
LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL (1966-2001): TRAJETO DAS CAMPANHAS DE SAÚDE ÀS REFORMAS NA ASSISTÊNCIA

BRAZILIAN STATUTORY LEGISLATION IN THE MENTAL HEALTH FIELD (1966-2001): THE PATH FROM THE HEALTH CAMPAIGNS TO HEALTHCARE REFORMS

Gessica Greschuk Ribeiro¹
Guilherme Bertassoni da Silva²
Adriano Furtado de Holanda³

RESUMO

Estudamos neste artigo o trajeto dos movimentos sociais e ações públicas na área da saúde mental que se sucederam no Brasil, a partir das Campanhas de Saúde em 1966, até os últimos acontecimentos considerados relevantes para a construção das políticas públicas em saúde mental, conforme previstas na legislação atual. Este trabalho permite compreender a evolução das estratégias adotadas pelo governo. Apresenta uma perspectiva histórica que foi traçada a partir da legislação e documentos oficiais, de forma descritiva e imparcial, levando também em consideração as influências teóricas desse movimento, advindas principalmente da reforma psiquiátrica italiana. Destacam-se como produtos finais das tensões deste período, a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/1990), e a chamada Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/2001).

Palavras-chave: Legislação; Saúde Mental; Psiquiatria.

ABSTRACT

In this article it will be studied the path of social movements and public actions in the mental health field, as occurred in Brazil, from the Health Campaign in 1966, until the latest events considered relevant to the construction of public policy in mental health, provided by the current Law. This work enables the reader to understand the development of government's strategies. It presents a historical perspective made from the body of laws and official documents, in a descriptive and impartial purpose. As well, it takes into account the theoretical influences of this movement, which came from the Italian psychiatric reform, mainly. It can be made salient, as final productions of this period and its stresses, the Organic Law of Brazilian Health (Act 8.080/1990) and the Psychiatric Reform Act (10216/2001).

Keywords: Law; Mental Health; Psychiatry.

¹ Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba-PR, Brasil. *E-mail*: gr_gessi@yahoo.com.br

² Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Perito Criminal na Polícia Científica do Paraná. Curitiba-PR, Brasil. *E-mail*: silvapsi@hotmail.com

³ Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Professor Adjunto e Coordenador do Laboratório de Fenomenologia e Subjetividade da Universidade Federal do Paraná (LabFeno-UFPR). Curitiba-PR, Brasil. *E-mail*: aholanda@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, o período de 1960 a 2001 foi marcado por grandes mudanças na forma de pensar e praticar a psiquiatria. Foram alcançados importantes avanços para a implementação de políticas públicas na área da saúde mental, conforme reconhecemos hoje, de caráter psicossocial. Este artigo pretende identificar a política pública oficial brasileira na área da saúde mental desse período, a partir de uma perspectiva histórica.

O nosso recorte cronológico se dá a partir da implantação das Campanhas de Saúde, estratégia utilizada pelo gestor federal a partir de 1966. A política das Campanhas desloca a centralidade da clínica médica para o sentido da atuação comunitária em saúde pública, embora ainda carregue consigo o caráter asilar, herança do período anterior quando, no final do século XIX e início do século XX, as inovações da psiquiatria europeia se disseminaram no Brasil. Esse período foi marcado pela implantação de grandes hospitais psiquiátricos, com referencial de diagnóstico no isolamento do paciente e na descrição de sintomas, e referencial de tratamento em técnicas como a eletroconvulsoterapia, choque insulínico e lobotomia. Apenas em meados dos anos 50, quando o advento da psicofarmacologia permitiu o uso de medicações no campo da medicina psiquiátrica, se deu origem a um novo modo de relação entre paciente, psiquiatra e equipamento de saúde.

As próprias estratégias das Campanhas de Saúde Pública e Campanha Nacional de Saúde Mental (1966) permitiram o desenvolvimento do fenômeno descrito por Amarante (2007) como “Indústria da Loucura”, quando do fortalecimento da psiquiatria de viés biomédico e substituição dos asilos psiquiátricos públicos por hospitais privados, a indústria médica (psiquiátrica) passou a receber grandes lucros, enquanto os trabalhadores da área de saúde mental sofreram com crescente precarização das condições de trabalho.

Foi nesse cenário que se iniciou um movimento pela reforma sanitária e psiquiátrica em oposição à privatização da assistência psiquiátrica e ao modelo hospitalocêntrico, influenciado pela reforma italiana, inspirada no modelo de Psiquiatria Democrática de Franco Basaglia. Os movimentos contrários à lógica manicomial nasceram e por muito tempo permaneceram como minoritários e contra-hegemônicos. As décadas de 70 e 80 foram marcadas pela disseminação da proposta antimanicomial em diversos encontros e congressos, dentre os quais o I Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em 1978, tornou-se um marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Outro marco determinante para o desenvolvimento das políticas públicas de assistência à saúde mental, conforme a temos hoje, seria a promulgação da Constituição Cidadã de 1988, que traz em sua concepção de saúde pública os princípios da universalidade, integralidade e equidade, servindo como base para o desenvolvimento da Lei Orgânica de Saúde brasileira, Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990.

O presente artigo descreve o trajeto das ações e políticas de saúde mental brasileiras até a aprovação da Lei n. 10216 de 2001, que direciona os tratamentos a instâncias extra-hospitalares e garante direitos aos portadores de transtornos mentais. Optamos por este recorte de fim por entender que não há marco legal mais recente que referende mudança tão significativa: as novas legislações partem da Lei n. 10216/2001.

Foram selecionados portarias, decretos e leis que apresentam pontos marcantes da solidificação da política oficial de saúde mental, como definições administrativas, de organização de serviços e do modelo assistencial ou de tratamento. Este recorte metodológico se dá por conta da possibilidade de verificação desses documentos, mantidos acessíveis pelos sítios oficiais das instituições públicas estatais, a exemplo da Câmara e Senado Federal. Outros textos serão acrescidos de modo complementar.

O estudo da legislação em sua letra oficial ilustra e exemplifica a política pública da área de saúde mental desenvolvida no período citado, oferecendo a este trabalho a fidedignidade para poder descrever o modelo de tratamento adotado, com dados oficiais para a comprovação. Convém ressaltar que esta busca pela oficialidade dos textos tem também como função compreender o trajeto das políticas acerca do tema, distanciando-se de leituras apriorísticas de caráter político-ideológico, presentes na maior parte dos movimentos que versam sobre a temática da Saúde Mental nos dias de hoje.

A ESTRATÉGIA CAMPANHISTA (A PARTIR DE 1966)

Apontaremos, no Quadro 1, a legislação pesquisada neste artigo, a partir da lei que define a estratégia das campanhas nacionais de saúde, apontando o trajeto legislativo subsequente.

Quadro 1

Legislações referentes à área de saúde mental, entre os anos de 1966 e 1991

Ano	Tipo e número	Ementa
1966	Lei n. 5026	Estabelece normas gerais para a instituição e execução de Campanhas de Saúde Pública exercidas ou promovidas pelo Ministério da Saúde e dá outras providências.
1967	Decreto n. 60252	Institui no Ministério da Saúde a Campanha Nacional de Saúde Mental e dá outras providências.
1987	Anteprojeto de Lei n. 195	Sem ementa.
1988	Constituição Federal	Sem ementa.
1989	Projeto de Lei n. 3657	Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação compulsória.
1990	Lei n. 8080	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
1991	Decreto n. 109	Aprova a estrutura do Ministério da Saúde e dá outras providências.
2001	Lei n. 10216	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Nos anos de 1966 e 1967 foram editadas duas regulamentações, complementares e hierarquizadas entre si, com respeito à prestação de serviços e que trouxeram a necessidade de intensificação das atividades e da ampliação do acesso aos serviços em saúde. A Lei n. 5026, que estabelece normas gerais para a instituição e execução de Campanhas de Saúde Pública exercidas ou promovidas pelo Ministério da Saúde, datada de 14 de junho de 1966, especifica o modo de ação que será dado em relação à saúde em todo território nacional, delineando o formato da política pública do Ministério da Saúde. Em sua ementa, esta lei define que o chefe do poder executivo “estabelece normas gerais para a instituição de Campanhas de Saúde Pública exercidas ou promovidas pelo Ministério da Saúde e dá outras providências” (Brasil, 1966). O art. 2º da Lei n. 5026/1966 clarifica o objetivo e objetos das Campanhas de Saúde Pública:

A instituição e o desenvolvimento de Campanhas de Saúde Pública, na forma desta Lei, atenderão, sempre, à necessidade de se intensificar e coordenar, em todo o território nacional, ou em regiões definidas, as atividades públicas e particulares de prevenção e combate, inclusive tratamento e recuperação, relativamente a doenças que, por sua natureza, constituam problema de interesse coletivo e exijam, para seu atendimento, providências especiais (Brasil, 1966).

Na medida em que legislado o formato da política pública a ser implementada, as áreas específicas da atenção em saúde formularam suas regulamentações, na forma de decreto baseado no disposto na Lei n. 5026/1966. A área de saúde mental teve esta especificação legislada pelo Decreto n. 60252, publicado já em 21 de fevereiro de 1967. Este decreto implanta a Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM), que viria a ser o compêndio das ações governamentais e de seus parceiros na área:

Art. 1º Fica instituída, no Ministério da Saúde, nos termos dos artigos 1º e 2º da Lei n. 5.026, de 14 de junho de 1966, e de acordo com o plano aprovado pelo Ministro da Saúde, a Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM) diretamente subordinada ao Diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde e destinada a intensificar e coordenar, em todo o território nacional, as atividades públicas e particulares de prevenção e combate, inclusive de tratamento e recuperação, relativamente às doenças mentais em geral, em todos os seus aspectos, graus e variedades, com a finalidade de reduzir-lhes a incidência, bem como a dos estados mórbidos correlatos (Brasil, 1967).

A CNSM vem vinculada à legislação anterior e mais abrangente, como se percebe neste primeiro artigo, que cita a Lei n. 5026/1966. O diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, órgão responsável pela execução da assistência em saúde mental no país, é o responsável direto pela implantação e andamento desta nova política pública, nomeado, por esta legislação, superintendente desta Campanha (Brasil, 1967). Importante salientar, nesse ponto, que o texto da Lei n. 5026/1966 e do Decreto n. 60252/1967, por consequência, prevêm o fim das Campanhas somente em duas situações. O art. 19 deste decreto expõe de maneira bastante

objetiva as formas de extinção: “[...] a) pela execução integral de seu Plano; b) por ato do Presidente da República” (Brasil, 1966).

Torna-se ainda mais importante a verificação disposta na CNSM, uma vez que esta seria a política a ser desenvolvida pelo poder público, em esfera nacional, pelos 25 anos subsequentes, substituída somente quando da implementação das ações do Sistema Único de Saúde. Retornemos, então, ao estudo legislativo anterior.

As ações previstas na Campanha, para a consecução de sua finalidade, estão definidas em seu artigo segundo, o qual se divide em três pontos, que podem ser identificados com as definições de atenção primária, secundária e terciária em saúde. Passamos a estas ações, observando-as uma a uma:

I – Medidas de cooperação para a melhoria e ampliação das condições de socorro, assistência, tratamento e reabilitação de psicopatas, sua hospitalização e atendimento ambulatorial ou de outra natureza, em estabelecimentos públicos ou de interesse público (Brasil, 1967).

Neste ponto da definição legal das ações da Campanha vemos colocada a disposição acerca da atenção terciária (o nível de complexidade responsável por ações do tipo curativa, o mais complexo do sistema) nos termos de estruturação e prestação de serviços. Entende-se que também está aqui colocada a centralidade do tratamento hospitalar, bem como existe a percepção da possibilidade de divisão das responsabilidades da prestação dos serviços com entes não governamentais. Este apontamento já constava nos termos da Portaria 16145/1961 e mantém seu conteúdo, permitindo a participação das esferas privadas neste contexto assistencial.

II – Promoção e realização, em todo o País de ampla e contínua atividade de psiquiatria preventiva, através de medidas e campanhas de higiene mental e de combate aos fatores que afetam a saúde psíquica do povo (Brasil, 1967).

Aqui a legislação traz definições que dizem respeito à atenção primária e secundária (promoção de saúde e prevenção em saúde). As modificações teóricas na área de saúde mental, que apontam no sentido da prevenção, a partir dos anos de 1950, deslocam a centralidade da clínica médica para o sentido da atuação comunitária em saúde pública, sob influência das políticas de saúde mental desenvolvidas nos Estados Unidos, nessa época.

Esse movimento parte dos programas de saúde, elaborado pela política do Pres. Kennedy, chamado psiquiatria preventiva, que tem por objetivo a prevenção primária, secundária e terciária, a partir de um viés biomédico, a saber: promover programas para reduzir a incidência de transtornos mentais em uma comunidade, reduzir a duração dos transtornos mentais, e reduzir a deterioração causada pelos transtornos mentais (Jorge, 1997).

III – Medidas, inclusive educacionais, destinadas à prevenção e combate ao alcoolismo, à dependência e à toxicomania e ao tratamento e recuperação de alcoólatras, dependentes e toxicômanos (Brasil, 1967).

Neste terceiro item, vemos definidas, pela primeira vez em lei, as questões relativas à educação em saúde, ainda que esta esteja apontada apenas no que se refere ao alcoolismo e dependências químicas.

O Decreto n. 60252/1967, em resumo, abrange questões de tratamento, prevenção e promoção em saúde mental; aponta para a educação em saúde e mantém intenções anteriormente legisladas como a capilarização dos serviços e a possibilidade de participação de entes privados na prestação dos serviços. A CNSM foi um:

[...] instrumento que propiciou maior obtenção de recursos extra-orçamentários e maior maleabilidade na administração pública. A Campanha Nacional de Saúde Mental era um instrumento apropriado para a obtenção de recursos extra-orçamentários, possibilitando convênios, acordos de cooperação, contratação de pessoal, aquisição de materiais e equipamentos e também autorizando a execução de serviços e obras (Jorge, 1997, p. 44).

Este decreto geraria, também, críticas à possibilidade da implantação de serviços conveniados, em especial com relação aos convênios de clínicas particulares, que recebiam recursos advindos da Previdência Social para a internação psiquiátrica. Nesse momento (entre os anos de 1960 e 1970) solidificou-se a assistência privada; o modelo asilar tem seu auge em número de internações psiquiátricas:

O número de internações por neurose em hospitais psiquiátricos, que em 1965 era de 5.186, em 1970 passou para 18.932. No ano de 1975, esse valor se elevou para 70.383 e, em 1977, já estava em 200.000. Estima-se que, no período de 1950 a 1970, a população de doentes mentais tenha aumentado em 213%, enquanto o crescimento da população geral no Brasil foi de 82% (Guimarães, Fogaça, Borba, Paes, Larocca & Maftum, 2010, p. 277).

O número de internações por neurose é um dado que por si só demonstra o crescimento, em números, das internações hospitalares, já sob influência da política pública aplicada a partir de 1967. Contudo, este cenário fica mais esclarecido quando vemos os dados relativos aos leitos contratados, bem como a comparação entre serviços públicos e privados:

Nos anos seguintes, a escalada do número de hospitais psiquiátricos e leitos contratados infelizmente não parou por aí. Nesse período, chegamos em 1971 a 72 públicos e 269 privados com 80.000 leitos; em 1981, 73 públicos e 357 privados, chegando a 100.000 leitos ao longo desta década, começando a diminuir o ritmo somente a partir da redemocratização do país e início do processo de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica (Costa, 2003, p. 10).

Este crescimento observado e a sedimentação do modelo de asilamento, isolamento e centralismo no manicômio, que já vem como política desde o início da legislação acerca do tema e confirmados pela Campanha Nacional de Saúde Mental, gerariam consequências nos campos teórico e prático, entre profissionais de saúde mental e suas teorias, com caráter indissolúvelmente político.

É importante ressaltar que a esta época se vivia a implantação do DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais), que teve sua primeira versão no início dos anos de 1950 e foi revisado em 1968. Da primeira versão, de 1952, às mais recentes há um gradual deslocamento na compreensão do distúrbio mental no sentido de relegar a presença de elementos simbólicos da concepção psicossocial em favor de explicações de cunho biológico, pretensamente empíricas e a-teóricas (Barreto, 2005), bem como um significativo aumento do número de patologias registradas, representando uma pulverização do entendimento da complexidade do campo, além de outras consequências, tais como um declínio cada vez maior do próprio ensino de uma avaliação clínica cuidadosa – desde o DSM-III, na década de 1980 –, levando a um afastamento cada vez maior dos aspectos subjetivos e psicossociais do sofrimento mental e ao que se chamou de “morte da fenomenologia da América” (Andreasen, 2007).

Neste sentido, o viés de uma psiquiatria biomédica se fortalecia. O modelo asilar e sua aplicação crescente geram também novos contingentes de usuários, admitidos pelo discurso em vigência:

[...] mais dois novos tipos de crônicos chegam à soleira dos novos serviços: o cortejo de pessoas histéricas, que novamente se avoluma depois de um tempo de banimento a que poucas podiam escapar pelo funil dos consultórios de psicanálise e que agora, depois de implodida a fortaleza da histeria nas novas versões do DSM, voltam aos serviços, nos quais são frequentemente rediagnosticadas pelo novo discurso psiquiátrico como deprimidas ou distímicas, com transtornos de personalidade mais ou menos imprecisos ou, mais raramente, como portadoras de vagos distúrbios somatoformes de ansiedade (Barreto, 2005, p. 48).

Nesse sentido, a estratégia campanhista foi efetiva e em paridade com a psiquiatria biomédica, ampliando os serviços e vagas em locais destinados à internação. É importante ressaltar, ainda, que o momento político brasileiro era de um regime militar, onde o discurso dominante centrava-se na ordem e na hierarquia. Assim, a estrutura institucional do país, onde se encaixam os hospitais psiquiátricos e serviços de internação, estava voltada para este discurso. A expansão da privatização do hospital psiquiátrico se estabeleceu desde 1966, com “[...] a unificação, na estrutura do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, até 1981, quando foi interrompido pela chamada ‘crise da Previdência’” (Delgado, 2008, p. 62). Stockinger (2007) resume esta posição, da seguinte maneira:

Tais fatos geraram como características marcantes deste período a criação de um grande complexo médico assistencial de base hospitalar e uma prática médica orientada em termos da lucratividade, numa evidente capitalização da medicina através do privilegiamento do setor privado em detrimento dos serviços médicos próprios da Previdência Social. [...] Nos anos 80, tendo alcançado o ápice de déficit financeiro e operacional, e influenciado pela crítica oriunda de movimentos sociais emergentes, tal centralismo autoritário começa a ceder (p. 61-62).

A extinção das Campanhas de Saúde Pública se deu, oficialmente, apenas em 1991, com a entrada em vigor das legislações que vieram a embasar o Sistema Único de Saúde (SUS). O texto que traz a extinção das Campanhas é o Decreto n. 109/1991, o qual “aprova a estrutura regimental do Ministério da Saúde e dá outras providências” (Brasil, 1991). O ato de extinção das Campanhas consta da seguinte maneira:

Art. 21. São extintas as Campanhas de Saúde Pública de que trata a Lei n. 5.026, de 14 de junho de 1966, consoante o disposto na alínea “b” do art. 19 do mesmo diploma legal. Parágrafo único. Os programas desenvolvidos através das Campanhas de Saúde Pública referidas no art. 21 serão absorvidos pelo SUS.

O MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA (1978-1987)

No contexto do aumento de número de internações e serviços, bem como da privatização dos serviços, está o nascimento de questionamentos e alternativas ao sistema vigente, com movimentos dentro da psiquiatria e áreas afins (capitaneadas por personalidades diversas como Basaglia, Szasz, Laing, Cooper e outros). Portanto, foi na década de 1970 que começaram a surgir possibilidades de modificação do sistema centrado na internação e segregação no Brasil. Em 1972, por exemplo, houve um encontro de ministros da saúde das Américas, organizado pela Organização Pan-Americana de Saúde, no qual se firmou o Plano Decenal de Saúde para as Américas, que estabelecia recomendações para os países. Na área de saúde mental, recomendava:

- Prevenção primária, secundária e terciária em saúde mental;
- Criação de serviços para diminuir a tendência de aumento de alcoolismo e fârmaco-dependência;
- Planejamento de leitos psiquiátricos para cada 1.000 habitantes;
- Priorizar o atendimento ambulatorial e hospitalização breve, de preferência em hospitais gerais;
- Criação de Centros Comunitários de Saúde Mental em cidades com mais de 100.000 habitantes e estimular a participação da comunidade em torno deles;
- Modernização da legislação psiquiátrica;
- Modernização dos tratamentos, utilizando especialmente técnicas grupais;
- Estimular o ensino de saúde mental em escolas de medicina e de outras escolas que formam profissionais de saúde (Yasui, 2010, p. 35)

Essas recomendações iam ao encontro das proposições reformistas brasileiras na área da saúde mental, que encontram no pressuposto teórico da Psiquiatria Democrática Italiana seu maior ponto de apoio. Franco Basaglia, principal psiquiatra dessa tradição, esteve no Brasil no final dos anos 1970. Essa linha de contribuição teórica é indicada também entre estudiosos da

psiquiatria preventiva, por exemplo, em Sheldon Korchin, que propõe como caracterização da atuação de profissionais de saúde mental uma forma prioritariamente comunitária, destacando uma maior eficácia de ações produzidas na proximidade dos ambientes nos quais aparecem os problemas, e a necessidade de os clínicos trabalharem em ambientes familiares, na proximidade das pessoas demandantes; ou, em suas palavras:

As clínicas da comunidade deveriam ir ao encontro dos clientes, antes que ficar passivamente à espera de que eles o procurem profissionalmente. Sua atuação profissional deveria ser flexível, facilmente acessível no local e tempo onde a necessidade surge e oferecida numa atmosfera que reduza, ao invés de aumentar, a distância social entre o profissional e a pessoa ajudada. A ajuda deveria ser acessível àqueles que dela necessitam e não só aos que a procuram (Korchin, citado por Andery, 1984, p. 206).

Porém, aponta Basaglia na Carta de Nova Iorque, publicada em 1969, que as reformas propostas pela psiquiatria preventiva não passam de soluções parciais, que não demandam ações anti-institucionais, portanto não revolucionam a ideologia vigente em saúde mental, tão pouco superam as contradições sociais evidenciadas nesse sistema, mas acobertam a problemática com soluções técnico-institucionais de forma a “reduzir gradualmente a sociedade inteira a uma enorme instituição tolerante, sutilmente controlada” (Basaglia, 2005).

A mobilização social e os desdobramentos teóricos eram crescentes neste período histórico. Os encontros e congressos se multiplicavam, com destaque para o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (realizado no Rio de Janeiro, em 1978), o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (em São Paulo, 1979) e o II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em 1980, em Salvador. A importância desses encontros se deu pela participação de figuras importantes do pensamento crítico contemporâneo – como Felix Guattari, Franco Basaglia, Erving Goffman e Robert Castel, presentes no Rio de Janeiro, em 1978 –, ou por:

[...] favorecer articulação desse movimento com outros movimentos sociais organizados, como aqueles em prol da anistia política [o segundo evento]; e o terceiro, por favorecer o aparecimento da defesa dos direitos humanos dos pacientes, tendo como porta-voz grupos de direitos humanos, atores ainda inéditos neste processo (Sidrim, 2010, p. 39).

A insatisfação dos profissionais da saúde mental, em especial no Rio de Janeiro – a partir do Centro Psiquiátrico Pedro II – com a política então adotada e com questões trabalhistas (fundamentalmente relacionadas a condições precárias de trabalho e baixa remuneração) acabaria por gerar, no ano de 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, marcando o início do movimento conhecido como “reforma psiquiátrica brasileira”, que incorpora críticas ao modelo hospitalocêntrico e às precárias condições de trabalho e tratamento, bem como à privatização da assistência psiquiátrica (Amarante, 1995). O movimento pela reforma sanitária estava em seu auge, e teria, em 1986, importante momento na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A reforma sanitária é um conjunto de princípios técnicos e políticos, e seu relatório final serviu de base para a política brasileira de saúde que seria implementada em 1990 (Amarante, 2007). A reforma sanitária brasileira objetiva um sistema de saúde igualitário, descentralizado, universal, com os serviços organizados de forma regionalizada e hierarquizada. A integralidade e a participação social são princípios fundamentais, coerentes com o conceito de saúde como direito inerente à cidadania (Alves, Seidl, Schechtman & Correia & Silva, 1994). O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde traz, em seu texto, esta indicação:

[...] deverá ser deflagrada uma campanha nacional em defesa do direito universal à saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos, para que se inscrevam na futura Constituição:

- A caracterização da saúde de cada indivíduo como interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais;
- A garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional;
- A caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais (Brasil, 1986, p. 8-9).

Entre esses princípios podemos citar que a reforma sanitária priorizava a difusão de uma nova consciência sanitária e alterações em leis, visando um sistema único de saúde e a democratização de práticas institucionais. Nesse processo social e político, o campo da saúde mental e sua nascente “reforma” encontram-se contemplados. Dentro um processo maior na saúde, a saúde mental segue os mesmos passos. A mobilização dos trabalhadores de saúde, no cotidiano de suas práticas institucionais e nas universidades, politizou a questão da saúde mental, especialmente na luta contra as instituições psiquiátricas; produziu reflexões críticas que provocaram uma ruptura epistemológica; criou experiências de cuidado contra-hegemônicas; conquistou mudanças em normas legais e buscou produzir efeitos no campo sociocultural (Yasui, 2010).

A reforma sanitária tem grande importância para o processo da reforma psiquiátrica, sendo a segunda complementar e parte da primeira. Não haveria a reforma nos serviços de saúde mental sem as discussões e a politização que ocorreu na Saúde como um todo. Os atores envolvidos nos processos de conferências e das mobilizações paralelas a estas foram fundamentais para estabelecer as bases sólidas das reformas em saúde e que se tornariam princípios de política pública.

Dentro do processo de discussão e de reforma é inaugurado, em 1987, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, pensado como dispositivo substitutivo ao modelo asilar predominante. O CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido também como CAPS da Rua Itapeva, no município de São Paulo, iniciou seus serviços em março daquele ano. O CAPS Luiz Cerqueira foi organizado a partir de técnicos advindos de ambulatórios do município e ao longo de sua formação incorporou profissionais que participavam da plenária de trabalhadores de saúde mental, iniciada no ano anterior, e que tinham experiências nascentes de transformação institucional na assistência em saúde mental (Yasui, 2010, p.42).

Na mesma época, serviço semelhante havia sido inaugurado na cidade de Bauru, interior do Estado de São Paulo, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). A cidade de Bauru, dispendo de momento progressista no campo da saúde, priorizando as reformas sanitária e psiquiátrica, foi escolhida para sediar a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), que ocorreu em dezembro de 1987. A temática desta I CNSM foi bastante incisiva: “Por uma sociedade sem manicômios”, que marca uma posição política bastante reformista, tanto na Saúde quanto em outras áreas.

Na leitura do relatório final, observa-se que o direcionamento iniciado pela movimentação social de reforma sanitária foi mantido em sua totalidade, com propostas aprovadas, por exemplo, de ampliação do conceito de saúde; a formação de um sistema único de saúde pública, incentivo à participação popular e formação de rede de atendimento extra-hospitalar e multiprofissional; e promoção de saúde mental como forma de prática cidadã. Este texto final ainda apresenta “Recomendações à Constituinte” e proposta de “Reformulação das leis ordinárias” (Brasil, 1988a, p. 21-27). O relatório apresenta estas propostas de maneira significativamente ideológica e politizada, enfatizando as relações de poder e se colocando de forma antimanicomial.

Este movimento visava à desconstrução do modelo adotado, marcando momento histórico em 1987, quando são realizadas a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (II CNTSM), na esteira dos movimentos de redemocratização do país, que visavam, na área de saúde, à reforma sanitária, à implantação de um sistema único e público de saúde e à reforma da atenção em saúde mental. O resultado do II CNTSM é publicado em carta aberta, denominada “Carta de Bauru” (local onde ocorreu o Congresso).

Este documento fundamenta os apontamentos políticos contrários ao manicômio, prevendo uma reforma na atenção em saúde mental. Ainda envolto em pensamentos reformistas em outras áreas, defende a reforma agrária, a sindicalização, entre outros. Na esfera política, em fevereiro de 1987 estava formada a Assembleia Nacional Constituinte, composta por 559 membros entre deputados e senadores, com vistas à discussão e aprovação, pelo Congresso Nacional (Câmara dos Deputados e Senado Federal), de uma nova Constituição para o país, após 21 anos de ditadura militar (Brasil, 1988b).

A Assembleia Nacional Constituinte contava com a Comissão da Ordem Social, a qual era derivada de uma subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. A subcomissão emitiu um Anteprojeto de Lei acerca dos três temas. Na seção reservada à saúde, neste documento, estavam presentes 14 artigos (Brasil, 1987b), dos quais se entrevê princípios do que viria a ser um sistema único de saúde brasileiro.

A CONCEPÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA NA CONSTITUIÇÃO DE 1988

O resultado final dos 20 meses do processo da Assembleia Nacional Constituinte foi a promulgação, em 5 de outubro de 1988, da nova Constituição Federal da República Federativa do Brasil (Brasil, 1988b), feita em ambiente de comoção política e dos meios de comunicação, trazida a público com a conotação de “constituição cidadã”.

No seu Capítulo II, que se refere à seguridade social (que abarca as áreas de saúde, assistência social e previdência social), o texto constitucional assevera, em seu art. 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Os artigos que seguem – arts. 197 a 199 –, trazem os princípios de um sistema único de saúde, como se vê, especificamente no art. 198: descentralização, integralidade do atendimento e participação social (Brasil, 1988b).

Decorre da Constituição Federal toda e qualquer legislação posterior a esta, estando, portanto, toda legislação na área de saúde submetida aos princípios nela apresentados. A partir desse marco legal estão estabelecidas as diretrizes para a Lei Orgânica da Saúde e para a constituição do Sistema Único de Saúde, que viriam a ser regulamentados pela Lei n. 8080 de 1990. A Lei n. 8080/90 “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (Brasil, 1990, ementa).

Com esta seara política e com a realidade do modelo assistencial colocado em prática, abre-se caminho para as modificações que virão a partir da implantação da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde, que marca o nascimento de um Sistema Único de Saúde, em 1990.

O PROJETO DE LEI N. 3657/1989 E SEU TRAJETO DE APROVAÇÃO: A LEI N. 10216/2001

Entre a promulgação da Constituição e a aprovação da lei do Sistema Único de Saúde houve um importante projeto na área de Saúde Mental: no ano de 1989 foi apresentado um Projeto de Lei que tratava da temática da Reforma Psiquiátrica. Assim, faz-se necessário breve retorno cronológico para apresentar este PL.

O Projeto de Lei n. 3657/1989 foi apresentado pelo deputado federal Paulo Delgado, vinculado ao Partido dos Trabalhadores pelo estado de Minas Gerais, e trazia em sua ementa disposição acerca da “[...] extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (Brasil, 1989). O Projeto de Lei representa a tentativa de se legislar o que fora proposto, especificamente com relação à assistência em saúde mental, na I CNSM de 1987.

O texto do Projeto de Lei apresentado é fortemente influenciado pela Lei Italiana n. 180, de 1978, que extinguiu os hospitais naquele país (Amarante, 2007). O deputado federal que apresentou o PL fazia parte de movimentação social antimanicomial, adepto da teoria do psiquiatra italiano Franco Basaglia, este último responsável pela construção e aprovação da lei italiana, bem como principal teórico da Psiquiatria Democrática. Não foi por acaso, mas por semelhança ideológica e pressuposto teórico, que o projeto do deputado Paulo Delgado traz elementos que estavam já legislados na Itália, desde 11 anos antes. A ideia de extinção do manicômio havia sido conquistada pelo movimento da Psiquiatria Democrática Italiana por ações políticas, ideológicas e, acima de tudo, com práticas renovadoras da atenção em saúde mental.

Apesar da semelhança entre o Projeto de Lei n. 3657/1989 e a Lei n. 180/1978, este projeto pareceu demasiado revolucionário para nossa realidade, no momento em que foi

apresentado. A temática de proibição de novos hospitais psiquiátricos, bem como o tempo de aplicação da lei projetada foram itens que, ainda que apoiados pelos movimentos sociais citados, não encontraram suficiente acolhimento no Congresso Nacional. A tramitação deste projeto iniciou em 1989, na Câmara dos Deputados e foi encaminhada ao Senado Federal, em 1991. Ficou estagnada nesta Casa até o ano 1999.

Nesse período (e por conta da estagnação do PL), parlamentares favoráveis ao projeto de lei encaminharam, em sete estados e no Distrito Federal, projetos similares que foram aprovados nas Assembleias Legislativas estaduais/distrital, aprovando, portanto, leis de caráter reformista na saúde mental, com abrangência nos entes federados. As leis aprovadas preservam fortes semelhanças entre si, e com o PL n. 3657/1989. Estas leis foram aprovadas entre 1992 e 1996 (BRASIL, 2004, p. 28-66), de acordo com o demonstrado no Quadro 2.

Quadro 2

Leis reformistas nas UF por ano

Ano	Estado	Lei Estadual/Distrital
1992	Rio Grande do Sul	9716/1992
1993	Ceará	12151/1993
1994	Pernambuco	11065/1994
1995	Rio Grande do Norte	6758/1995
1995	Minas Gerais	11802/1995
1995	Paraná	11189/1995
1995	Distrito Federal	975/1995
1996	Espírito Santo	5267/1996

Este movimento político, de caráter nacional, também levou o Ministério da Saúde a publicar a primeira portaria em que aparecem serviços de saúde mental indicando “uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental” (Brasil, 2004, p. 245), a Portaria n. 224/1992 “teve a particularidade de ter sido aprovada pelo conjunto dos coordenadores/assessores de saúde mental dos estados, para que, entendida como regra mínima, pudesse ser cumprida em todas as regiões do País” (Brasil, 2004, p. 252).

No âmbito do controle social, houve a formação da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica do Conselho Nacional de Saúde (pela Resolução n. 93/1993), substituída em 1999 pela Comissão de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde (Resolução n. 298/1999). Fazia-se necessária aprovação de uma Lei Federal para que as iniciativas dos entes federados se fizessem válidas em território nacional, tanto quanto que as portarias, resoluções e outras regulamentações tivessem lei a qual fossem subordinadas juridicamente.

O Projeto de Lei n. 3657/1989 foi, então, apresentado na Câmara dos Deputados no final de 1989 e encaminhado ao Senado Federal em 1991. O Senado, por sua vez, apresentou

um substitutivo ao projeto original apenas em 1999, quando a tramitação na Câmara foi retomada e o substitutivo veio a se tornar norma jurídica, em abril de 2001 (Brasil, 1989). A Lei aprovada, n. 10216/2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, reflete a possibilidade de ajustamentos que um projeto substitutivo apresenta: se por um lado redireciona o modelo assistencial, por outro perde as características do projeto inicial com relação ao fim dos manicômios, já que não apresenta texto nesse sentido. A lei elenca direitos básicos dos “portadores de transtornos mentais” e regulamenta a internação, avançando ao incluir o Ministério Público como ator indispensável nos casos de internação involuntária; avança ainda quando define que a internação deverá ser utilizada como tratamento somente “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Brasil, 2001, art. 4º).

O direcionamento dado por esta Lei é o de uma atenção em Saúde Mental preferencialmente comunitária, com equipamentos territorializados, seguindo a lógica do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir dessa proposta, diversos serviços e equipamentos foram implantados visando atendimento substitutivo ao Hospital Psiquiátrico: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, os Ambulatórios de Saúde Mental e leitos de atenção integral em Hospitais Gerais (Brasil, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia campanhista afere à assistência em saúde mental maior abrangência geográfica, com ampliação quantitativa dos serviços. A alteração do foco de uma prestação de serviço que era essencialmente público para um viés privatista do mesmo foi alvo de críticas de teóricos e de trabalhadores da área de saúde mental. Esta crítica vem, principalmente, com a compreensão de que houve, com esta mudança, um enviesamento para a obtenção de grande lucro dos serviços privados com a internação de pacientes psiquiátricos.

O processo de reestruturação da assistência em saúde mental, em andamento no Brasil, tem suas origens nas reformas ocorridas em outros países, com importante influência da psiquiatria democrática italiana, a qual teoriza que os hospitais psiquiátricos não são necessários para a estrutura de prestação de serviços em saúde mental, e que o internamento de prazo prolongado não encontra justificativa científica.

A crítica ao modelo vigente durante os anos de 1970, com o fato de que os hospitais eram ambientes pouco produtivos de tratamento efetivo, leva ao enfrentamento do modelo centrado no hospital. Esta tendência se radicaliza com as movimentações sociais reformistas na área da saúde, a partir do movimento de reforma sanitária. A reforma sanitária se estabelece, legalmente, com a implantação da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/1990). Nos mesmos moldes, a movimentação por uma mudança de modelo significativa na saúde mental cresce e toma corpo com o Projeto de Lei (Federal) n. 3657/1989 e com as leis estaduais que foram criadas com base neste. Este projeto, tornado lei em 2001, com significativas alterações, incorpora aos tratamentos de saúde mental as bases para um cuidado efetivado em ambiente outro que o do hospital psiquiátrico, reconhecendo, ainda, os direitos dos portadores de transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

- Alves, D. S. N., Seidl, E. F., Schechtman, A., & Correia e Silva, R. (1994). Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: P. Amarante (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (p. 197-203). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Andreasen, N. C. (2007). DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 108-112.
- Barreto, J. (2005). *O umbigo da reforma psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental*. Juiz de Fora: Editora da UFJF.
- Basaglia, F. (2005). *Escritos selecionados: em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Brasil (1961). *Portaria n. 16145, de 16 de agosto de 1961*. Constitui grupo de trabalho para elaborar Plano Nacional de Moderna Assistência aos Doentes Mentais e Reabilitação Pura e Simples dos Enfermos, prevendo convênios com as Santas Casas do interior do país, para instalações de clínicas psiquiátricas ou centros de reabilitação de doentes crônicos e desenvolvimento da pesquisa científica no Centro Psiquiátrico Nacional. Brasília: Senado Federal.
- Brasil (1966). *Lei n. 5026 de 14 de junho de 1966*. Estabelece normas gerais para a instituição e execução de Campanhas de Saúde Pública exercidas ou promovidas pelo Ministério da Saúde e dá outras providências. Brasília: Senado Federal. Recuperado de <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-5026-14-junho-1966-368616-normaatualizada-pl.html>
- Brasil (1967). *Decreto n. 60252 de 21 de fevereiro de 1967*. Institui no Ministério da Saúde a Campanha Nacional de Saúde Mental e dá outras providências. Brasília: Senado Federal. Recuperado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/legis/legis1.asp
- Brasil (1986). *8ª Conferência Nacional de Saúde*. Relatório Final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Recuperado de http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf
- Brasil (1987a). *Anteprojeto de Lei, volume 195, de 23 de maio de 1987*. Brasília: Senado Federal. Recuperado de <http://www.camara.gov.br/internet/constituicao20anos/DocumentosAvulsos/vol-195.pdf>
- Brasil (1987b). *2º Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental*. Carta de Bauru. São Paulo: Bauru. Recuperado de <https://redeagrega.files.wordpress.com/2012/12/carta-de-bauru.pdf>
- Brasil (1988a). *Conferência Nacional de Saúde Mental*. Relatório Final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf

- Brasil (1988b). *Constituição Federal*. Brasília: Senado Federal. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil (1989). *Projeto de Lei n. 3657, de 11 de dezembro de 1989*. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação compulsória. Brasília: Câmara Federal. Recuperado de <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>
- Brasil (1990). *Lei número 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Senado Federal. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Brasil (1991). *Decreto n. 109, de 2 de maio de 1991*. Aprova a estrutura do Ministério da Saúde e dá outras providências. Brasília: Senado Federal. Recuperado de <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=75656&norma=102420>
- Brasil (1992). *Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992*. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Recuperado de http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm
- Brasil (1993). *Resolução n. 93, de 02 de dezembro de 1993*. Constitui, no âmbito do CNS, a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica e estipula seus objetivos. Brasília: Senado Federal.
- Brasil (1999). *Resolução n. 298, de 02 de dezembro de 1999*. Constitui a Comissão de Saúde Mental, com objetivo de assessorar o plenário do CNS na formulação de políticas na área de saúde mental. Brasília: Senado Federal.
- Brasil (2001). *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Senado Federal. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.
- Brasil (2004). *Legislação em Saúde Mental 1990-2004. Série E. Legislação de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf.
- Brasil (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Costa, A. C. F (2003) Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. In: M. I. Aranha (Org.). *Direito Sanitário e Saúde Pública* (p. 135-169). Brasília: Ministério da Saúde.
- Delgado, P. G. (2008) Os determinantes de 1968 para as políticas públicas de saúde mental. In: J. F. Silva Filho (Org.). *1968 e a saúde mental*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Guimarães A. N., Fogaça M. M., Borba L. O., Paes M. R., Larocca L. M., & Maftum M. A. (2010). O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). *Texto Contexto Enfermagem* (Florianópolis), 19(2), 274-282.
- Itália (1978). *Lei 13 de Maio de 1978, n. 180*. Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios. Recuperado de <http://www.ifb.org.br/legislacao/Lei%20180%20-%20Italia.pdf>

- Jorge, M. A. S. (1997) *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. São Paulo: Fundação Oswaldo Cruz.
- Paraná (1995). *Lei Estadual n. 11189 de 9 de novembro de 1995*. Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais. Curitiba: Assembleia Legislativa do Estado do Paraná.
- Rio Grande do Sul (1992) *Lei Estadual n. 9716 de 07 de agosto de 1992*. 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. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul.
- Sidrim, M. I. C. (2010) *As representações sociais da reabilitação psicossocial: um estudo sobre os CAPS*. Curitiba: Juruá.
- Stockinger, R. C (2007). *Reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas humanistas e existenciais*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Yasui, S. (2010) *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Recebido em: 09-03-2017

Primeira decisão editorial: 27-03-2017

Aceito em: 01-05-2017

