Brasil. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Im-previdencia-social-60-anos-hist%C3%B3ria.pdf> Acesso em 27.nov.2022.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. *Políticas de Saúde Mental no Brasil: O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01)*. 2004. Tese de Doutorado em ciência na área da saúde pública (Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004). Disponível em: <http://www.mpdft.mp.br/saude/index.php/saude-mental/pesquisa-academica/186-politicas-de-saude-mental-no-brasil-o-processo-de-formulacao-da-lei-de-reforma-psiQUIATRICA-10-216-01>. Acesso em: 27.nov.2022.

SANTOS, Wanderley Guilherme. *Cidadania e Justiça*. São Paulo: Campus, 1979.

SANTOS, Jamilli Silva. TEIXEIRA, Carmen Fontes. *Produção científica sobre política de saúde no Brasil (1988-2014) contribuição ao debate sobre a Reforma Sanitária Brasileira*. In: TEIXEIRA, C.F., comp. *Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações* [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, 510 p. ISBN 978-85-232-2021-1.

<https://doi.org/10.7476/9788523220211>.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.
