

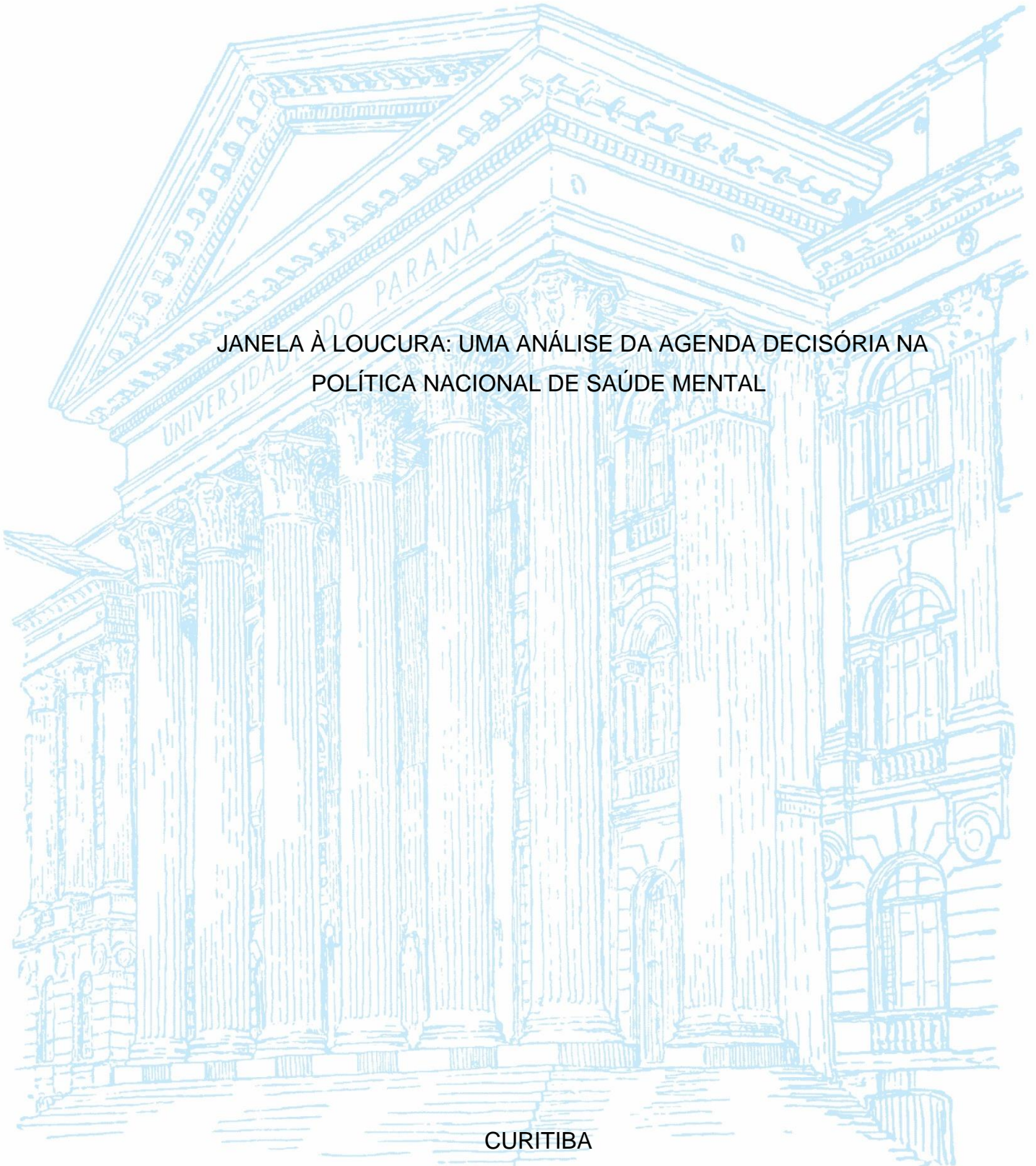
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUIZ ARILTON VIEIRA

JANELA À LOUCURA: UMA ANÁLISE DA AGENDA DECISÓRIA NA
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

CURITIBA

2023



LUIZ ARILTON VIEIRA

JANELA À LOUCURA: UMA ANÁLISE DA AGENDA DECISÓRIA NA
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Políticas Públicas.

Orientador Prof. Dr. Roberto Eduardo Bueno

CURITIBA

2023

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

Vieira, Luiz Arilton

Janela à loucura: uma análise da agenda decisória na política nacional de saúde mental / Luiz Arilton Vieira. – Curitiba, 2023.

1 recurso on-line: PDF.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Eduardo Bueno.

1. Política pública. 2. Assistência à saúde mental. 3. Política de saúde mental. 4. Processo decisório. I. Bueno, Roberto Eduardo.

II. Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. III. Título.

Bibliotecária: Maria Lidiane Herculano Graciosa CRB-9/2008



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO POLÍTICAS PÚBLICAS –
400010176P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação POLÍTICAS PÚBLICAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **LUIZ ARILTON VIEIRA** intitulada: **JANELA À LOUCURA: UMA ANÁLISE DA AGENDA DECISÓRIA NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**, sob orientação do Prof. Dr. ROBERTO EDUARDO BUENO, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 01 de dezembro de 2023.

Assinatura Eletrônica
04/12/2023 15:45:44.0
ROBERTO EDUARDO BUENO
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
06/12/2023 13:24:21.0
JULIANA SCHAIA ROCHA ORSI
Avaliador Externo (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
06/12/2023 15:58:37.0
DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
04/12/2023 17:47:12.0
THABATA CRISTY ZERMIANI
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ)

Avenida Prefeito Lothário Meissner, 632 - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80210-170 - Tel: (41) 3360-4354 - E-mail: politicaspUBLICAS@ufpr.br
Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 331804. **Para autenticar este documento/assinatura, acesse [tps://siga.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp](https://siga.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp) e insira o código 331804**

Dedico este trabalho à memória de minha mãe, Benedita Catarina Vieira (08/01/1951 – 30/10/2022). Além do seu amor incondicional, sempre foi minha maior incentivadora. Ainda que tenha partido antes desta conclusão, sua obra e seu amor seguem vivos.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos ao professor Roberto Bueno, que me acolheu já na metade do caminho e, com sua luz e carinho, me auxiliou até a conclusão desta tarefa. Agradeço o carinho e as orientações da professora Juliana Schaia Rocha Orsi, e os ensinamentos de todos os professores que marcaram presença nesses últimos quatro anos. Minha gratidão pelo apoio dos meus amigos, colegas de curso e, especialmente, a compreensão, gentileza e suporte dos meus colegas de trabalho. Agradeço minha família, meu pai, irmãos e irmãs, mas principalmente minha mãe (*in memoriam*), que desde o início me incentivou. Por fim, minha gratidão a Deus, por seu imenso amor e a tudo que vem Dele.

RESUMO

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil tem início no final da década de 1970 e se consolida a partir de 2001, sobretudo devido à aprovação da Lei 10.216 de abril de 2001. Com isso, criou-se uma Política Nacional de Saúde Mental composta por uma Rede integrada e qualificada de Atenção Psicossocial, com vistas a acolher e dar suporte à pessoa em sofrimento mental, preferencialmente no âmbito do seu território e comunidade. Por conseguinte, o presente estudo se ocupa da análise de agenda decisória (*agenda setting*) da Política Nacional de Saúde Mental, ao longo do período entre 1978 e 2003, quando se desenvolvem os fluxos do problema (*problem*), das alternativas (*policies*) e político (*politic*), desencadeando em janelas de oportunidade (*policy window*) para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Desse modo, a investigação está focada na conformação da agenda de reversão do modelo de assistência psiquiátrica hospitalocêntrico, em favor da adoção de serviços comunitários alternativos e substitutivos. Seguindo as diretrizes do Modelo de Múltiplos Fluxos (*Multiple Streams Framework – MSF*) de Kingdon, bem como por meio da técnica de análise de conteúdo, foram examinados documentos públicos, registros e relatórios de conferências de saúde, atos normativos, artigos, livros e pesquisas prévias, a fim de identificar e descrever os elementos que influenciaram e determinaram a ascensão do problema da assistência psiquiátrica à agenda decisória governamental. Enquanto o fluxo do problema se constituiu por denúncias de uma assistência em saúde mental precária, indigna, desumana e ineficiente, o fluxo das soluções acumulou alternativas para uma assistência em saúde mental substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, e baseada nos princípios da cidadania do indivíduo. Por sua vez, no fluxo político surgiram mudanças internas no governo (*turnover*) e importantes empreendedores de política (*policy entrepreneurs*), que promoveram a abertura de janelas de oportunidade (*policy window*) e a convergência entre os fluxos (*coupling*), elevando, assim, o problema da saúde mental à agenda decisória. Destarte, nesse intervalo foram identificadas sete janelas de oportunidade para a Política Nacional de Saúde Mental, as quais permitiram a consolidação de um novo modelo de assistência, que, agora, prima por dispositivos extra-hospitalares.

Palavras-chave: Janela Política. Assistência à Saúde Mental. Brasil. Kingdon. Múltiplos Fluxos.

ABSTRACT

The process of psychiatric reform in Brazil began at the end of the 1970s and was consolidated from 2001 onwards, mainly due to the approval of law 10,216 of April 2001. As a result, a National Mental Health Policy was created consisting of an integrated and qualified psychosocial care network, with a view to welcoming and supporting people in mental distress, preferably within their territory and community. Therefore, the present study deals with the analysis of the decision-making agenda (agenda setting) of the National Mental Health Policy, throughout the period between 1978 and 2003, when the problem (problem), alternatives (policies) and political (politic) streams develop, triggering windows of opportunity (policy window) to the process of psychiatric reform in Brazil. In this way, the investigation is focused on defining the agenda (agenda setting) of reversing the hospital-centric psychiatric care model, in favor of the adoption of alternative and substitutive community services. Following the guidelines of Kingdon's Multiple Streams Framework (MSF), as well as through the content analysis technique, public documents, records and reports from health conferences, normative acts, articles, books, and previous research were examined, to identify and describe the elements that influenced and determined the rise of the problem of psychiatric care on the governmental decision-making agenda. While the problem stream was constituted by complaints of precarious, unworthy, inhumane, and inefficient mental health care, the policy stream accumulated alternatives for mental health care to replace the hospital-centric model and based on the principles of individual citizenship. In turn, in the political stream, internal changes emerged in the government (turnover) and important policy entrepreneurs, which promoted the opening of windows of opportunity (policy window) and convergence between streams (coupling), thus elevating the problem of mental health to the decision-making agenda. Thus, during this period, seven policy windows were identified for the National Mental Health Policy, which allowed the consolidation of a new model of care, which now relies on extra-hospital devices.

Keywords: Policy Window. Mental Health Assistance. Brazil. Kingdon. Multiple streams.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – CICLO DE POLÍTICA.....	33
FIGURA 2 – PROCESSO DE FORMAÇÃO DA AGENDA DECISÓRIA	36
FIGURA 3 – NÍVEIS DA AGENDA.....	37
FIGURA 4 – CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	44
FIGURA 5 - O MODELO DE MÚLTIPLOS FLUXOS DE KINGDON.....	86
FIGURA 6 - TRAJETÓRIA DO PROJETO DE LEI 3.657/1989 ATÉ A LEI 10.216/2001 (1989-2001)	93

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – CATEGORIAS TEMÁTICAS PARA A ANÁLISE DE CONTEÚDO	30
QUADRO 2 – INDICADORES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	96
QUADRO 3 - INDICADORES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	99
QUADRO 4 - INDICADORES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	102
QUADRO 5 – INDICADORES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL....	103
QUADRO 6 – INDICADORES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL....	104
QUADRO 7 – EVENTOS CRISES E SÍMBOLOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	106
QUADRO 8 – EVENTOS CRISES E SÍMBOLOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	110
QUADRO 9 – EVENTOS CRISES E SÍMBOLOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	122
QUADRO 10 – EVENTOS CRISES E SÍMBOLOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	126
QUADRO 11 – EVENTOS CRISES E SÍMBOLOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	127
QUADRO 12 – FEEDBACKS PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	133
QUADRO 13 – FEEDBACKS PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	139
QUADRO 14 – VIABILIDADE TÉCNICA PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	145
QUADRO 15 – VIABILIDADE TÉCNICA PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	149
QUADRO 16 – ORÇAMENTO/CUSTO ACEITÁVEL PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	155
QUADRO 17 – ORÇAMENTO/CUSTO ACEITÁVEL PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	157
QUADRO 18 – VALORES ENVOLVIDOS NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	159
QUADRO 19 – HUMOR NACIONAL PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	163

QUADRO 20 – HUMOR NACIONAL PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	171
QUADRO 21 – HUMOR NACIONAL PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	175
QUADRO 22 – HUMOR NACIONAL PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	178
QUADRO 23 – GRUPOS DE INTERESSE NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	181
QUADRO 24 – GRUPOS DE INTERESSE NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	185
QUADRO 25 – GRUPOS DE INTERESSE NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	187
QUADRO 26 – GRUPOS DE INTERESSE NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	189
QUADRO 27 – GRUPOS DE INTERESSE NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	192
QUADRO 28 – GRUPOS DE INTERESSE NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	194
QUADRO 29 – TURNOVER DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	197
QUADRO 30 – TURNOVER DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	199
QUADRO 31 – TURNOVER DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	202
QUADRO 32 – TURNOVER DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	207
QUADRO 33 – JANELA POLÍTICA PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	212
QUADRO 34 – JANELA POLÍTICA PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	213
QUADRO 35 – JANELA POLÍTICA PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	214
QUADRO 36 – JANELA POLÍTICA PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	215

QUADRO 37 – JANELA POLÍTICA PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	216
QUADRO 38 – JANELA POLÍTICA PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	217
QUADRO 39 – JANELA POLÍTICA PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	219

LISTA DE SIGLAS

ABP -Associação Brasileira de Psiquiatria
AFDM – Associação de Familiares de Doentes Mentais
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APA – Associação Psiquiátrica Norte-Americana
ARENA – Aliança Renovadora Nacional
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad – Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de Álcool e outras Drogas.
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAS – Comissão de Assuntos Sociais
CCJR – Comissão de Constituição, Justiça e de Redação
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CID-10 - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Edição
CJM – Colônia Juliano Moreira
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CONAPS - Conselho Nacional de Administração da Previdência Social
CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CPMI – Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CPPII – Centro Psiquiátrico Pedro II
CSSF – Comissão de Seguridade Social e Família
DECS – Descritores em Ciências da Saúde
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª Edição
DSM-V - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição
EC – Emenda Constitucional
ES – Espírito Santo
EUA – Estados Unidos da América
FBH – Federação Brasileira de Hospitais

FHC – Fernando Henrique Cardoso
FMI – Fundo Monetário Internacional
GAOD – Grupo de Trabalho Intraministerial para Álcool e outras Drogas
GAP – Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica
GM – Gabinete do Ministro
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LAPS – Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
MG – Minas Gerais
MLA – Movimento da Luta Antimanicomial
MS – Ministério da Saúde
MSF – Modelo de Múltiplos Fluxos (*Multiple Streams Framework*)
MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PDS – Partido Democrático Social
PDT – Partido Democrático Trabalhista
PEC – Proposta de Emenda Constitucional
PFL – Partido da Frente Liberal
PL – Projeto de Lei
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNSM – Política Nacional de Saúde Mental
PP – Partido Progressista
PRN – Partido Republicano Nacionalista
PSDB – Partido da Social-Democracia Brasileira
PT – Partido dos Trabalhadores
PTB – Partido Trabalhista Brasileiro
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
REME – Movimento de Renovação Médica
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SNAS – Secretaria Nacional de Assistência à Saúde

SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais

SOSINTRA – Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho

SP – São Paulo

SRT – Serviço de Residência Terapêutica

SUS – Sistema Único de Saúde

UA – Unidade de Acolhimento

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	JUSTIFICATIVA.....	22
1.2	OBJETIVOS.....	26
1.2.1	Objetivo geral	26
1.2.2	Objetivos específicos.....	26
1.3	METODOLOGIA.....	26
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	32
2.1	AGENDA DECISÓRIA.....	32
2.2	POLÍTICA PÚBLICA.....	38
2.2.1	O que é uma política pública?	40
2.2.2	O ciclo de políticas públicas (<i>policy cycle</i>).....	43
2.2.3	Tipologia de Lowi	50
2.2.4	Política: Uma palavra, três dimensões (Polity, Politics e Policy).....	52
2.3	SAÚDE MENTAL.....	53
2.4	O ESTADO E A SAÚDE MENTAL: A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E SEUS ANTECEDENTES HISTÓRICOS	58
2.4.1	Saúde Mental durante o Brasil Império (1808 –1889).....	63
2.4.2	Saúde Mental após a Proclamação da República (1890 –1964).....	65
2.4.3	Saúde Mental durante a Ditadura Militar (1964 –1985)	67
2.4.4	Saúde Mental no início da Nova República (1985 –2016).....	69
2.4.5	Saúde Mental com a Reforma Psiquiátrica sob ameaça (2016 –2022)	75
2.4.6	Saúde Mental com o retorno do Partido dos Trabalhadores (PT) ao Governo Federal (2023).....	77
2.5	O MODELO DE MÚLTIPLOS FLUXOS DE KINGDON.....	77
2.5.1	O Fluxo dos Problemas (<i>problems stream</i>).....	80
2.5.2	O Fluxo das Alternativas e Soluções (<i>policies stream</i>)	82
2.5.3	O Fluxo Político (<i>political stream</i>).....	83
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	90
3.1	FLUXO DO PROBLEMA	93
3.1.1	Indicadores	95
3.1.2	Eventos, Crises e Símbolos	105
3.1.3	Feedback sobre as ações governamentais	132

3.2	FLUXO DE ALTERNATIVAS E SOLUÇÕES	143
3.2.1	Viabilidade Técnica.....	145
3.2.2	Orçamento/custo acessível	154
3.2.3	Valores Envolvidos/Aceitação Pública	158
3.3	FLUXO POLÍTICO	162
3.3.1	Humor Nacional.....	162
3.3.2	Grupos de Interesse	180
3.3.3	<i>Turnover</i> – Mudanças Internas no Governo	196
3.4	JANELA POLÍTICA.....	209
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	220
	REFERÊNCIAS	222
	ANEXO 1 (PL 3.657/1989)	238
	ANEXO 2 (Texto Substitutivo Senado Federal)	242
	ANEXO 3 (LEI 10.216/2001)	246

1 INTRODUÇÃO

O dia 06 de abril do ano 2001 foi digno de orgulho e comemoração para muitos brasileiros, em virtude da regulamentação de um marco legal relevante da Política Nacional de Saúde Mental. Nesse dia, era promulgada a Lei 10.216, uma legislação que marcou a história da República Federativa do Brasil e assinalou o desfecho de uma longa disputa pelo que seria o futuro da saúde mental no país.

Havia mais de vinte anos, defensores de uma reforma no modelo de assistência psiquiátrica lutavam pelo que acreditavam ser o resgate da dignidade e da cidadania das pessoas com algum tipo de sofrimento mental. Assim, reivindicavam o fim das hospitalizações psiquiátricas no Brasil, um procedimento envolto por contradições e denúncias de abusos e violações (AMARANTE, 1998). Ainda que o texto aprovado, diferentemente da proposição original, não tenha orientado a extinção dessas instituições, mesmo assim constituiu um novo modelo de tratamento para a questão de saúde mental no território brasileiro. Além de reorientar o modelo assistencial, priorizando os recursos extra-hospitalares, também garantiu proteção e instituiu direitos às pessoas com transtornos mentais. As internações não foram proibidas, porém a lei estabeleceu critérios para que essas pudessem ocorrer (BRASIL, 2001). Em suma, representou uma importante vitória para os atores envolvidos nesse longo e complexo processo (AMARANTE, 2007; YASUI, 2010; AMARANTE; NUNES, 2018).

Com isso, consolidava-se a instauração de uma nova era e de um novo rumo para a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Por conseguinte, considerando a pertinência da matéria e a vinculação deste pesquisador à área da psicologia, o presente estudo se dedica à investigação da trajetória e dinâmica em torno da aprovação dessa legislação, com vistas a identificar e analisar a conformação da agenda decisória (*agenda setting*) que permitiu a reversão do modelo de assistência psiquiátrica hospitalocêntrico, em favor da adoção de serviços comunitários alternativos e substitutivos.

Destarte, o interesse estatal pela loucura no Brasil é relativamente recente, tendo em vista que as primeiras tentativas de prestar assistência à saúde mental datam do início do século XIX, a partir da chegada e estabelecimento da família real no Rio de Janeiro. É nesse momento que a loucura passa a ser objeto de intervenção por parte do Estado brasileiro, após ter sido negligenciada por quase trezentos anos (FONTE, 2012).

Entretanto, essas primeiras ações estavam muito distantes de primar pela humanização e bem-estar dos doentes e, basicamente, consistiam na retirada dos insanos das vistas e do convívio social. Por serem considerados resíduos da sociedade e uma ameaça à ordem pública, os loucos destoavam daquela fase de modernização e consolidação da nação brasileira como país independente (PASSOS, 2009). Nesse sentido, a solução foi implementar um modelo de tratamento baseado no enclausuramento, uma medida de caráter claramente higienista e que simplesmente objetivava a manutenção e preservação da ordem pública (YASUI, 2010).

Nesse momento, os insanos não podiam mais perambular pelas ruas das cidades, especialmente se apresentassem algum comportamento agressivo. Desse modo, principalmente para aqueles desprovidos de uma situação socioeconômica favorável, restou o confinamento nos porões das Santas Casas de Misericórdia, onde eram mantidos atados, privados dos cuidados que necessitavam e sob as piores condições de higiene (PASSOS, 2009).

Historicamente, a origem do cuidado institucionalizado no Brasil se assinala com a criação do Hospício dos Alienados Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1841 (MESSAS, 2008). Não obstante, a continuidade dessa política de assistência às pessoas acometidas de transtornos mentais centrada na hospitalização, permitiu, entre o início dos séculos XIX e XX, uma forte proliferação de instituições asilares pelo país. Não à toa, para pesquisadores que analisam o percurso das políticas públicas para saúde mental, esse período marca o início da institucionalização da loucura no Brasil (SAMPAIO; BISPO-JUNIOR, 2021; FONTE, 2012; ENGEL, 2001).

Todavia, o que se viu nesse período foi a instalação de um projeto público de repressão às pessoas em sofrimento mental, uma vez que a formulação de políticas públicas cuidou basicamente da implantação das instituições de reclusão. A despeito disso, em oposição às interpretações de cunho moral e religioso, vem dessa época a construção e constituição da loucura como doença mental, além do enquadramento nessa categoria daqueles indivíduos considerados em desrazão ou alienados. Por sua vez, uma crítica tenaz à essa classificação tem a ver com o fato de ser baseada nos limites cada vez mais abrangentes da normalidade *versus* anormalidade, haja vista que a depender dessa interpretação, para merecer uma estadia nas instituições especializadas, era suficiente não corresponder a uma norma social considerada adequada para a época (ENGEL, 2001).

Essa ênfase na hospitalização não sofreu grandes alterações com a Proclamação da República. Ao contrário, o que se observou foi uma continuidade dessa política. Nesse sentido, um dos primeiros atos normativos da primeira República, ainda em 1890, se encarrega de transformar o Hospício Pedro II em Hospital Nacional dos Alienados (MESSAS, 2008). Desse modo, por decreto presidencial, o hospício se consolida como principal instrumento da assistência médica e legal aos alienados da primeira República (BRASIL, 1890).

É possível que a principal diferença, assinalando a passagem da era imperial para a republicana, esteja localizada no gabinete da direção hospitalar. Isso, porque, enquanto no Brasil Império o Hospício Pedro II era administrado pela Santa Casa de Misericórdia, a partir da Proclamação da República e da sua transformação em Hospital Nacional dos Alienados, sua administração é transmitida para a Psiquiatria Científica (YASUI, 2010). Esse evento, por um lado, vem demonstrar a disposição do governo na criação de uma assistência mais técnica aos doentes mentais, entretanto, por outra via, logo deixa transparecer a força e influência da classe médica sobre as políticas de Estado da mais nova República.

Em 1920 já havia muitos hospitais psiquiátricos espalhados pelo território brasileiro, o que permitiu que em julho de 1934, um decreto presidencial (24.559) determinasse que todos os loucos fossem retirados do convívio comunitário e internados em estabelecimentos psiquiátricos, em nome da manutenção da ordem e da segurança pública (FERNANDES, 2018). Mais adiante, a partir de 1964, durante o regime militar, o convênio entre o Estado e a iniciativa privada deu luz à famigerada indústria da loucura, o que garantiu a expansão do número de instituições privadas e gerou um quantitativo exorbitante e controverso de internamentos psiquiátricos (YASUI, 2010).

A partir desse contexto, através da análise da trajetória dessas políticas públicas para saúde mental, tem sido possível reconhecer uma importante relação entre as interpretações e concepções acerca da loucura/transtorno mental e o perfil de tratamento e intervenção que são adotados pelo Estado. Nesse sentido, são, principalmente, as concepções simbólicas e epistemológicas em torno da loucura e do sofrimento mental, que, em interação com o contexto sociopolítico e econômico, terminam por determinar quais políticas, modelos de assistência e práticas de cuidados têm sido implementados e seguidos pelos governos ao longo dos anos no Brasil (SAMPAIO; BISPO-JUNIOR, 2021).

Assim, vêm da época imperial o aprofundamento das concepções epistêmicas que não somente compreendiam o transtorno mental como objeto de intervenção do Estado e do saber da psiquiatria, como também atribuíram a marca da periculosidade e da desrazão aos doentes. Por conseguinte, prevalecendo ao longo de quase duzentos anos no Brasil, esse entendimento cumpriu por legitimar e justificar uma intervenção estatal contraditória, baseada no enclausuramento, e que permitiu inúmeros abusos às pessoas ditas portadoras de distúrbio mental (SAMPAIO; BISPO-JUNIOR, 2021).

Por essa razão, a promulgação da Lei 10.216 de 2001 traz consigo uma representação simbólica extraordinária, pois não apenas proclama e coroa o resultado de uma intensa e complexa mobilização social, que envolveu a participação de diferentes atores sociais, mas, principalmente, porque rompe com um paradigma de assistência psiquiátrica que foi predominante ao longo de quase duzentos anos e que tinha na instituição hospitalar o seu principal recurso terapêutico (AMARANTE, 2007; YASUI, 2010). Evidentemente, essa lei não se torna a Política Nacional de Saúde Mental *per se*, entretanto, serve para aclarar e esclarecer a sociedade acerca de qual estratégia governamental passa a vigorar no contexto da saúde mental, além de fundamentar, permitir e orientar a criação subsequente de diversos dispositivos legais e normativos com vistas a dar corpo a nova política e concretizar esse novo paradigma.

A mobilização em torno da aprovação dessa lei manteve-se vigente ao longo de pelo menos duas décadas. Essa busca pela tão sonhada reforma no modelo de assistência psiquiátrica conseguiu reunir e engajar desde trabalhadores e profissionais, até movimentos sociais, usuários e familiares (YASUI, 2010). Discussões e debates ocorriam frequentemente e nos mais diversos ambientes, como universidades, hospitais, escolas e igrejas. Todavia, as principais proposições eram levadas, apresentadas e defendidas em conferências e congressos, como no II Encontro dos Trabalhadores em Saúde Mental, ocorrido em 1987, na cidade de Bauru - SP, de onde surgiu o Movimento de Luta Antimanicomial, um movimento social que se expandiu pelo país e que influenciou fortemente na aprovação da lei (PEREIRA, 2004). Esse movimento perdura em atividade e celebra todo dia 18 de maio o dia Nacional da Luta Antimanicomial.

Naturalmente, em se tratando de uma Política Pública (*policy*)¹, é comum que o seu estabelecimento esteja condicionado à confluência de elementos favoráveis à sua implementação (KINGDON, [1984] 2014). Depende de um ambiente político propício; da forma como o problema é percebido política e socialmente; e de quais alternativas estão postas à mesa. Espera-se que quanto maior a pressão social em prol dessa política, tanto maior seja a chance dessa confluência ocorrer. Todavia, raramente se observa unanimidade entre os agentes envolvidos no processo e, dessa forma, o conflito é inerente ao jogo.

Dessa perspectiva, num reconhecimento da importância social e científica que a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e sua complexa dinâmica representam, buscou-se, com esse trabalho, analisar os elementos que influenciaram ou determinaram a sua implementação. Desse modo, numa referência à teoria de Kingdon ([1984] 2014), investiu-se na identificação e descrição das janelas de oportunidade (*policy window*) que permitiram o avançar dessa política. Em analogia a Kingdon, ela foi denominada no título da presente tese como “janela à loucura”.

Destarte, trata-se de uma análise de agenda decisória da Política Nacional de Saúde Mental, ao longo do período entre 1978 e 2003, quando se desenvolvem os fluxos do problema (*problem*), das alternativas (*policies*) e político (*politic*), desencadeando em janelas de oportunidade (*policy window*) para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Com isso, a investigação está focada na conformação da agenda (*agenda setting*) de reversão do modelo de assistência psiquiátrica hospitalocêntrico em favor da adoção de serviços comunitários alternativos e substitutivos.

Mesmo tratando-se de um processo complexo, partiu-se do princípio de que a implementação dessa política pública cumpriu determinados preceitos e obedeceu a uma lógica passível de ser observada. Nesse sentido, por meio de documentos

¹ No Brasil, a palavra “política” serve para designar três diferentes dimensões da política, o que, amiúde, pode gerar confusão e incompreensões. Por essa razão, deste ponto em diante, sempre que houver necessidade, a palavra inglesa correspondente será acrescentada entre parênteses para melhorar esse entendimento. No próximo capítulo haverá uma melhor descrição desses conceitos, entretanto, cumpre logo justificar e esclarecer que o berço acadêmico e científico das políticas públicas ocorre nos Estados Unidos da América, onde três diferentes vocábulos são utilizados para designar as diferentes dimensões da política: O termo “*polity*” se refere a estrutura institucional do sistema político-administrativo; a palavra “*politics*” descreve a dinâmica política de negociação/competição/disputa entre forças pelos agentes políticos; e o vocábulo “*policy*” ou “*policies*” (plural de *policy*) indica os resultados que derivam dessa interação entre as forças e agentes dos processos políticos (SCHMIDT, 2018).

públicos, como relatórios, atos normativos, declarações, livros, resultados de levantamentos e pesquisas prévias, tem-se, como objetivo primordial, analisar a conformação da sua agenda decisória, com base nas diretrizes oferecidas pelo Modelo de Múltiplos Fluxos (*Multiple Streams Framework – MSF*) de John Kingdon ([1984] 2014).

A fim de corroborar a originalidade de abordagem da pesquisa e justificar a sua pertinência, no próximo tópico deste capítulo será apresentado, além dos objetivos da pesquisa, uma verificação bibliométrica e narrativa acerca do assunto. Esse levantamento ocorre através da plataforma de periódicos da CAPES, bem como junto às bases de dados das plataformas eletrônicas “Scopus”, “Web of Science”, “PubMed” e “PsycINFO”. Dessa forma, pretende-se examinar a (in)existência de teses ou dissertações já versando sobre a agenda decisória da PNSM sob a ótica do MSF.

Esse primeiro capítulo se encerra com uma descrição da metodologia geral do trabalho. Nesse tópico são apresentados os dispositivos e elementos que compõem a análise, seguidos de uma explicação acerca de como se operacionaliza o processo analítico.

Na sequência, na seção destinada à revisão bibliográfica (CAPÍTULO 2), numa tentativa de equalizar o entendimento sobre o tema, realiza-se uma revisão de literatura com vistas à definição dos conceitos de “agenda decisória”, “política pública” e de “saúde mental”. Ademais, com o intuito de organizar e orientar a sequência da presente pesquisa, nesse capítulo também constará uma análise documental e o estado da arte da PNSM, tal como uma evolução mais aprofundada da relação entre Estado e Saúde Mental.

Como finalização do capítulo reservado à revisão bibliográfica, apresenta-se o Modelo de Múltiplos Fluxos (*Multiple Streams Framework – MSF*) de Kingdon ([1984] 2014). Trata-se de uma das mais importantes ferramentas metodológicas de análise de agendas decisórias em políticas públicas e, por sua vez, será a lente norteadora do presente trabalho.

Tendo em conta a estrutura do MSF, sua apresentação contará com três subseções, as quais versarão sobre:

- I. Fluxo dos Problemas (*problems stream*);
- II. Fluxo das Alternativas (*policies stream*);
- III. Fluxo Político (*political stream*).

Na sequência, procede-se com a apresentação e discussão dos resultados (CAPÍTULO 3). Nessa etapa, os fluxos do problema (*problem stream*), das alternativas e soluções (*policies stream*) e político (*political stream*) são minuciosamente descritos e discutidos, dando luz às janelas de oportunidade (*policy window*) para a PNSM. Por fim, as considerações finais são apresentadas no capítulo 4 e, desse modo, tem-se o presente trabalho por concluído.

1.1 JUSTIFICATIVA

O desenvolvimento de um saber científico obedece a normas e critérios que, frequentemente, superam a simples vontade e interesse do pesquisador. A despeito da indiscutível importância da personalidade do pesquisador, será o cumprimento desses protocolos que determinará a viabilidade e significância do estudo em pauta.

Nesse sentido, ainda que a possibilidade de replicabilidade seja uma das condições impostas a qualquer conhecimento que almeje o *status* de científico (CAMPOS, 2001), por tratar-se de uma tese de doutorado, uma das circunstâncias que se impõe ao presente estudo, é que seja uma contribuição original e significativa à área de investigação em que se assenta (UFPR, 2019).

Por essa razão, a fim de examinar a originalidade da matéria, uma das primeiras providências adotadas foi realizar uma verificação bibliométrica e narrativa da literatura, a partir das principais bases de dados bibliográficos, com o intuito de encontrar (ou não) publicações ou registros de trabalhos, pesquisas, teses ou dissertações que versassem sobre a Agenda Decisória na Política Nacional de Saúde Mental.

Optou-se por realizar essa revisão bibliométrica e narrativa através das plataformas eletrônicas “Scopus”, “Web of Science”, PubMed, “PsycINFO” e do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sendo este um dos maiores acervos científicos e digitais do Brasil, reunindo mais de 49 mil periódicos com texto completo e 455 bases de dados de conteúdo, além do Catálogo de Teses & Dissertações, que concentra informações sobre teses e dissertações defendidas junto a programas de pós-graduação em universidades de todo o país (CAPES, 2022).

A pesquisa ocorreu em dezembro de 2022, mas foi repetida em novembro de 2023. Como palavras-chaves na busca virtual, utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para “saúde mental” (*mental health*), associados aos termos “*policy*”, “*agenda*”, “*agenda-setting*”, “*Brazil*” e “*Kingdon*”.

Entretanto, como resultado, ainda que os termos utilizados recuperem uma diversidade de trabalhos, a leitura do título e resumo desses documentos revela um claro distanciamento entre os escopos dos trabalhos encontrados e a finalidade da presente pesquisa. No caso específico da plataforma CAPES, ao utilizar os descritores “política AND agenda AND saúde” obtêm-se 1.447 resultados, por sua vez, na sequência, ao acrescentar o termo “mental” esse número se reduz para 74 registros. Todavia, nenhum dos 74 trabalhos se propõe a analisar, efetivamente, a agenda decisória de alguma política pública de saúde mental, sob a ótica do Modelo de Múltiplos Fluxos (*Multiple Streams Framework – MSF*) de Kingdon ([1984] 2014). Em novembro de 2023, num retorno à Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações da CAPES, o número de trabalhos sob esses buscadores ficou em 87, contudo, sem alterações qualitativas.

Por outro lado, tal qual Dearing e Rogers (1996), que analisaram os estudos sobre formação de agenda produzidos até 1990 e constataram a falta de padronização na maneira de se analisar a agenda de políticas públicas, haja vista a utilização de diferentes abordagens metodológicas pelos pesquisadores, esse levantamento inicial permitiu identificar que cientistas brasileiros, frequentemente, têm empregado o termo “agenda” no campo das políticas públicas de saúde, porém sem que estejam focados ou interessados na agenda decisória da política. Com isso, a palavra “agenda” pode ser encontrada tanto nos títulos e resumos, como nas palavras-chaves dos trabalhos, sem que, absolutamente, estejam relacionados à agenda decisória nos termos de Kingdon ([1984] 2014) ou Baumgartner e Jones (1993)².

² Tanto Kingdon (1984) como Baumgartner e Jones (1993) direcionam sua atenção para agenda decisória no campo das políticas públicas. Enquanto o primeiro desenvolve o Modelo de Múltiplos Fluxos (MSF) para explicar o processo de formação dessa agenda, Baumgartner e Jones elaboram o modelo teórico Equilíbrio Pontuado para elucidar os determinantes que fazem uma agenda permanecer estável por um longo período e/ou passar por repentinos processos de mudança. Ambos compartilham a ideia de que diante do volume de questões clamando pela atenção dos formuladores de políticas, apenas uma fração dessas demandas será seriamente considerada na agenda governamental. Assim, concordam que a agenda decisória é caracterizada por um subgrupo de questões prioritárias, provenientes de uma agenda governamental mais ampla, que em dado momento recebe especial atenção por parte dos formuladores de políticas.

Comumente, o termo tem sido utilizado para se referir a propostas, alternativas, pautas ou, no sentido da agenda política/sistêmica de Cobb e Elder (1972), uma vez que abordam diversas questões sociais importantes, regularmente percebidas pela comunidade política como merecedoras de atenção, mas que ainda não foram, necessariamente, seriamente consideradas pelo governo; ou para discutir questões já deliberadas pelo poder público, porém sem que o foco da análise esteja na formação da agenda decisória. Com isso, embora os mecanismos de buscas recuperem uma significativa quantidade de trabalhos envolvendo “agenda”, a maioria desses materiais termina por ser desprezada devido não corresponder ao foco e interesse da presente pesquisa.

Essa dificuldade de consenso entre os pesquisadores, em torno do termo “agenda” no campo das políticas públicas, certamente esteve no rol de preocupações de John Kingdon quando formulou o Modelo de Múltiplos Fluxos. Estando ciente da imensa diversidade de usos para essa palavra, inclusive no contexto das políticas governamentais, o autor procurou definir precisamente a “agenda” que iria considerar no seu trabalho.

Para Kingdon (2007), trata-se daquela lista de prioridades, restrita e específica, que em dado momento recebe séria atenção das autoridades públicas. É composta por temas ou problemas provenientes da agenda governamental, porém que já estão prontos para uma tomada ativa de decisão. Ademais, o autor esclarece desde o início, que analisar agenda decisória não significa estudar como as autoridades tomam suas decisões, mas sim, investigar o porquê de alguns temas ganharem a atenção e lugar na agenda dessa elite, enquanto outros assuntos são negligenciados ou desprezados.

Destarte, através dessa varredura inicial, a julgar pelas bases utilizadas, supõe-se pelo ineditismo da pesquisa pretendida. Apesar das centenas de materiais recuperados, a leitura do conteúdo obtido não revelou a existência de qualquer trabalho com ênfase analítica na agenda decisória da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Todavia, para além da originalidade, cumpre salientar que a investigação ainda dispõe de justificativa social e científica.

Depois de John Kingdon, Ana Cláudia Niedhardt Capella e Nikolaos Zahariadis estão entre os autores mais influentes, que se dedicam ao estudo de agenda decisória e que aplicam o Modelo de Múltiplos Fluxos no campo das políticas públicas (SILVA, 2020). Capella (2020), afirma que a formação da agenda é um dos elementos mais importantes do processo de políticas públicas e que o entendimento desse processo

é fundamental para compreender o exercício do poder político em uma sociedade democrática. Por sua vez, Zahariadis (2016), garante que analisar o processo de definição de agenda é um passo necessário para compreender como a política é feita.

Esse tipo de análise possibilita identificar e entender os valores sociais em evidência quando a decisão é tomada; conhecer as possíveis lacunas entre as prioridades que são sociais e as que são do governo; reconhecer quem são os vencedores e os perdedores na arena política; entender como as decisões políticas são afetadas pela definição da agenda; e ainda conhecer quem são os indivíduos e instituições envolvidos no processo (ZAHARIADIS, 2016).

Nesse sentido, considerando que política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público (SECCHI, 2013), isto é, um conjunto de ações e decisões que o governo assume em prol de solucionar problemas que afligem a sociedade; tendo em conta as vantagens e necessidades de se compreender os porquês de alguns temas ganharem a atenção e lugar na agenda da elite governamental, enquanto outros assuntos são negligenciados (CAPELLA, 2020; ZAHARIADIS, 2016); e tendo em vista a lacuna de conhecimento, devido à ausência de estudos envolvendo agenda decisória na Política Nacional de Saúde Mental, tem-se, então, a evidência de uma justificativa tanto social, como científica para o presente estudo.

Em acréscimo, numa complementação à justificativa social, a partir da identificação e do resgate de símbolos, indicadores, atores, problemas, alternativas, etc., que influenciaram a gênese da Política Nacional de Saúde Mental e que compõe o resultado do presente estudo, pretende-se contribuir com um importante debate em evidência no Brasil, desde 2016, quando modificações pontuais na PNSM provocaram pânico em alguns atores e militantes da Reforma Psiquiátrica, que veem as medidas como retrocesso e prejuízo a liberdade e dignidade das pessoas com sofrimento mental (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020; CRP, 2020).

Ainda que a mudança de comando no governo federal (*turnover*), ocorrida em janeiro de 2023, represente uma reversão de cenário, iniciando, inclusive, com a promessa da nova gestão no Ministério de Saúde, de revogação dos atos normativos da gestão anterior que contrariam os preceitos da Reforma Psiquiátrica (GLOBO, 2023), tais eventos apenas confirmam a evidência do tema e a necessidade de se manter essa discussão sempre alimentada e aquecida.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Analisar o processo de formação da agenda decisória na Política Nacional de Saúde Mental, entre os anos 1978 e 2003.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Realizar uma revisão bibliométrica e narrativa sobre a agenda decisória na Política Nacional de Saúde Mental;
- b) Identificar o estado da arte da Política Nacional de Saúde Mental e seus primórdios;
- c) Descrever o Modelo de Múltiplos Fluxos de John Kingdon ([1984] 2014);
- d) Analisar a dinâmica de formação da agenda decisória da Política Nacional de Saúde Mental sob a ótica do Modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon.

1.3 METODOLOGIA

Do ponto de vista metodológico, dado o problema de pesquisa e os objetivos que foram apresentados acima, a presente análise se configura numa abordagem empírica qualitativa, de natureza aplicada, com objetivos tanto exploratório e descritivo, como explicativo.

Uma pesquisa empírica qualitativa visa um aprofundamento na compreensão acerca de uma dada realidade, obtendo conhecimento por meio de elementos que nem sempre podem ser quantificados. Se interessa pela dinâmica das relações sociais e pelo espaço mais profundo das relações humanas, se atentando aos significados, às motivações, atitudes, crenças e valores (MINAYO, 2001). Desse modo, trata-se de uma abordagem que se preocupa com os porquês dos fenômenos sociais e, então, representa e orienta perfeitamente o exercício de análise de agenda decisória de uma política pública.

Um estudo de natureza aplicada é aquele que se propõe a gerar um conhecimento original, visando a geração de um novo conhecimento, porém, para que

este seja aplicado objetivamente em alguma situação específica (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009). Assim, considerando a lacuna de conhecimento envolvendo o processo de formação de agenda decisória da Política Nacional de Saúde Mental sob a ótica do MSF, demonstrada ao longo da seção justificativa, tal como a contribuição da pesquisa para compreensão da área de formulação de agenda no campo das políticas públicas, percebe-se que o presente trabalho reflete sublimemente os intentos definitivos de um estudo de natureza aplicada.

No que tange aos objetivos, Gil (2007) classifica as pesquisas em três categorias: exploratórias, descritivas e explicativas.

Um estudo exploratório busca um melhor entendimento acerca de um determinado problema, tornando-o mais claro e explícito. Para tanto, se utiliza de levantamento bibliográfico ou de entrevistas com sujeitos que tenham tido alguma proximidade ou relacionamento com o problema em foco.

Numa pesquisa descritiva se tem a intenção de descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade, sendo, então, utilizados estudos de caso, análises de documentos e estudo *ex-post-facto* (investigações posteriores a ocorrência de um fato e/ou manifestações).

No caso de uma análise explicativa, busca-se explicar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência de um fenômeno, ou seja, trata-se de uma tentativa de explicar os porquês desse fenômeno ocorrer. Podem ser realizadas com técnicas experimentais e estudos *ex-post-facto*.

Nesse sentido, tendo em conta essa classificação de Gil (2007), verifica-se que a presente pesquisa se enquadra na descrição das três tipologias, uma vez que se busca explorar e melhor compreender o contexto de ascensão da saúde mental à agenda governamental, descrever esse processo tornando-o mais explícito, e explicar os determinantes que possibilitaram a atenção desse tema pelos formuladores de políticas.

Ademais, as pesquisas também costumam ser classificadas em função dos procedimentos que empregam na obtenção dos seus dados (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009). Considerando que os procedimentos estão comumente relacionados à natureza e aos objetivos do trabalho, e com base nas técnicas e recursos utilizados na presente investigação para obtenção dos seus resultados, assume-se a adoção de três procedimentos: Levantamento bibliográfico, análise documental e análise de conteúdo.

Por levantamento bibliográfico compreende-se aquela pesquisa que busca conhecimento por meio de referências técnicas já analisadas e publicadas tanto de forma impressa como por meios eletrônicos, tais como livros, artigos científicos, teses e dissertações (FONSECA, 2002).

Uma pesquisa documental segue os mesmos caminhos de uma pesquisa bibliográfica, entretanto, a diferença se encontra nas fontes de utilização. Nesse caso, um levantamento documental recorre a fontes mais diversificadas, como jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais etc. (FONSECA, 2002).

Por fim, o procedimento de análise de conteúdo diz respeito a técnica utilizada para extração e tratamento das informações obtidas junto às fontes. Segundo Bardin (2004), análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que por meio da descrição sistemática e objetiva dos seus conteúdos, visa obter a evidência de elementos capazes de inferir informações e conhecimentos acerca das condições de produção dessas comunicações.

Desse modo, a caracterização *per se* desses procedimentos já evidencia a sua real empregabilidade desde o início do presente trabalho, com a fundamentação teórica e revisão bibliográfica, até a obtenção e análise dos dados que compõe os seus resultados, que por meio de conteúdos de legislações, regulamentos, relatórios e demais publicações, descrevem e explicam o processo de formação de agenda decisória que tornou possível a Política Nacional de Saúde Mental.

Entretanto, para além dessas classificações, o principal recurso teórico e metodológico que orienta toda a fase analítica da pesquisa é o Modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon ([1984] 2014), que será minuciosamente apresentado no próximo capítulo.

Trata-se de um instrumento e marco analítico consagrado para estudos relacionados ao surgimento de determinados temas nas agendas governamentais, em detrimento de outros. Uma de suas principais características e vantagens é que possibilita compreender como esse processo ocorre em ambientes permeados por ambiguidade, incertezas, conflitos e competições, uma condição tida como natural nos governos de democracias presidencialistas (CAPELLA, 2005; ZAHARIADIS, 2007).

Desse modo, tendo em vista que a formulação de políticas públicas brasileiras nas áreas de saúde pública tem ocorrido exatamente nesse tipo de conjuntura (GOTTEMS; PIRES; CALMON; ALVEZ, 2013), trata-se do referencial analítico adequado para se analisar a agenda decisória da Política Nacional de Saúde Mental.

Os objetos que servem de base e apoio desse intento analítico são livros, artigos científicos, relatórios de conferências, teses e dissertações sobre política e saúde mental, assim como os próprios dispositivos que compõe a política brasileira de saúde mental, tais como: a Lei 10.216 de 2001; a Lei 10.708 de 2003; as Portarias SNAS/MS nº 189/1991 e SNAS/MS nº 224/1992; as Portarias GM/MS 106/2000 e GM/MS 336/2002 etc. Assim, seguindo a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2004), esses atos normativos e/ou documentos a eles relacionados são organizados, analisados e interpretados por meio de categorias temáticas e analíticas relacionadas ao MSF de Kingdon ([1984] 2014).

Por análise de conteúdo se compreende um conjunto de técnicas metodológicas de análise das comunicações, as quais podem ser aplicadas em discursos, textos, documentos e todas as formas possíveis de comunicação. Para Bardin (2004), o objetivo de uma análise de conteúdo reside na compreensão do sentido da comunicação e no encontro dos significados mantidos em segundo plano.

Desse modo, por meio de procedimentos sistemáticos, lógicos e objetivos utilizados no processo de descrição do conteúdo dessas mensagens, busca-se por indicadores e elementos que permitam a inferência de conhecimentos acerca das condições de produção e/ou de recebimento dessa mensagem (BARDIN, 2004).

Essa interpretação é baseada em evidências e indicadores tecnicamente e logicamente estruturados. Sendo assim, a análise de conteúdo se desenvolve e se estrutura em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material, categorização ou codificação; e 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação.

Primeiramente se faz uma pré-análise, selecionando, organizando e reservando todos os documentos considerados importantes para a pesquisa. Nesse momento, o pesquisador busca sistematizar seu planejamento, empregando uma leitura flutuante dos materiais, por meio da qual identifica a coerência entre o teor desses documentos e os objetivos da pesquisa, além de já atribuir indicadores que reflitam o grau de integração entre o documento e o escopo da pesquisa (BARDIN, 2004).

Portanto, é nessa fase que os atos normativos descritos acima e os documentos a eles relacionados são organizados. O primeiro critério de seleção adotado se referiu ao pertencimento do processo de implementação ou de composição da Política Nacional de Saúde Mental. Os documentos diretamente relacionados ao escopo da política são classificados como componentes (atos

normativos), já os documentos por eles citados ou referenciados são classificados como pertencentes ao processo de implementação (declarações ou relatórios de reuniões/órgãos internacionais e relatórios de conselhos, conferências ou congressos especializados). Outro critério de classificação envolveu o período de vigência legal do documento.

Na sequência, inicia-se a exploração dessa documentação, a fim de categorizá-los e codificá-los, em consonância com os propósitos e fundamentos teóricos da pesquisa. É quando as categorias são classificadas e implementadas em razão do modelo teórico ou dos objetivos que orientam a pesquisa. Assim, considerando o arsenal teórico metodológico MSF, cujos pressupostos orientam o presente trabalho, são definidas as categorias temáticas.

Uma análise via categorias temáticas implica no desdobramento e posterior agrupamento das unidades de registro do texto (unidades de significação ou núcleos de sentido), um procedimento que pode relevar motivações, valores e crenças por trás das mensagens (BARDIN, 2004).

Destarte, seguindo as orientações de Bardin (2004) e as diretrizes do MSF, as informações oriundas dessas fontes são sistematizadas e categorizadas de modo a corresponder aos fluxos do problema (*problem stream*), das alternativas e soluções (*policy stream*) e do político (*political stream*). Ao todo, são nove categorias temáticas, as quais foram organizadas e apresentadas no QUADRO 1.

QUADRO 1: CATEGORIAS TEMÁTICAS PARA A ANÁLISE DE CONTEÚDO

FLUXO	CATEGORIAS
Problemas (<i>problem stream</i>)	Indicadores
	Eventos, crises e símbolos
	<i>Feedbacks</i>
Alternativas (<i>policy stream</i>)	Viabilidade técnica
	Valores envolvidos
	Orçamento
Político (<i>political stream</i>)	Humor nacional
	Grupos de interesse
	<i>Turnover</i>

FONTE: desenvolvido pelo autor.

A última fase do procedimento de análise de conteúdo compreende ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. É quando o conteúdo dos

materiais coletados e reservado a cada categoria temática é interpretado e recebe significação. É um momento reservado à intuição, à análise reflexiva e crítica, entretanto, é uma operação lógica, segundo a qual são admitidas proposições em virtude de estarem ligadas a outras proposições já aceitas como verdadeiras (BARDIN, 2004).

Desse modo, por meio da interpretação dos dados obtidos junto ao *corpus* documental, categorizados em razão dos fundamentos do MSF, tem-se a significação desses conteúdos e, conseqüentemente, a identificação dos elementos que permitiram a abertura de uma janela política (*policy window*), o acoplamento dos fluxos (*coupling*) e, então, a ascensão da saúde mental à agenda decisória.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Ainda que não se tenha a pretensão de desenvolver uma análise teórico-conceitual ou discutir epistemologicamente a gênese das políticas públicas e da matéria saúde mental, não seria razoável adentrar numa análise de agenda de política de saúde mental, sem antes recuperar algumas das principais noções e conceitos que fundam e regem o campo das políticas públicas e formação de agenda, tal qual o que se compreende por Saúde Mental ou pela Política Nacional de Saúde Mental.

Em vista disso, nesse capítulo, por meio de uma revisão bibliográfica narrativa, apresenta-se uma sucinta evolução e as principais compreensões e definições adotadas pelos estudiosos dessas áreas. Para finalizá-lo, apresenta-se uma descrição minuciosa do Modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon ([1984] 2014), o principal recurso teórico e metodológico que orienta toda a fase analítica da presente pesquisa.

2.1 AGENDA DECISÓRIA

De acordo com Knoepfel *et al.* (2007), a fase de formação da agenda corresponde exatamente ao momento em que os atores do sistema político-administrativo (formuladores de políticas) direcionam sua atenção para as demandas que a eles se apresentam. Para os autores, trata-se ainda de um momento e processo de filtragem desses problemas.

Entretanto, em dias normais e longe dos manuais especializados, quando se está diante de algum veículo de comunicação, é bastante comum se deparar com expressões que remetem à agenda do governante em exercício. Jornalistas sempre enfatizam os temas que ascendem à agenda governamental, assim como, também acompanham o dia a dia dos governos e anunciam suas rotinas e compromissos, a partir do que está previamente estabelecido e registrado em suas agendas (MAIA, 2023).

Na própria literatura acadêmica é possível encontrar a expressão formação de agenda e o vocábulo agenda para significar fenômenos distintos, o que corrobora a observação de Kingdon ([1984] 2014), de que o termo agenda é polissêmico e que apresenta diferentes significados, inclusive no âmbito governamental e no campo das políticas públicas. Destarte, a expressão “agenda decisória”, ainda que possa se

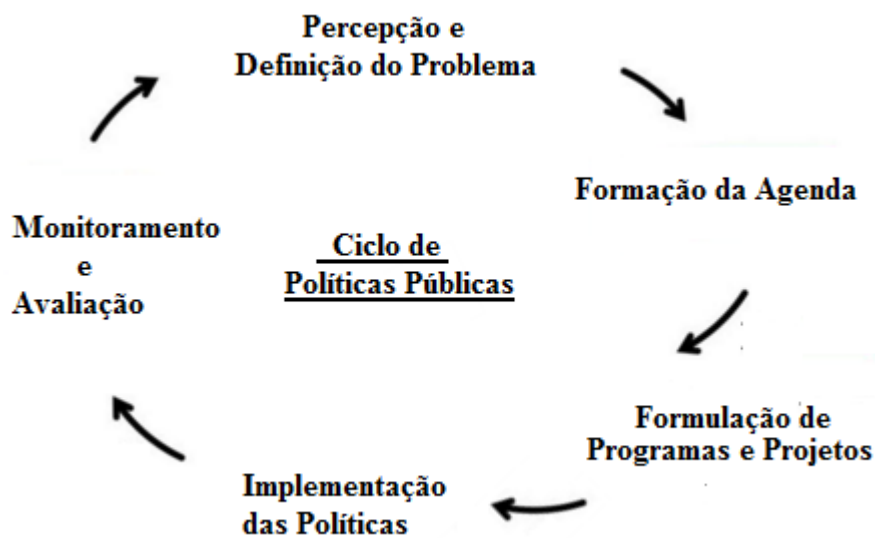
somar ao conjunto de polissemias em torno do vocábulo, termina por delimitar esse fenômeno e apontar para um entendimento bem específico.

Por sua vez, essa delimitação e especificação se torna imprescindível para a compreensão do contexto e dos elementos que compõe o processo de implementação de uma política pública, especialmente quando se tem o objetivo de analisar o processo de formação da agenda, como é o caso do presente trabalho.

Conforme será apresentado na próxima seção, o ciclo de política pública (*cycle policy*) é comumente utilizado para explicar o processo de implementação de uma política. A depender de qual modelo for utilizado, uma das fases desse ciclo será a tomada de decisão ou agenda decisória. Entretanto, muitos modelos não dispõem desse bloco, a exemplo do padrão apresentado por Vasconcelos, Silva e Rotta (2015), onde essa fase é suprimida do roteiro (FIGURA 1).

Nesse caso, considerando que a política esteja em fase de implementação, ainda subentende que a tomada de decisão se encontre implícita à etapa de formação da agenda. Entretanto, quando se trata do anúncio de um problema na agenda governamental, não será possível seguir o mesmo raciocínio, pois não há garantidas de que uma decisão será tomada e/ou que realmente surja uma política pública em resposta a esse problema (KINGDON, [1984] 2014; BIRKLAND, 2007)

FIGURA 1. CICLO DE POLÍTICA



FONTE: Vasconcelos, Silva e Rotta (2015)

Assim, considerando que nem todos os temas da agenda governamental evoluem para a condição de política, a compreensão do conceito de agenda decisória se torna essencial, não apenas para se ter clareza de todos os elementos que efetivamente compõem o processo, mas também para se chegar nos porquês de alguns temas serem seriamente considerados, dando origem a políticas, enquanto outros não avançam para essa fase (CAPELLA, 2005; ZAHARIADIS, 2007).

As primeiras tentativas de se esclarecer as diferenças entre os tipos de agenda foram empreendidas por Roger Cobb e Charles Elder (1972). Ao se atentarem para a importância e centralidade do processo de formação de agenda no âmbito político e das políticas públicas, os autores, primeiramente, definem agenda como um conjunto de controvérsias políticas que em algum momento, serão consideradas preocupações legítimas e dignas de receberem a atenção do aparelho governamental e, na sequência, propõem uma diferenciação entre agenda sistêmica, agenda midiática e agenda governamental (CAPELLA, 2020).

Para Cobb e Elder (1972), por agenda sistêmica ou pública se compreende às questões que, de modo geral, chamam a atenção da sociedade e até de membros da comunidade política. São temas considerados dignos de atenção e encarados como de responsabilidade e competência do governo, mas que ainda não receberam séria atenção por parte das autoridades. A agenda midiática corresponde às preocupações manifestadas pelos meios de comunicação; e por fim, a agenda formal ou governamental, que diz respeito aos itens que efetivamente compõem a agenda institucional do governo.

Na época, essas representações e conceituações foram consideradas um avanço epistemológico para a área, razão pela qual foram adotadas de forma ampla pelos manuais de política pública (ROCHEFORT, 2016; CAPELLA, 2020).

Para Cobb e Elder (1972), nos dois primeiros tipos de agenda há um envolvimento e participação mais abrangente da sociedade, porém, na agenda governamental, a participação estaria restrita à uma elite institucional. Naturalmente, nem todas as questões consideradas importantes pela agenda sistêmica ou midiática têm chances de compor a agenda governamental. Apenas uma pequena parte delas receberá a atenção do governo.

Nesse ponto, há de se considerar que uma das condições para que o problema acesse a agenda institucional é, inclusive, que seja reconhecido como um problema público. Não basta apenas ser percebido como situação indesejável, precisa receber

atenção de alguns atores afetos ao processo político ou a estrutura governamental, ser definido e elaborado, com a identificação das suas causas e possíveis soluções, para então, “talvez”, alçar um espaço na agenda governamental (SECCHI, 2013).

O “talvez” do parágrafo acima está relacionado à própria dinâmica do processo. Conforme Capella (2020), a formação da agenda pode ser compreendida como o processo de transformar questões públicas em prioridades governamentais, quer seja em áreas como saúde, educação ou segurança etc., entretanto, esse estágio é altamente competitivo, com questões perdendo e ganhando a atenção do governo constantemente. São muitos temas almejando ascender à agenda, mas a atenção dos formuladores de política é um recurso escasso e submetido à ordem de prioridades, logo, apenas aquelas demandas consideradas realmente prioritárias receberão essa atenção, “em algum momento”.

Por sua vez, essa expressão “em algum momento” já pode ser relacionada à agenda decisória de Kingdon ([1984] 2014), haja vista que, para o autor, a ascensão das questões à agenda decisória está condicionada a confluência de fatores e elementos favoráveis a isso. Uma janela de oportunidade política para essa questão terá que ser aberta e um acoplamento entres os fluxos de problema, alternativa e político terá que ocorrer. Desse modo, a conformação da agenda decisória perpassaria a identificação e definição do problema, a escolha das alternativas e à dinâmica política. Enquanto não houver uma convergência entre esses fluxos, essa demanda não ascende à agenda decisória.

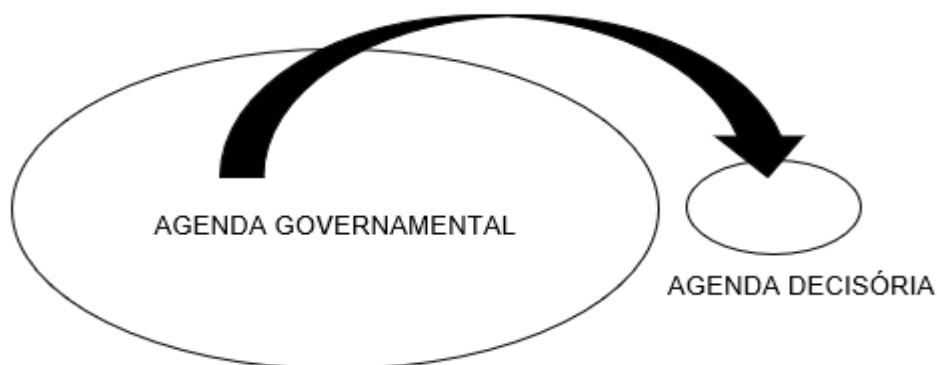
De uma forma genérica, Kingdon ([1984] 2014) define agenda como um conjunto de questões consideradas, em algum momento, fundamentais pelos formuladores de políticas ou por pessoas próximas a eles. E, seguindo o entendimento de Cobb e Elder (1972) sobre agenda governamental, se propõe a investigar as minúcias que permeiam essa agenda. Dessa forma, Kingdon se destaca ao identificar e assinalar a participação de diferentes atores, elementos e processos, que atuando ou influenciando, compartilham dessa fase de formação de agenda e tomada de decisão.

A partir disso, Kingdon ([1984] 2014) assume que agenda governamental e agenda decisória são afetadas por fluxos e atores diferentes e, então, define agenda decisória como um subconjunto da agenda governamental e composta pelos itens que já estão prontos para uma tomada de decisão ativa pelos formuladores de políticas.

São aqueles itens da agenda governamental que atenderam todas as condições para ascender a agenda decisória, como ser um problema público, evidenciado a partir de indicadores, eventos, símbolos e *feedbacks*; ter uma alternativa disponível e plausível de ser implementada, com viabilidade técnica, orçamento suficiente, presença de valores considerados importantes, tanto pelos formuladores, como pela sociedade, tal qual justiça e equidade; e, principalmente, dispor de um ambiente político adequado, com empreendedores e grupos de interesse se movimentando em sua defesa e com formuladores de políticas receptivos ao tema (KINGDON, [1984] 2014).

É esse o entendimento de agenda decisória adotado no presente trabalho. Um pequeno número de itens, provenientes da agenda governamental, que por terem atendido todas as condições, encontram-se aptos a se tornarem política pública. A figura 2 traz uma representação gráfica e ilustrativa dessa definição.

FIGURA 2: PROCESSO DE FORMAÇÃO DA AGENDA DECISÓRIA



FONTE: Elaborado pelo autor, segundo premissas de Kingdon ([1984] 2014).

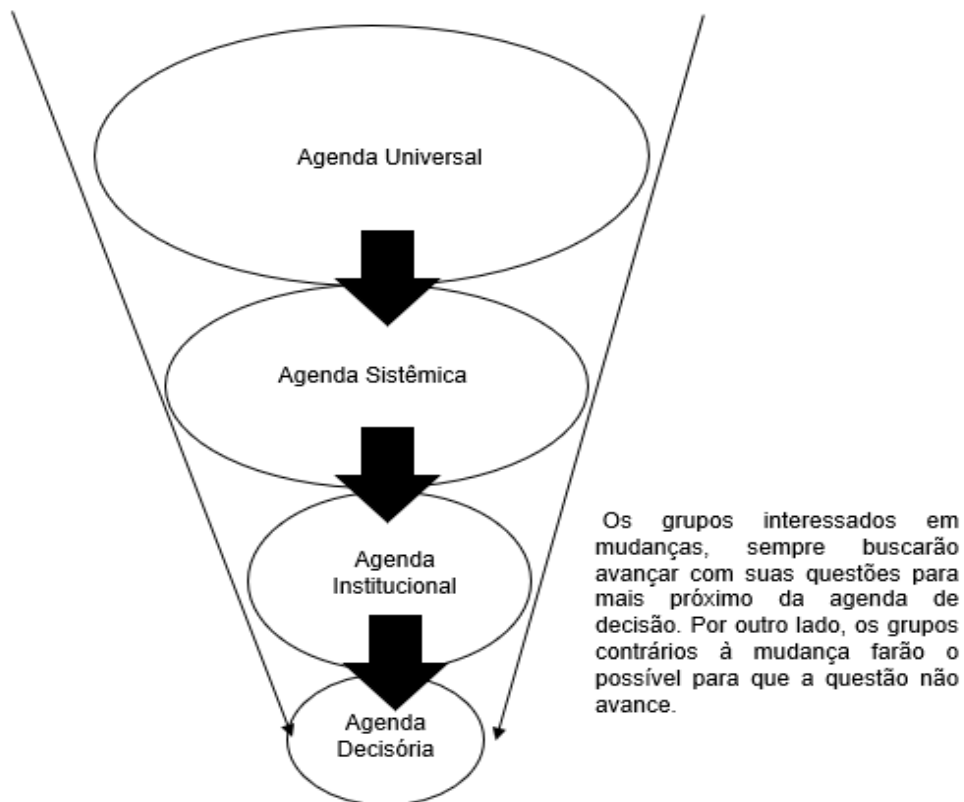
É válido lembrar que Kingdon ([1984] 2014) ainda considera a existência das agendas especializadas, que dizem respeito às demandas técnicas e específicas de áreas inerentes ao governo, como saúde, segurança e educação. Dessa forma, o autor contempla e reconhece a presença do caráter setorial no processo de formulação de políticas.

Após Kingdon ([1984] 2014), Birkland (2007) também se propõe a descrever as minúcias do processo de formação da agenda. Como Kingdon, esse autor considera e se utiliza do conceito de agenda decisória.

Segundo Birkland (2007), agenda decisória é uma instância na qual alguns problemas e determinadas alternativas recebem mais atenção do que outras. Ainda que o autor não explicita a dinâmica política, ao considerar o jogo de atenção e seleção envolvido, termina por deixar subentendido a participação de atores e a existência de negociações e disputas naturais do processo.

Além disso, de forma não muito distinta aos demais autores até aqui abordados, Birkland (2007) alude para a existência de níveis diferentes de agenda. Assim, identifica quatro tipos delas: universal, sistêmica, institucional e decisória. No esquema ilustrado a seguir (FIGURA 3), busca-se oferecer uma ideia da dinâmica estabelecida entre essas agendas.

FIGURA 3: NÍVEIS DA AGENDA



FONTE: Adaptado de Birkland (2007)

O autor postula que na agenda universal há o maior número de assuntos sendo discutidos pelo maior número de atores envolvidos. Por sua vez, tal qual um sistema de filtro, na sistêmica se encontram as questões percebidas pela comunidade política e favorecidas por alguma jurisdição ou instância política (BIRKLAND, 2007).

Na agenda institucional, tal qual a governamental de Cobb e Elder (1972), segundo Birkland (2007) encontram-se apenas os itens que recebem séria atenção dos formuladores de política. E, por último, da mesma forma que Kingdon ([1984] 2014), o autor compreende que apenas uma fração desses itens da agenda institucional consegue passar para o nível mais importante, a agenda decisória. A tendência é que os grupos interessados na mudança sempre busquem avançar com suas questões para mais próximo da agenda decisória, enquanto aqueles contrários a mudança, investem suas energias para impedir esse avanço.

2.2 POLÍTICA PÚBLICA

Os primeiros discursos, ensaios e enunciados que viriam a constituir as políticas públicas ocorrem nos Estados Unidos da América, entre 1906 e 1960. Nessa época o tema era tratado no seio e âmbito da Ciência Política, e uma característica importante desse período foi a existência de intensos debates entre as vertentes político-histórico-filosóficas e as correntes político-pragmáticas e racional-positivistas, com cada inclinação tentando fazer prevalecer o seu modo de conceber uma política pública (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2019).

Todavia, conforme observado por Knoepfel *et al.* (2007), a gênese de uma interpretação mais relacionada à intervenção direta do poder público sobre um problema concreto ocorre a partir de 1930. Os autores explicam que essa evolução interpretativa acontece concomitantemente ao desenvolvimento do próprio Estado, e que a raiz da concepção da política pública se vincula diretamente ao Estado interventor. Nessa linha, por volta de 1950, no auge do intervencionismo estatal na economia e na vida social, o conceito de política pública se expande e ganha destaque e afirmação na literatura.

Segundo Meny e Thoenig (1992), fundamental para esse amalgamento do tema foi a ocorrência do *welfare state* ou Estado de bem-estar social, um conjunto de ideias que foram adotadas por importantes países do mundo após a segunda guerra mundial, e que consistiam em projetos transformadores e de reconstrução, visando a promoção de um Estado forte, provedor de igualdade social e de bem-estar para a sociedade. Tais medidas implicaram na proliferação de políticas públicas

universalizantes³ nas áreas de educação, saúde, previdência social e outras. Com isso, para os autores, o *welfare state* se tornou, por excelência, o berço das investigações dos analistas de políticas públicas.

Nesse sentido, são considerados fundadores da área de políticas públicas os cientistas Harold Lasswell, Herbert Simon, Charles Lindblom e David Easton (SOUZA, 2006; AGUM; RISCADO; MENESES, 2015; ARAÚJO; RODRIGUES, 2017).

Desses, o pioneiro foi Lasswell (1936), que já na década de 1930 introduz a expressão *policy analysis* (análise de política pública) numa tentativa de expandir o conhecimento científico e acadêmico da ciência política para o estudo e análise empírica da produção dos governos. Uma de suas obras mais conhecidas e influentes é o livro *Politics: Who Gets What, When, How* (Política: Quem ganha o que, quando e como, numa tradução livre). Publicado em 1936, essa obra demonstra o esforço do autor em observar e explicar a complexa dinâmica por detrás de uma tomada de decisão política e, dessa forma, se destaca como a gênese da análise de política pública.

É Harold Lasswell que lança as bases para o desenvolvimento de uma interpretação sequencial do processo político. Ademais, o autor se destaca por defender o papel do analista e por conceber o campo de análise de políticas públicas como uma área multidisciplinar, já que percebia relação dessa disciplina com as áreas de ciência política, sociologia, antropologia, psicologia, estatística e matemática (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017)

A contribuição de Simon (1957) ocorre com a introdução do conceito de racionalidade limitada dos tomadores de decisão (*policy maker*). Mesmo sendo adepto da vertente racional-positivista, o autor observa que a racionalidade dos tomadores de decisões pode sofrer limitações devido informações falhas ou inadequadas, prazos insuficientes ou até em função de interesse pessoal do tomador de decisão. O autor sugere a criação de um conjunto de regras e incentivos com o objetivo de minimizar essa limitação e maximizar os resultados desejados.

Na sequência, Lindblom (1959) questiona a ênfase no racionalismo por essas duas vertentes anteriores e sugere a necessidade de que novos elementos sejam

³ Universalizante está no sentido de abranger o todo da população de um país, em contraposição aquelas medidas focais, destinadas a uma região específica ou um grupo restrito de pessoas (SCHMIDT, 2018).

considerados tanto na formulação, como ao longo da análise de uma decisão política. De viés mais pragmático, o autor argumenta que tanto na formulação, como na tomada de decisão, pode haver influência das relações de poder e que, portanto, devem ser incorporados à análise. Com isso, variáveis como grupos de interesse e burocracias passaram a ser consideradas.

Outra contribuição importante de Lindblom, decorre de sua crítica à ênfase linear e sequencial atribuída ao processo, pois percebia que nem sempre havia um começo e um fim nos processos decisórios. A esse argumento ele acrescentou a possibilidade de um agente realizar ajustes e adaptações incrementais em medidas adotadas anteriormente. A partir dessas indagações, o autor dá luz ao enfoque e modelo de análise denominado incrementalismo (SCHMIDT, 2018).

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

Destarte, independentemente dos vieses racionalista ou pragmático, algo que fica absolutamente perceptível desde esses primórdios, é a crença de que as ações governamentais são instâncias passíveis de verificação e mensuração. Com isso, faz sentido acrescentar que por trás de todas essas concepções que norteiam o campo das políticas públicas, está o pressuposto analítico de que em democracias estáveis, tudo o que o governo faz ou deixa de fazer é passível tanto de ser formulado cientificamente, como de ser analisado por pesquisadores independentes (SOUZA, 2006).

2. 2. 1. O que é uma política pública?

Definir uma política pública não é tarefa fácil. Contudo, uma lista com as definições mais clássicas e célebres pode ser encontrada na literatura (SCHMIDT, 2018). Dentre elas, estão a de Thomas Dye (1972), segundo o qual, é tudo aquilo que os governos decidem fazer ou não fazer; a de Meny e Thoenig (1992), que compreendem política pública como resultado da atividade de uma autoridade

investida de poder público e de legitimidade governamental; e a de Guy Peters (1986), que a define como a soma das atividades dos governos que agindo diretamente ou através de delegação, terminam por influenciar na vida dos cidadãos.

Por sua vez, Knoepfel *et al.* (2007) observam que embora seja possível encontrar diversas definições para o conceito de política pública, de modo geral essas elaborações tendem a enfatizar a ideia de atores investidos de poder público, a noção de problemas com necessidade de resolução e o papel do Estado na oferta dessas soluções. Para os autores, o termo política pública está relacionado às atividades legislativas e administrativas voltadas para a resolução de problemas reais. Com isso, consideram nesse *corpus* as decisões tomadas em todas as fases da ação pública, incluindo as regras gerais e abstratas, como leis, decretos, portarias, além dos atos individuais e produtos que surgem durante a implementação da política, como decisões administrativas, autorizações e subsídios.

Com efeito, Knoepfel *et al.* (2007) aludem para aquilo que é essencial no campo das políticas públicas, que é o vínculo das demandas sociais com o Estado e, conseqüentemente, com o meio político. Por seu turno, dado sua essência, natureza e compreensão acumulada, resta claro que esse entendimento das políticas públicas ora apresentado, somente faz sentido quando aplicado num cenário capitalista e de contexto democrático.

Por conseguinte, a partir desse curto embasamento, seria possível, desde pronto, caracterizar política pública como uma ação do aparato governamental, com vistas a resolver um problema reconhecidamente público e demandado pela sociedade. Entretanto, evidentemente, se faz necessário ter cuidado e responsabilidade com as definições. Thoenig (1985) menciona a existência de uma polissemia, com pelo menos quarenta descrições diferentes para o conceito de política pública, ainda em 1980. Logo, na atualidade, possivelmente esse número seja incontável, tendo em conta que, frequentemente, muitos estudiosos optam por encravar seu próprio entendimento e definição.

Um efeito disso é observado por Schmidt (2018), quando revela a utilização de inúmeros e distintos significados para o termo. Segundo o autor, o termo “política pública” tem servido tanto para representar um conjunto amplo de ações, a exemplo da definição de Dye (1972), quando define política pública como tudo aquilo que o governo decide fazer ou não fazer, assim como para descrever algo bem mais pontual e restrito, como um programa de ação.

Toda essa amplitude de caracterizações certamente merece atenção, haja vista que, por exemplo, alguns autores não consideram um programa ou plano de ação como política (COMPARATO, 1997; MASSA-ARZABE, 2002). Bernardes e Guareschi (2007), por exemplo, quando discorrem sobre a relação entre a Política Nacional de Humanização e as formas de subjetivação no campo da saúde pública, diferenciam política de programa. Para os autores, políticas são diretrizes e programas são formas de operacionalizar essas diretrizes.

Desse modo, conquanto se possa optar por uma definição simples e objetiva para política pública, tal qual a expressão utilizada na introdução e na justificativa do presente trabalho, quando política pública (*policy*) fora descrita como uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público (SECCHI, 2013), ainda assim é necessário considerar que essa conceituação carece de algum aprofundamento, pois na prática, trata-se de uma questão bastante complexa, permeada por diferentes interpretações, além de intenções, interesses, ideologias e disputas por poder (MENY; THOENIG, 1992; KNOEPFEL; LARRUE; HUMET; VARONE; HILL, 2007).

Como exemplo, haveria que se discutir, o que seria uma política?, o que seria um problema?, o que seria público?; como esse problema adentrou na agenda governamental?, se realmente não fazer nada é uma política, ou ainda, numa referência a Harold Lasswell (1936), se perguntar quem ganha, quem perde, o que recebe, como e quando, etc., ou seja, independentemente de qual definição se queira defender ou adotar, quando se discute essa matéria se torna imperativo abordar e considerar um amplo espectro de temas.

Essas questões vão ao encontro de um debate analítico travado por Secchi (2013), quando propõe a discussão de três pontos fundamentais, quais sejam: Políticas públicas são elaboradas exclusivamente por atores estatais ou não?⁴

⁴ No que tange à constituição das políticas públicas, há reconhecimento de duas perspectivas distintas. Uma delas é a abordagem estatista, que considera o papel central do Estado na constituição das políticas públicas, embora admita a participação de outros atores nas fases de implementação e avaliação. A outra é a abordagem multicêntrica, que admite o protagonismo de outros atores, como organizações privadas e não governamentais, desde a fase de constituição da política. Para Secchi (2013), o mais essencial é que o sentido de uma política pública está na resolução de um problema público, sendo secundário o fato de ser constituída por um ente estatal ou não. Entretanto, a despeito disso, considerando que a literatura majoritária alude para o papel central dos agentes governamentais nessa fase, ou seja, do Estado e, compreendendo esse Estado como constituído tanto pelo povo, território e recursos, como pelo poder governamental, pela ordem jurídica e finalidade (HOBBS, 1983), estando este último elemento (finalidade) relacionado com a obrigatoriedade desse Estado em promover a paz, a justiça e o bem estar social; a defesa, a segurança e o progresso de sua nação; e verificando que essa obrigação foi assumida pela Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988), em

Também pode ser considerada uma política pública a omissão ou negligência dos atores?⁵ Apenas diretrizes estruturantes são políticas públicas ou as diretrizes operacionais podem ser consideradas políticas também?⁶

Assim sendo, como forma de organizar e de elucidar esse amplo espectro de temas, será tomado como referência o ciclo de políticas públicas (*policy cycle*), uma importante e influente ferramenta analítica, que contribui para tornar claro e didático o processo da matéria. Embora críticos alertem para a necessidade de não se enxergar os passos desse ciclo de modo hermético, com etapas rígidas e sequenciais (SABATIER, 2007; KINGDON, 2007), o mais importante é que ele possibilita o entendimento de uma política pública composta por estágios (fases), cada qual com características específicas.

2.2.2 O ciclo de políticas públicas (*policy cycle*)

Ainda que o precursor desse entendimento sequencial de uma política pública tenha sido Harold Lasswell (1956), as sete categorias inicialmente propostas por ele foram sendo ajustadas e aprimoradas. Para Lasswell, o processo da política pública seguia o seguinte cronograma: (1) informação, (2) promoção, (3) prescrição, (4) invocação, (5) aplicação, (6) término e (7) avaliação. Além dos julgamentos

seu artigo terceiro, como objetivo fundamental da República Brasileira e ainda, de modo especial, devido aos objetivos da presente investigação, que tem o centro do poder governamental como objeto de pesquisa, assume-se, desde pronto, que a constituição das políticas públicas é papel do poder imperativo do Estado.

⁵ Esse questionamento de Secchi guarda íntima relação com a definição de política pública levantada por Dye (1972), quando acomodou as políticas públicas dentro do intervalo entre o que o governo faz ou deixa de fazer. Para Secchi (2013), uma política pública é compreendida como uma diretriz, que pode ou não ser implementada. Para ele, se essa diretriz não existe, então não pode ser considerada política. Ainda que muitos atores adotem a política da inação ou mesmo que esse posicionamento seja reflexo de algum tipo de pressão por parte de determinados grupos de interesse, assume-se, no contexto deste trabalho, que aquilo que não foi feito não é passível de ser mensurado ou analisado. Em acréscimo, considera-se que por detrás de toda política pública está uma ação ou atividade, logo, uma inação não pode ser concebida como política pública.

⁶ Em contraposição aos autores que defendem a consideração de apenas diretrizes estruturantes e de nível estratégico no rol de políticas públicas, como Comparato (1997), Massa-Arzabe (2002) e Bernardes e Guareschi (2007), Secchi (2013) defende que políticas públicas sejam tanto diretrizes estruturantes, como diretrizes de nível intermediário e operacional, tal como programas, planos e projetos. Dessa forma, além das ações provenientes da administração central federal, podem ser consideradas para uma análise de política pública aquelas intervenções de nível local, como estadual e municipal. Para efeitos desse trabalho, subscreve-se a compreensão de Secchi.

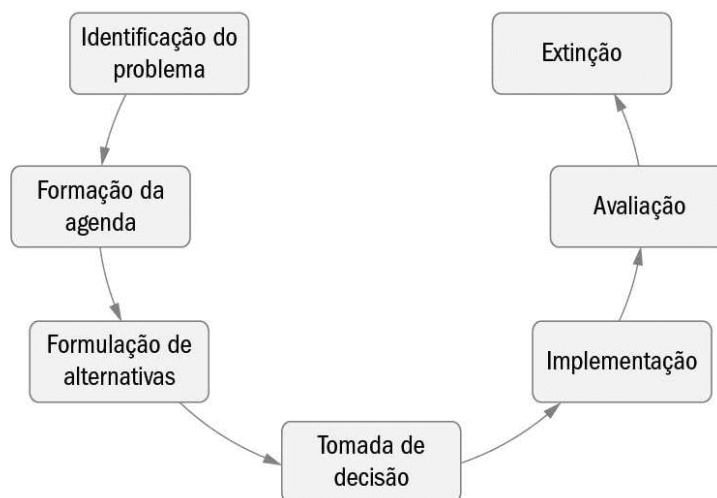
relacionados à ordem sequencial do processo, outra crítica apontada a essa lógica de Lasswell tem a ver com a demasiada ênfase do autor às decisões internas do governo (RAEDER, 2014).

Por seu turno, a literatura acumulada possibilitou e promoveu o aprimoramento e a simplificação desses estágios. Logo, a maioria dos exemplos encontrados na literatura segue a perspectiva de um ciclo de políticas composto por cinco ou seis estágios (VASCONCELOS; SILVA; ROTTA, 2015; RAEDER, 2014). Entretanto, ainda que atualizados, alguns autores trabalham com sete categorias, a exemplo de Secchi (2013).

Por uma questão de identificação, será adotado o ciclo de políticas apresentado por Secchi (2013), que embora contemple sete categorias, é uma versão atualizada e abarca todas as fases possíveis de um processo de política pública. Desse modo, compreende-se um ciclo de políticas obedecendo às seguintes fases: (1) Identificação do problema, (2) formação da agenda, (3) formulação de alternativas, (4) tomada de decisão, (5) implementação, (6) avaliação e (7) extinção.

A seguir será apresentada uma representação gráfica do ciclo das políticas (FIGURA 4) esquematizada por Secchi (2013). Uma particularidade desse modelo é que incorpora duas categorias que nem sempre são consideradas em separado por outros autores. Trata-se do bloco tomada de decisão, que ocasionalmente pode ser anexado à categoria “formação de agenda decisória”, e da fase “extinção”, que, frequentemente, nem chega a ser apurada.

FIGURA 4. CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS



FONTE: Leonardo Secchi (2013)

A fase de **identificação do problema**, tem a ver com a elaboração e definição do problema. É quando o problema vai ser interpretado como realmente público. Também é o momento de levantar as suas possíveis causas e de imaginar a existência de exequíveis soluções.

Secchi (2013) considera que um problema seja a discrepância entre o *status quo* e uma situação ideal possível para essa situação, entretanto, evidentemente, em se tratando de uma política pública, esse problema precisa estar, necessariamente, relacionado a uma situação pública. A mídia, os partidos políticos, agentes públicos e organizações não governamentais estão entre os atores que mais se encarregam de identificar esses problemas públicos.

Para explicar esse eixo, Secchi (2013) relata a existência de problemas que podem ganhar atenção súbita, a exemplo de uma catástrofe natural que atinge um determinado grupo ou região; daqueles que podem ganhar importância aos poucos, como o caso dos congestionamentos; e dos que estão presentes por muito tempo, mas que ainda não receberam atenção suficiente, devido a coletividade ter aprendido a conviver com eles, a exemplo da favelização no entorno das grandes cidades. Dentre as condições para que esse problema seja considerado pelo poder público, uma delas é a necessidade de sua delimitação, com a identificação de causas e possíveis soluções. Além disso, é imprescindível que esse problema seja plausível de solução.

Uma consideração especial acerca dessa etapa é que quando ocorre desse problema ser identificado por um ator político e com interesse na sua solução, aumentam significativamente as chances desse problema avançar para a segunda etapa desse processo, ou seja, entrar na lista de prioridades, também conhecida por agenda formal.

O estágio de **formação da agenda** compreende o acesso na agenda pública daqueles problemas que foram compreendidos como relevantes. Nesse ponto o autor faz distinção entre agenda política e agenda formal. Na primeira, estariam os temas que a comunidade política (*politics*) percebe como merecedores de atenção, porém que ainda não foram amadurecidos. Já na agenda formal, encontram-se apenas os problemas que o poder público decidiu por enfrentar. Contudo, Secchi (2013) salienta que, constantemente, problemas podem tanto entrar como sair das agendas, haja vista que às vezes podem perder relevância e apoio popular, ou simplesmente por não haver recursos substantivos para sua resolução.

Uma vez considerado o exercício da primeira fase, subentende que o problema que acessou a agenda formal cumpriu pelo menos três condições: 1) esse problema pertence, efetivamente, à ordem de responsabilidades do Estado; 2) vislumbra-se que seja passível de solução; e 3) a causa recebeu a atenção político-social necessária para essa ascensão. A partir disso, quanto mais atores estiverem envolvidos e pressionando o Estado por essa solução, então, melhores serão as chances desse problema somente deixar a agenda depois de uma tomada de decisão em favor de uma política para sua resolução (CAPELLA, 2005).

Existe uma infinidade de problemas clamando por atenção governamental e, na realidade, o Estado não tem como atender a todas essas demandas. Conforme apontam Knoepfel *et al.* (2007), é um erro imaginar o Estado como uma espécie de janela, por onde entram todas as demandas sociais e estas são atendidas de forma igualitária e automática. Diante dessa real impossibilidade, o problema somente conseguirá a atenção necessária para acessar e se manter na agenda num contexto de presença e convergência de elementos favoráveis.

Tanto Kingdon ([1984] 2014) como Baumgartner e Jones (1993) contribuem imensamente para o estudo e compreensão desse processo de formação da agenda. Todavia, o foco de Kingdon encontra-se na fase decisória, procurando compreender e explicar o porquê de um problema receber a atenção de um tomador de decisões, enquanto tantos outros permanecem negligenciados. Baumgartner e Jones, por sua vez, tentam explicar quais elementos contribuem para a manutenção de uma agenda em situação de estabilidade por um longo período, e/ou quais fatores são responsáveis pela promoção de repentinos processos de mudança dessa agenda.

Tendo em conta que problemas entram e saem constantemente das agendas, e que alguns podem ficar evidentes num dia e no outro serem esquecidos, Baumgartner e Jones (1993) desenvolvem um modelo analítico denominado de Equilíbrio Pontuado. Segundos esses autores, uma agenda pode oscilar entre períodos de estabilidade e de emergência de problemas. Enquanto a estabilidade estaria relacionada a pressões políticas em prol da manutenção do *status quo*, ou mesmo determinada por restrições institucionais, como, por exemplo, um limite de teto de gastos, os períodos de ruptura ou emergência de problemas seriam reflexos de alguns fatores, como: 1) novos elementos sobre um dado problema, culminando na mudança de compreensão da sua essência; 2) ascensão de componentes afetivos ou

emotivos em torno da demanda; ou, 3) da ação de empreendedores de políticas públicas influentes sobre os tomadores de decisão (CAPELLA, 2005).

O eixo **formulação de alternativas** diz respeito aos esforços de construção e combinação de soluções para aqueles problemas que acessaram a agenda formal e que foram considerados importantes. Segundo Secchi (2013), nesse ponto os atores envolvidos (*policymaker*) traçam objetivos, antecipam e analisam as consequências de cada possível alternativa de solução, assim como avaliam os custos e benefícios para cada alternativa imaginada. Comumente, os *policy makers* são burocratas, técnicos e/ou especialistas no assunto e nessa etapa eles se preocupam em elaborar e propor métodos e estratégias para alcançar os objetivos estabelecidos.

A **tomada de decisão** representa o momento em que os interesses dos atores são equacionados e as intenções de enfrentamento de um problema público são explicitadas (SECCHI, 2013). Normalmente, esse lugar cabe aos atores investidos de autoridade governamental e as demandas que chegam nessa etapa, são aquelas que atenderam os requisitos para adentrar na agenda decisória, tais como visibilidade, relevância, viabilidade, resolutividade, presença de recursos, alternativas, apoio político-social etc. e que já estão prontas para uma tomada de decisão ativa (KINGDON, [1984] 2014). Dentre as estratégias utilizadas para tomar essa decisão, uma delas é pegar um dado problema e recorrer às soluções que já foram estudadas pelos formuladores de alternativas. Aquela que for mais apropriada segundo os critérios do tomador de decisão será escolhida. Dentre esses critérios, os mais comuns são: custo, tempo, sustentabilidade, razoabilidade e equidade. Todavia, há situações em que o tomador de decisão vai ajustando os problemas às soluções, ou ainda, episódios em que o decisor já tem uma solução e corre atrás de um problema para fazer o encaixe.

Essa etapa de tomada de decisão é considerada um dos momentos mais importantes do processo de políticas públicas. Estudiosos dessa fase afirmam, que a partir da análise desse momento do processo, é possível compreender de que maneira a política é feita e como se dá o efetivo exercício do poder político numa sociedade democrática (CAPELLA, 2020; ZAHARIADIS, 2016).

O foco do presente trabalho, inclusive, está precisamente nesse estágio do ciclo da Política Nacional de Saúde Mental. Tem-se como objetivo, justamente compreender os elementos e determinantes que levaram essa questão à agenda decisória do governo federal. O Modelo de Múltiplos Fluxos (MSF) desenvolvido por

Kingdon ([1984] 2014) será adotado para nortear o processo dessa análise. Esse modelo será minuciosamente descrito ao longo do presente capítulo, todavia, o autor argumenta que o nascimento de uma política pública é muito dependente da confluência de três fluxos, quais sejam: 1) problema; 2) alternativas/soluções; e 3) ambiente político.

Na fase de **implementação da política pública** são produzidos os resultados concretos e as intenções são transformadas em ações. Muito embora aqui seja possível visualizar os obstáculos e as falhas do processo, é nesse estágio que a administração pública se reveste de sua função fundamental, que é executar as políticas públicas. Segundo Secchi (2013), é nessa fase que além da estrutura administrativa do Estado, poderão entrar em cena aqueles atores externos ao poder estatal, tais como: fornecedores, prestadores de serviços, grupos de interesse e, evidentemente, os destinatários da ação.

No que tange aos modelos de implementação, se observa um certo consenso na literatura em considerar as concepções de Paul Sabatier (1986). Desse modo, tem-se o modelo *top-down* (de cima para baixo), representado pela separação entre os tomadores de decisão e os implementadores (política e administração), de forma que as decisões ocorrem de cima para baixo (os políticos decidem e a administração implementa); e o modelo *bottom-up* (de baixo para cima), quando a implementação é resultado de pactuações entre burocratas e outros atores a fim de uma organização compartilhada. Aqui não há regras rígidas e os implementadores podem participar das etapas de constituição da política (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015).

No estágio **de avaliação** é quando o processo de implementação e o desempenho da política são examinados. Dessa fase, tanto agentes governamentais, como não governamentais podem atuar. É quando se alcança um melhor entendimento da ação e dos efeitos sobre o problema que a desencadeou. Segundo Secchi (2013), com o intuito de levantar parâmetros para um melhor julgamento e identificar se a política funcionou bem ou mal, são considerados diversos indicadores e critérios, tais como: economicidade, produtividade, eficiência e eficácia. Uma avaliação com foco nos aspectos jurídicos observará com prioridade os aspectos legais, a exemplo da eficiência administrativa. Uma avaliação técnica focará, de modo especial, nos indicadores que revelam a eficácia e eficiência da ação, entretanto, uma avaliação política tenderá a observar aspectos relacionados à percepção dos destinatários da medida.

Por fim, a **extinção da política pública** ocorre quando o problema foi resolvido ou perdeu importância, ou porque a política se mostrou ineficaz. Entretanto, segundo lembra Secchi (2013), existem aquelas políticas que já nascem com prazo de validade prescrito, a exemplo de quando o *policymaker* estipula sua vigência no ato de sua formulação. Geralmente, essas ações são implementadas para sanar uma questão bem específica ou contextual, a exemplo de uma ação que, visando o incentivo à leitura, promove a distribuição de 5.000 livros entre os dias 01 e 30 do mês de abril de 2023.

Embora o ciclo de políticas (*policy cycle*) seja uma importante ferramenta analítica e possibilite, além de uma melhor compreensão do processo, a visualização dos bastidores de uma ação governamental, é preciso salientar que esse modelo sequencial e ordenado pode não representar, necessariamente, o movimento de muitas políticas públicas. Conforme aponta Kingdon ([1984] 2014), por vezes as alternativas podem surgir antes mesmo do problema ser identificado. O próprio tomador de decisão pode ter interesse numa determinada ação e, então, dar luz a um problema que se encaixe no seu projeto.

No entanto, evidentemente, o conjunto da dinâmica serve para transparecer toda a complexidade envolvida no processo, e justificar a apresentação de uma definição de política pública mais precisa e analítica, que contemple as tensões e articulações entre forças, atores e segmentos. Desse modo, subscreve-se um delineamento utilizado por Knoepfel *et al.* (2007):

“Define-se política pública como uma série de decisões ou ações, intencionalmente coerentes, tomadas ou executadas por diferentes atores, públicos ou, às vezes, privados, cujos recursos, vínculos institucionais e interesses variam, com vistas a resolver pontualmente um problema definido politicamente como público.” (p.24, tradução nossa).

A essa definição, os autores inserem um complemento que será transcrito e considerado na discussão que se segue:

“Desse conjunto de decisões e atividades se originam atos formais, com níveis variáveis de obrigatoriedade, que muitas vezes visam modificar o comportamento de grupos sociais que presumivelmente deram origem ao problema a ser resolvido (grupos-alvo) em favor dos grupos sociais que sofrem os efeitos negativos do problema em questão - beneficiários finais” (KNOEPFEL *et al.* 2007, p.24, tradução nossa).

A citação acima faz menção aos tipos de política pública, um elemento considerado não apenas útil, mas necessário de ser identificado. Como exemplo da relação entre grupos-alvo e beneficiários finais, tem-se uma lei municipal de regulamentação do trânsito, que visando a redução do número de atropelamentos no centro da cidade, implanta um limite máximo de velocidade a ser cumprido pelos motoristas nessa área (KNOEPFEL *et al.* 2007).

Em vista disso, ora se faz necessário recorrer a essa estratégia de compreensão e análise das políticas públicas pela sua tipologia, compreendida pela classificação das políticas por meio das ações que a sucedem e pelo seu teor e conteúdo.

Na literatura podem ser encontradas diversas tipologias, as quais dão conta de classificar as políticas por conteúdo, atores, estilo e instituições (SCHMIDT, 2018), entretanto, uma das mais conhecidas e utilizadas é a tipologia de Theodore J. Lowi (1964; 1972). Com base no impacto esperado na sociedade, o autor faz uma classificação das políticas públicas em quatro tipos.

2.2.3 Tipologia de Lowi (1964; 1972)

Para Lowi, determinadas políticas têm capacidade de afetar o próprio jogo e processo político, razão pela qual se ocupou de identificar e classificar essas ações. Na sua concepção existem quatro tipos de políticas: as Regulatórias, as Distributivas, as Redistributivas e as Constitutivas (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015).

As **Regulatórias** são aquelas que estabelecem padrões de comportamento, de serviço ou de produto para atores públicos e privados. Se desenvolve num ambiente pluralista e para sua aprovação é necessário a demonstração de força entre atores, quais sejam: burocratas, políticos e grupos de interesse ((AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015). Secchi (2013) menciona regras de segurança alimentar, códigos de trânsito, leis e códigos de ética para ilustrar esse tipo de política. Outro exemplo que se encaixa nessa categoria é precisamente a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), o objeto analítico do presente trabalho.

As **Distributivas** são aquelas que produzem benefícios específicos e concentrados para um grupo de pessoas ou atores, enquanto seus custos são distribuídos coletivamente. Conforme Agum *et al.* (2015), esse tipo de política se estabelece num ambiente de troca de apoio entre políticos, logo, sem grandes

conflitos. De acordo com Secchi (2013), contribui para esse contexto menos conflituoso, o fato de o custo relacionado recair sobre a coletividade. Se enquadram nessa categoria incentivos ou renúncias fiscais, subsídios para determinados grupos e gratuidade de taxas para determinados usuários (SECCHI, 2013). Desse modo, na perspectiva do caráter assistencialista às pessoas com doenças mentais dentro do Sistema único de Saúde (SUS), assim como em razão dos dispositivos legais que conferem auxílio financeiro aos indivíduos em situação de desinstitucionalização, a PNSM também pode ser considerada uma política distributiva.

As **Redistributivas** são aquelas que concedem benefícios concentrados para algumas categorias de atores e geram custos também concentrados sobre outras categorias de atores. Segundo Secchi (2013), é um tipo de política que provoca muitos conflitos e que na arena política sempre haverá um grupo pressionando para sua efetivação e outro tensionando para o seu descarte. Cotas raciais para universidades, política de benefícios sociais e programa de reforma agrária são exemplos desse tipo de política (SECCHI, 2013).

Por fim, as políticas **Constitutivas** são aquelas que ditam as regras para o exercício do poder e a regras para as próprias regras. Com isso, definem as competências, jurisdições, as cláusulas para a disputa política e as normas de elaboração para as políticas públicas. Segundo Secchi (2013), essas são consideradas *meta-polícies*, pois se encontram acima dos outros três tipos de políticas. Naturalmente, esse tipo de política tende a gerar muito conflito entre os atores envolvidos e interessados, pois têm a capacidade de alterar o equilíbrio das forças existentes. Como exemplo, cita-se regras para o sistema eleitoral e regras para participação da sociedade civil em decisões públicas.

Em vista disso, assim como o ciclo de políticas ganhou funcionalidade por sistematizar e organizar o processo de desenvolvimento de uma política pública, a partir da contribuição de Lowi (1964; 1972), o elemento mais básico de uma análise tornou-se identificar o(s) tipo(s) de política que se está analisando (SECCHI, 2013).

Destarte, com esse contexto compreende-se que algumas das principais noções e conceitos que fundam e regem o campo das políticas públicas foram apresentadas. Entretanto, como encerramento desse tópico, será abordado um fenômeno muito comum nos textos que discutem essa matéria. Trata-se da frequente utilização de termos da língua inglesa, normalmente entre parênteses, logo após uma expressão escrita em português.

2.2.4 Política: Uma palavra, três dimensões (*Polity, Politics e Policy*)

Embora essa abordagem possa gerar estranhamentos, não se trata de uma tentativa de fortalecer o fenômeno denominado estrangeirismo e nem de reforçar o imperialismo da língua inglesa nessa literatura. A razão é simplesmente porque o berço dos estudos no campo das políticas públicas ocorre nos Estados Unidos da América, e muitos termos da língua portuguesa podem não corresponder precisamente às concepções da sua origem, conseqüentemente, podendo essa diferença semântica gerar equívocos interpretativos (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2019).

Um exemplo clássico é a palavra “política” em português. No Brasil, essa mesma palavra pode ser empregada para designar três dimensões distintas do processo de políticas públicas. Entretanto, nos Estados Unidos, cada uma dessas dimensões recebe nomenclatura exclusiva, como *polity, politics e policy*.

A palavra *polity* se refere a dimensão institucional. É compreendida pela ordem do sistema político, pelo ambiente e estrutura institucional do sistema político-administrativo e pelos aspectos que estruturam a política institucional do país, como o sistema de governo e o funcionamento dos poderes (SCHMIDT, 2018; OXFORD, 2023).

Já a palavra *politics* diz respeito a dinâmica processual da política. Está relacionada ao papel e ao exercício do poder dos atores envolvidos. Representa a relação entre forças dos agentes políticos na sua dinâmica de competição, negociação e disputa pelos recursos do Estado (SCHMIDT, 2018; OXFORD, 2023).

Por fim, a palavra *policy* (*polícies* quando utilizada no plural) corresponde a dimensão material da política. Representa o conjunto de ideias ou plano sobre o que fazer acerca de uma dada situação (OXFORD, 2023), ou seja, é resultado derivativo dessa relação entre forças dos agentes do processo político, sob o contexto da política institucional. Para Schmidt (2018), esse termo representa o Estado em ação e o conteúdo concreto da política, isto é, compreende a materialização das políticas públicas como concebidas no Brasil.

Assim sendo, uma vez que na língua portuguesa o mesmo vocábulo (política) define essas três dimensões, a fim de evitar incompreensões, a maioria dos autores costuma acrescentar, entre parênteses, ao lado da palavra escrita em português, a expressão correspondente em inglês. Essa estratégia tem sido adotada nesse

trabalho e será utilizada de modo auxiliar, visando unicamente estabelecer uma equivalência terminológica e uniformizar os entendimentos.

2.3 SAÚDE MENTAL

Como visto na seção anterior, o conceito de Política Pública foi sendo discutido, elaborado e aprimorado ao longo do tempo, mas não consegue evitar a existência de polissemias no seu entorno. Curiosamente, o mesmo processo ocorre com o conceito de Saúde Mental (ALMEIDA-FILHO; COELHO; PERES, 1999).

Evidentemente, numa tentativa de resguardar as devidas proporções, é preciso admitir que definir o conceito de Saúde Mental é uma tarefa demasiadamente mais complexa, haja vista tratar-se de um fenômeno mais abstrato em relação à Política Pública, que é um objeto mais concreto. Possivelmente devido a essa dificuldade, a maioria dos autores que abordam algum aspecto do campo da Saúde Mental costuma evitar esse exercício. Assim, ainda que a expressão Saúde Mental esteja presente em livros, artigos, legislações e políticas governamentais, na maioria das vezes seu uso se baseia na ideia de que seu significado está implícito e subentendido pela comunidade científica (ALCÂNTARA; VIEIRA; ALVES, 2022).

As próprias leis e dispositivos que regulamentam a assistência em saúde mental no Brasil não se ocupam dessa caracterização. É o caso da Lei 10.216 de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; da portaria GM/MS 336 de 2002, que regulamenta os CAPS; e da portaria GM/MS 3.088 de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; 2011a).

Destarte, para continuar nessa discussão, cumpre registrar uma definição conceitual oferecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que dado a respeitabilidade dessa instituição, é uma caracterização universalmente considerada. Portanto, à luz da OMS, Saúde Mental pode ser compreendida como um estado de perfeito bem-estar (físico, mental e social), no qual o indivíduo percebe suas próprias capacidades, lida adequadamente com as tensões normais da vida, consegue

trabalhar de forma produtiva e frutífera, e ainda é capaz de contribuir para com a sua comunidade (WHO, 2001).

Ainda que possa servir de parâmetro, esse entendimento termina por ser um ideal relativamente difícil de ser alcançado, razão pela qual é objeto de seguidas críticas. Gama, Campos e Ferrer (2014) afirmam que ao conceituar a Saúde Mental como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, a OMS fez dessa instância algo ideal e inatingível. Logo, raramente seriam encontrados indivíduos com uma saúde mental plena.

De forma mais dura, Caponi (2003) e Carvalho (2005) concordam em considerar que essa definição vem possibilitar e autorizar uma excessiva medicalização da existência humana, além de dar suporte a abusos cometidos por parte do Estado com vistas à promoção da saúde. Em complemento, Caponi (2003) explica que se trata de uma significação utópica e subjetiva, mas suficientemente capaz de legitimar estratégias de controle e de exclusão social.

Por sua vez, essas críticas que seguiram à definição da OMS, remetem a uma importante indagação foucaultiana, que, em meados do século XX, ao se pronunciar sobre os corridos esforços para definir a doença, com base no que seria normal e patológico, considerou que tal discussão estava servindo para sustentar uma intervenção no corpo e na mente do indivíduo, com o simples propósito de normalizá-lo para a atividade produtiva (FOUCAULT, 2004). Nesse contexto, havia uma tentativa de chamar a atenção para o fato de o ser humano estar sendo equiparado a uma máquina, que se pode colocar para funcionar, programar e consertar (ALMEIDA-FILHO, *et al.* 1999).

Franco Basaglia (1982) também expõe sua consideração com relação a marginalização da doença mental em decorrência da ordem produtiva. Segundo o autor, a visibilidade do louco e as primeiras definições e classificações acerca da loucura e doença mental surgem no início do século XVII, numa era de preparação para o surgimento do mercantilismo e da industrialização. Assim, nessa ordem produtiva que induz um mecanismo de inclusão e exclusão, o louco termina por ter sua exclusão respaldada pela inabilidade e por ser considerado incapaz de produzir, uma compreensão que vai se agravando e se configurando no que viria a ser o lugar adequado para as pessoas em desrazão, o manicômio.

Todavia, conquanto esse conjunto de críticas apenas transpareça a complexibilidade da matéria, resta admitir que dispor de uma definição como a

sugerida pela OMS é estar diante do resultado de um avanço epistemológico, já que o desenvolvimento da compreensão de Saúde Mental tem consonância com a evolução do próprio entendimento sobre doença (ALMEIDA-FILHO, *et al.* 1999). Desse modo, tendo em vista que as primeiras noções sobre doença estavam baseadas numa abordagem dualista, com foco nas diferenciações entre normal e patológico, sendo a saúde considerada simplesmente como ausência de doença, então, é fato evidente que houve um progresso nessa caracterização.

As origens do entendimento sobre doença remontam aos estudos de Émile Durkheim (1858-1917), um antropólogo e sociólogo francês, que ao teorizar sobre indivíduos e sociedades, postulou que normalidade seria o equivalente ao comportamento médio dos indivíduos (GIANNOTTI, 1983; ALMEIDA-FILHO, *et al.* 1999). Por sua vez, esses estudos são sucedidos pelas considerações entre “*o normal e o patológico*” de Georges Canguilhem (2009), que explicou a normalidade como uma média estatística e as enfermidades como desvios dessa média. O autor ainda sugeriu que o objetivo do tratamento médico seria ajustar o sujeito à essa normalidade.

A despeito de ter havido evoluções importantes, como a problematização da enfermidade e da patologia (KLEINMAN, 1977), inclusão da subjetividade e da influência cultural na compreensão da doença (GOOD; GOOD, 1980), considerado o papel das relações sociais na construção de significados para doença (YOUNG, 1980) e até a admissão de que distorções fazem parte da normalidade (CANGUILHEM, 1990), esses pioneiros constructos contribuíram fortemente para os entendimentos nas áreas de saúde e, principalmente, para a visão dualista, ainda reafirmada pela medicina contemporânea, quando concebe saúde apenas em contraposição à presença de doença (ALMEIDA-FILHO, *et al.* 1999).

Com isso, existe uma imensa gama de estudos que se ocupam da negatividade e da dimensão patológica, desenvolvendo modelos teóricos da doença mental e privilegiando a doença em detrimento do trabalho teórico sobre saúde (ALMEIDA-FILHO, *et al.* 1999). Outro exemplo desse fenômeno é a existência de um sistema universal de classificação psiquiátrica e de doenças, os chamados DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Edição). Para Pereira (2000), esses instrumentos apenas refletem a presença de uma abordagem hegemônica que privilegia a sintomatologia do indivíduo.

De fato, é muito mais comum se encontrar definições pautadas nesse paradigma. A própria expressão “saúde mental” é relativamente recente na literatura brasileira, estando atrelada aos avanços e princípios da reforma psiquiátrica, que tinha como uma das premissas descolar o foco da doença e se voltar para o sujeito (YASUI, 2010). Nesse sentido, Alcantara *et al.* (2022) lembram que embora o tema da saúde mental atravessasse diversas disciplinas e, desse modo, receba influência de variados saberes, no fim são os paradigmas da psiquiatria e da reforma psiquiátrica que prevalecem sobre o entendimento de doença psíquica e da saúde mental.

Desse modo, ainda que a psiquiatria se pautasse pelos manuais de classificação e diagnóstico, as ideias plantadas pela reforma psiquiátrica terminam por desencadear um esforço quase generalizado de entendimento humanizado, que deixa a doença entre parênteses e coloca a pessoa em evidência, numa referência à Franco Basaglia (1979), um dos reformistas precursores.

Seguindo essa linha, atualmente a Associação Psiquiátrica Norte-Americana (APA) recomenda a utilização do termo transtorno mental em oposição ao termo doença mental (ALCANTARA *et al.* 2019), uma sugestão que tem sido adotada, inclusive nos atos normativos que organizam a assistência em saúde mental no Brasil. Por mais que esse novo conceito ainda esteja atrelado a uma disfuncionalidade, acaba por ser mais brando que o termo doente mental e, principalmente, que o vocábulo psicopata, uma expressão que já foi utilizada inclusive em legislações brasileiras⁷, para definir a condição de pessoas em sofrimento mental.

Destarte, considerando que no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), o transtorno mental e suas correlações correspondem ao problema público que se pretende solucionar, resta, portanto, acrescentar o entendimento preponderante acerca desse fenômeno. Trata-se de uma definição conceitual presente nos manuais de classificação e diagnóstico, que não apenas alude para o objeto da PNSM, mas que é seguido e reconhecido por cientistas e profissionais do mundo inteiro (ALCANTARA, *et al.* 2019).

De acordo com o DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição), o transtorno mental é definido por uma síndrome, caracterizada

⁷ Dentre uma das últimas legislações que antecedeu a Lei 10.216 de 2001 e que envolveu a assistência em saúde mental, tem-se o Decreto 24.559 de 1934, cujo caput o apresentava: “Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências” (BRASIL, 1934).

por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo, que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental (APA, 2014).

Por seu turno, essa definição do DSM-V já reflete um avanço conceitual em relação à definição utilizada na edição anterior desse manual. Conforme o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª Edição), transtornos mentais eram concebidos como síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem num indivíduo e estão associados com sofrimento, ou incapacitação, ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante de liberdade (APA, 2002).

Conforme apontam Gama *et al.* (2014), uma definição de saúde mental ou saúde psíquica é especialmente difícil não apenas por estar vinculada à questão do normal e do patológico, mas porque envolve uma complexa discussão a respeito da loucura e de todos os estigmas correspondentes.

Portanto, indubitavelmente, ao subtrair as palavras incapacitação, deficiência e perda de liberdade, desassociando transtornos mentais desses termos, essa mais recente revisão do DSM contribuiu para uma melhor compreensão de saúde mental e, principalmente, para a redução do estigma associado a pessoa com algum tipo de sofrimento mental. Tais palavras fazem perfeito jus à preocupação de Caponi (2003), quando alertava sobre a possibilidade de um conceito de saúde mental vir a legitimar estratégias de controle e exclusão de tudo aquilo que for considerado socialmente fora do normal e, por conseguinte, indesejado ou perigoso.

Nesse sentido, talvez seja oportuno finalizar esse tópico com as considerações de Almeida-Filho *et al.* (1999), segundo os quais a saúde deve ser tomada como um conceito aberto, já que a grande variação de signos, significados e práticas impedem um padrão unificado de normalidade para a saúde. Para esses autores, as diferentes formas de viver, quer seja histórica, cultural ou individual, apresentam-se como possibilidades distintas de normalidade.

Em oposição ao caráter modular e fragmentado da nosologia, Almeida-Filho *et al.* (1999) recomendam que o objeto da saúde mental seja considerado e compreendido como uma configuração inteira, uma vez que nessa seara há “facetas, acidentes, zonas de sombra, ângulos ocultos, e que a mirada de cada um desses ângulos de fato não dá acesso ao conjunto de propriedades definidoras” (p. 120).

Essa argumentação, por sua vez, tem consonância com as indagações levantadas por Gama *et al.* (2014), segundo os quais, fracassos, erros, privações, angústias e contradições compõe a existência humana, sendo necessário a elaboração de uma definição mais pragmática, que contemple uma melhor conexão com a vida cotidiana e que inclua essas oscilações.

Na presente tese, também se considera a saúde mental como sendo indissociável da saúde física e social. Desse modo, por fim, subscreve-se neste trabalho uma proposição orientada por Almeida-Filho *et al.* (1999), que em defesa da necessidade de o objeto saúde mental ser definido numa perspectiva transdisciplinar e totalizadora, associam saúde mental à qualidade de vida e ainda postulam que saúde mental também se relaciona a um *socius* saudável, devendo, então, contemplar empregabilidade, equidade, satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, lazer e boas redes sociais.

2.4 O ESTADO E A SAÚDE MENTAL: A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E SEUS ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A mais recente Política Brasileira de Saúde Mental compreende um conjunto de normas, diretrizes e estratégias com vistas a estruturar e organizar a oferta de assistência em saúde mental no país. Com isso, tem por objetivo oferecer acolhimento e assistência para qualquer cidadão que tenha necessidade de tratamento ou de cuidado específico nessa área (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Neste tópico serão apresentados os dispositivos que compõe a estrutura de assistência em saúde mental no Brasil, assim como o arcabouço normativo e jurídico que fundamenta e dá corpo a Política Nacional de Saúde Mental. Entretanto, considerando que o estado da arte dessa política carrega em seus fundamentos, as cicatrizes de uma batalha sócio-histórica, conceitual e ideológica em torno da própria loucura, cumpre iniciar essa narrativa com uma contextualização e a evolução desse fenômeno.

Ainda que analisar esse percurso não seja o objetivo central deste trabalho, tampouco seja possível descrever, em poucas páginas, todos os acontecimentos marcantes dos últimos séculos, será empreendida uma tentativa de situar no tempo e no espaço a presente política de saúde mental no Brasil.

Universalmente, em momentos sócio-históricos particulares e distintos, a saúde humana é frequentemente tomada como objeto de preocupação e intervenção por parte do Estado. Todavia, esses fatos sempre deixam rastros e vestígios que denunciam quais atores, cenários e instituições estiveram presentes ou participaram dessas ações (PEREIRA, 2004). Ademais, uma análise cuidadosa do resultado desses eventos ainda poderá revelar quais símbolos, significados e concepções permearam essa essencial relação entre Estado e saúde ao longo dos tempos.

No caso da Saúde Mental no Brasil, o registro das primeiras ações estatais com vistas a prestar assistência às pessoas acometidas por sofrimento mental, data do início do século XIX, concomitantemente à chegada da família real no Rio de Janeiro (FONTE, 2012). Nessa época, os loucos eram vistos como ameaça à ordem pública e o principal recurso terapêutico utilizado pelo Estado foi o enclausuramento desses indivíduos nos porões das Santas Casas de Misericórdia.

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

A loucura acabara de receber o *status* de doença mental e, portanto, o direito ao tratamento àqueles considerados doentes haveria de ser garantido pelo governo. Por sua vez, esse tratamento exigia isolamento e reclusão, um procedimento que não deveria mais acontecer de forma conjunta com os prisioneiros criminosos, mas sim em instituições exclusivas para esse tipo de cuidado. Era o início dos asilos, hospícios e manicômios, assim como o reconhecimento do enclausuramento enquanto sinônimo de tratamento (CASTEL, 1978; BASAGLIA, 1982; PEREIRA, 2004).

Pereira (2004) faz uma importante descrição desse percurso histórico que transformou a loucura em fenômeno médico e que deu origem à psiquiatria. A partir de suas reflexões é possível perceber que esse modelo francês, que inspirou as primeiras ações brasileiras, guarda íntima relação com o desenvolvimento e constituição da própria psiquiatria, uma área da medicina que reivindica para si o cuidado das pessoas em sofrimento mental, mas que, no entanto, viria a ter o hospital psiquiátrico como principal dispositivo terapêutico.

Em resumo, foi o prenúncio de uma nova era no trato com os loucos e uma ruptura com as antigas práticas, porém o início de um paradoxo que perduraria por séculos: o direito ao tratamento via perda da liberdade.

Ainda que manifestações da loucura tenham sido identificadas e descritas desde a antiguidade (FOUCAULT, [1972] 2004), a transformação da loucura em um fenômeno médico e sujeita a intervenção especializada ocorre na pessoa de Philippe Pinel (1745-1826) e num cenário de pós-revolução francesa. Até esse momento os loucos atendidos pelo Estado recebiam tratamento idêntico aos mendigos, vagabundos e criminosos (PEREIRA, 2004).

Entretanto, segundo Castel (1978), quando havia necessidade de enclausuramento dos insanos, esse procedimento se dava mediante decisão dos poderes executivo e judiciário, por vezes a pedido da família. Comumente, esse confinamento era motivado por manifestações incoerentes ao contexto da época e por perturbação social e familiar, todavia, os fundamentos do poder judiciário e do poder executivo garantiam o aspecto legal desse procedimento. O poder judiciário julgava a legalidade dessas ações e o poder executivo, na pessoa do rei, autorizava o aprisionamento (CASTEL, 1978; PEREIRA, 2004).

A partir da revolução francesa e com a queda do Estado absolutista, instaurou-se uma completa transformação nas relações entre os poderes, instituições e sociedade. Com vistas a dar vida ao lema Liberdade, Igualdade e Fraternidade, qualquer atitude com viés autoritário e que remetesse ao antigo regime se tornou objeto de questionamento. Foi nesse contexto que a reclusão dos loucos, que passava pela autorização do poder real, passou a ser criticada e considerada arbitrária.

Nessa nova organização social, os direitos individuais passaram a ser valorizados e a cidadania se tornou a base para o estabelecimento de um novo contrato social, por meio do qual cada cidadão era simultaneamente sujeito e soberano (PEREIRA, 2004). Entretanto, no que tange à questão da loucura, essa nova configuração social terminou por revelar um problema que exigiria solução governamental.

Com a queda do regime absolutista, na ausência do poder real que autorizava o confinamento das pessoas com transtornos mentais, e com a necessidade de os direitos serem preservados, criou-se uma lacuna e um espaço a ser preenchido. À medida que o louco passava a ser considerado diferente dos criminosos, logo, não

poderia mais ser enclausurado sem alguma base ou justificativa que fosse considerada legal (PEREIRA, 2004).

Conforme descrito por Castel (1978), criava-se, então, a necessidade de que a repressão aos loucos fosse baseada num fundamento médico, já que a repressão do criminoso estava respaldada por um fundamento jurídico. Essa lacuna, por sua vez, se tornou uma janela de oportunidade para o desenvolvimento da psiquiatria. É nesse contexto que surge a contribuição histórica de Philippe Pinel (1745-1826). Considerado o fundador da psiquiatria, Pinel apresenta uma solução ao impasse gerado pela revolução francesa, ao afirmar que os loucos eram doentes mentais e reivindicar para si o cuidado dessa população.

Segundo Pinel, os loucos precisavam e podiam ser tratados e recuperados. Porém, sua alternativa se afirmaria numa contradição e se constituiria num paradoxo médico e social de vida bastante longa, haja vista que a garantia do direito ao tratamento ao doente foi condicionada ao isolamento desse indivíduo em instituições especializadas, ou seja, o direito de ser tratado se encontrava com a suspensão do direito à liberdade.

Conquanto diferenciando os doentes mentais dos demais enclausurados, Pinel assinalou que o tratamento desses indivíduos exigia um aparelho de saberes e práticas específicas. Desse modo e com essa narrativa, surgia uma justificativa para que o confinamento desse grupo ocorresse com base em estratégias científica e com isso, o governo tinha uma solução para o problema da loucura. Ademais, conforme Pereira (2004), criava-se nesse momento uma aliança duradoura entre os poderes político e médico, através de uma relação dialética na qual ambos os poderes se potencializavam mutuamente. Não à toa, Castel (1978) considera a psiquiatria uma ciência política, tendo em conta sua origem estar relacionada à solução de um problema governamental.

Desde então constituiu-se um estatuto social do louco, todavia, delineado a partir de articulações entre o saber científico e as exigências políticas, jurídicas e sociais daquela época. Um ponto fundamental desse delineamento foi a atribuição de periculosidade ao louco (PEREIRA, 2004).

Basaglia (1982) enfatiza fortemente o efeito da atribuição de periculosidade aos loucos. Para o autor, ao assim fazer, a medicina envolveu um conceito jurídico nos seus protocolos, estabelecendo uma relação entre cura e ordem social. Em consequência, os primeiros atos normativos que faziam referência aos doentes

mentais, miravam não apenas a proteção dos loucos, mas a proteção da sociedade dos efeitos dessa loucura (PEREIRA, 2004).

Desse modo, ao assumir que o louco representava risco tanto a si próprio, como para a coletividade, não apenas se conseguia uma autorização médica e justificativa jurídica para o confinamento da loucura, mas, dava-se início a uma marca e um estigma que jamais seria desfeito.

Além de serem considerados transgressores, os loucos eram vistos como desafortunados por serem desprovidos da razão. Com isso, a psiquiatria ainda se apresenta como uma instância benevolente, se filiando a corrente da filantropia, um setor já fortalecido e com importante relação junto aos governos daquela época. Desse modo, Pinel transforma o espaço de exclusão num dispositivo médico e de assistência, em consonância com os desejos da filantropia e com as necessidades políticas daquele contexto (PEREIRA, 2004).

De acordo com Castel (1978), a filantropia e o exercício da benevolência nada mais era do que um instrumento de controle das populações pobres e marginais, se constituindo num importante recurso governamental de vigilância e de manipulação do povo. Nesse sentido, o nascimento da medicina mental carrega consigo uma dupla estratégia de controle. Enquanto, por um lado, justifica cientificamente os desejos políticos de manutenção da ordem social, por outro, reforça o cumprimento dos objetivos da filantropia (PEREIRA, 2004).

Seguindo esses moldes, no dia 30 de junho de 1838, a assistência médica às pessoas com transtornos mentais é regulamentada por lei na França. Essa foi a primeira grande medida legislativa que reconheceu o direito à assistência e à atenção para um amplo grupo de necessitados, dentre os quais, os doentes mentais (CASTEL, 1978). Por sua vez, devido a seu pioneirismo e inovação, essa legislação serviria de modelo para muitos outros atos normativos que se sucederiam pela Europa.

Entretanto, para Basaglia (1982), as legislações dessa época também refletiam fortemente a relação estabelecida entre sociedade e os meios de produção. Nesse complexo processo de seleção e exclusão para o mundo da produção, os loucos não se encaixavam. Diante da emergência do mercantilismo e da industrialização, a exclusão dos loucos também se justificava pela sua inabilidade para o mercado de trabalho. A eles haveria de ser reservado um outro lugar, uma instituição respaldada pela ciência e sob controle da medicina, com a nobre missão de conter a desrazão (CASTEL, 1978; PEREIRA, 2004).

Desse modo, a maioria das legislações europeias desse período confiavam à psiquiatria a função curativa dos transtornos mentais (BASAGLIA, 1982). Assim, constavam dessas legislações um conjunto de regras que haviam sido discutidas e desenhadas pela psiquiatria, e que dava conta de definir todas as fases das ações técnicas envolvidas no atendimento aos insanos. Iniciava no reconhecimento da doença e na afirmação de periculosidade social, seguia para a sanção, que agora sob responsabilidade do médico, determinava a restrição de liberdade por meio da internação (PEREIRA, 2004).

Destarte, é todo esse espectro que acompanha a chegada da família real no Brasil e que orienta as primeiras ações estatais com vistas a prestar assistência à saúde mental. Esse modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico perduraria por longas décadas no Brasil, sendo, precisamente, a vigente Política Nacional de Saúde Mental o signo de ruptura com esse paradigma.

2.4.1 A Saúde Mental durante o Brasil Império (1808 – 1889)

Conforme já mencionado, o registro das primeiras ações estatais com vistas a prestar assistência às pessoas acometidas por sofrimento mental, data do início do século XIX, concomitantemente à chegada da família real no Rio de Janeiro (FONTE, 2012).

Nessa época os loucos eram vistos como ameaça à ordem pública, principalmente aqueles com situação econômica desfavorável. Eram considerados resíduos da sociedade e assim destoavam daquela fase de modernização e consolidação da nação brasileira como país independente. Em vista disso, a solução foi implementar um modelo de tratamento baseado no confinamento. Desse modo, especialmente quando apresentavam algum comportamento considerado socialmente inadequado, tinham como destino os porões das Santas Casas de Misericórdia. O tratamento consistia basicamente no enclausuramento e na segregação do indivíduo, onde permaneciam amarrados e viviam sob péssimas condições de higiene e cuidado (PASSOS, 2009).

Segundo Fonte (2012), em consonância com o que acontecia na Europa, em 1830 a palavra de ordem entre a Sociedade de Medicina era “aos loucos o hospício”, indicando a existência de um entendimento entre a classe médica, quanto a necessidade de se construir um local adequado e exclusivo para tratar dessa

população. Como resposta a esse apelo, o imperador D. Pedro II edita um Decreto, em 1841, criando o Hospício de Alienados Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, entretanto, ainda vinculado à Santa Casa de Misericórdia (MESSAS, 2008)

Para Yasui (2010), os médicos tinham como propósito resolver o problema dos alienados abandonados pelas ruas ou internados indevidamente na Santa Casa. De todo modo, conforme Messas (2008), a criação do Hospício Pedro II representa o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira.

Entretanto, também vem dessa época a origem do entendimento e das bases legais que designavam o sofrimento mental como objeto de intervenção do Estado e do saber psiquiátrico, além da atribuição de periculosidade e desrazão a esses insanos (SAMPAIO; BISPO-JUNIOR, 2021).

Segundo Fonte (2012), o Hospício Pedro II teve inspiração no modelo asilar francês, idealizado por Philippe Pinel e Jean-Étienne Esquirol, que no pós-revolução francesa, assumiram para si o tratamento dos doentes mentais. Vale lembrar que antes disso, quando havia sequestro dos loucos pelo Estado, a autorização passava pelo poder real e esses indivíduos eram mantidos internados ou presos nos hospitais gerais, juntamente com delinquentes, prostitutas e vagabundos, porém sem qualquer tipo de tratamento médico.

Ainda que Pinel tivesse a intenção de oferecer um atendimento mais humanizado e oportunizar um tratamento, longe das celas e correntes as quais pessoas em sofrimento mental estavam submetidas, o fato é que sua oferta às autoridades francesas da época permitiu a criação do manicômio. Ademais, sua intenção humanizadora não teve sustentação e não demorou para que o tratamento ao doente incluísse medidas físicas, como duchas e banhos gelados, chicoteamento, máquinas giratórias e sangrias (FOUCAULT, [1972] 2004). Pinel concebia a loucura como revestida de caráter moral, logo, postulava um tratamento baseado na reeducação do enfermo, no encorajamento ao cumprimento das normas e no desencorajamento das condutas inadequadas. Devido sua terapia baseada numa pedagogia moral, Pinel também é considerado o precursor do alienismo.

No caso do Hospício Pedro II, tal qual seus primórdios franceses, Machado *et al.* (1978) analisam que o regime médico e policialesco da instituição estabeleceu o isolamento do doente como característica básica e fundamental do tratamento. A simples permanência no hospício era concebida como terapêutica, sendo primordial o isolamento e distanciamento da família.

Entretanto, essa regra fundamental não era obrigatória para famílias ricas. Essas podiam escolher entre internar ou isolar o seu familiar doente em casa. Para Yasui (2010), o fato é que o Hospício Pedro II tinha a função de remover da sociedade aquelas pessoas em desrazão e que perambulavam pelas ruas, ou seja, as primeiras ações institucionais no Brasil estiveram pautadas em pressupostos higienistas e de privação da liberdade, com vistas a preservação da ordem pública.

2.4.2 Saúde Mental após a Proclamação da República (1890 – 1964)

Nessa época o hospício era tido como principal instrumento terapêutico da psiquiatria e a classe médica reivindicava o controle do Hospício Pedro II, que era administrado pela Santa Casa. A partir da Proclamação da República, uma das primeiras providências tomadas foi a desanexação do Hospício Pedro II da Santa Casa de Misericórdia.

A medida compõe o Decreto 142/1890 e foi expedida aos cinquenta e sete dias da proclamação (BRASIL, 1890). Nesse momento o hospício passa a se chamar Hospital Nacional de Alienados e é entregue ao domínio da psiquiatria científica. Enquanto no período imperial a gestão da saúde mental estava a cargo da misericórdia beneficente e de vinculação religiosa, a partir da República essa assistência passa a ser definitivamente responsabilidade do Estado brasileiro, porém sob tutela da medicina (MESSAS, 2008).

Segundo Sampaio e Bispo-Junior (2021), desde essa época o hospício ocupou um lugar central no modelo de assistência prestado à loucura no Brasil. Estando o hospital psiquiátrico sob responsabilidade da psiquiatria científica, entretanto, viu-se um aprofundamento do caráter asilar, a intensificação da abordagem medicamentosa e da proposta de normalização social. As práticas violentas e higienistas aumentaram, razão pela qual passou a haver denúncias e questionamentos pelas situações de maus-tratos, abandono, superlotação e elevado número de óbitos nessas instituições (BARRETO, 1920; TENÓRIO, 2002).

A partir de 1920, as ações governamentais com foco na saúde mental foram se expandindo ao longo de todo o território nacional. Nessa época, algumas vertentes higienistas e preventivistas ganharam destaque ao esboçarem projetos de prevenção dos casos de transtorno mental, entretanto, seus planos almejam melhorias nos

índices sanitários por meio de ações xenofóbicas, racistas e eugenistas (YASUI, 2010).

Dentre as importantes legislações promulgadas nesse período duas chamam a atenção: o decreto 1.132 de 22 de dezembro de 1903, denominado de Lei dos Alienados, que torna o psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura no Brasil e, portanto, representa um marco divisório nas tendências legislativas no campo da psiquiatria brasileira; e o decreto 14.831 de 1921 que regulamenta o funcionamento do manicômio judiciário, a primeira instituição brasileira criada exclusivamente para receber os loucos em situação de conflito com a Lei (PEREIRA, 2004).

Já havendo instituições psiquiátricas e asilares espalhadas por todo o país, em julho de 1934 o governo edita um decreto (24.559/1934), determinando que todos os loucos fossem retirados do convívio comunitário e internados em estabelecimentos psiquiátricos, em nome da manutenção da ordem e da segurança pública (FERNANDES, 2018). Esse decreto trazia como ementa a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e outras providências. Por essa razão, também é considerado uma das primeiras legislações que dispõe sobre a proteção das pessoas em sofrimento mental, que nesse ato são chamadas de psicopatas (PEREIRA, 2004).

Entretanto, segundo Sampaio e Bispo-Junior (2021), esse ato normativo se constituiu num marco legal importante e perdurou até o final do século XX, fortalecendo a associação entre adoecimento mental e periculosidade, alimentando a ideia de transtorno mental como antítese de cidadania, favorecendo internações arbitrárias e a política governamental de encarceramento como modelo assistencial.

Em consonância com algumas críticas identificadas na Europa, após a segunda guerra mundial, quanto à ideologia e eficácia da psiquiatria (BASAGLIA, 1982; PEREIRA, 2004), nesse período surgem críticas e desconfianças em relação ao papel da psiquiatria no Brasil. Alguns críticos relacionam o nascimento dessa área médica à criação de uma instância de controle social dos indivíduos e da população (MACHADO *et al.* 1978), já que esse médico passou a identificar comportamentos “desviantes” e indicar o enclausuramento como disciplina ou correção. Desse modo, o termo “desviantes” assim denunciava uma falta de clareza acerca dos transtornos mentais, tendo em vista que a loucura era uma interpretação bastante subjetiva e nesse quesito eram incluídos qualquer comportamento que se afastasse do normal.

Essa preocupação estatal com a loucura e o tratamento centrado no hospital perdurou até o final do século XX. Todavia, o problema maior não era a existência de um lugar físico para o louco, mas o que acontecia nesses locais. Muitas críticas e denúncias surgiram ao longo desse período, questionando desde o isolamento, o excesso de medicação a partir dos anos 1950 e, principalmente, as más condições e abusos enfrentados pelos pacientes no âmbito dessas instituições (BARRETO, 1920; YASUI, 2010).

Conforme aponta Sampaio e Bispo-Junior (2021), em 1961 houve uma aparente tentativa de flexibilização do modelo manicomial em vigência. No dia 21 de janeiro desse ano foi promulgado o decreto nº 49.974 orientando que as internações apenas ocorressem depois de confirmação diagnóstica de transtorno mental. Além disso, nesse ato há utilização da terminologia saúde mental ao invés de doença mental, e a orientação para que o cuidado desses doentes fosse realizado em instituições extra-hospitalares e comunitárias.

Essa legislação pode ter sido reflexo das discussões ocorridas na Europa e EUA, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, com vistas a repensar o modelo de assistência à saúde mental centrado no hospital. Na França havia um movimento em prol de uma psiquiatria de setor, na Itália a ideia girava em torno de uma psiquiatria democrática, e nos EUA, de uma psiquiatria preventiva (AMARANTE, 1998).

Ainda que com estruturas e aplicações diferentes, no horizonte desses novos modelos estava uma ideia de desinstitucionalização (YASUI, 2011). Entretanto, no caso brasileiro, essa legislação de 1961 terminou por se consistir majoritariamente num ajuste político e econômico. Não resultou em desospitalização e o orçamento público continuou sendo utilizado para financiar prioritariamente os asilos privados (LIMA, 2018; SAMPAIO; BISPO-JUNIOR, 2021).

2.4.3 Saúde Mental durante a Ditadura Militar (1964 – 1985)

Com o golpe militar de 1964, uma ditadura militar se instala no Brasil. Nesse momento, ocorre uma reestruturação do modelo de Estado e, conforme Sampaio e Bispo-Junior (2021), além da presença do autoritarismo e da intensificação dos atos repressivos, houve uma centralização financeira no Governo Federal e os gastos com políticas sociais foram reduzidos.

Ademais, durante o regime militar, fortaleceu-se o modelo privatizante, com a adoção de convênios entre Estado e iniciativa privada, que no âmbito da saúde mental, deu luz à famigerada indústria da loucura, garantindo a expansão do número de instituições privadas e gerando um quantitativo exorbitante e controverso de internamentos psiquiátricos (YASUI, 2010).

Essa terceirização e precarização na assistência não era exclusiva da área de saúde mental. Todos os setores da saúde seguiam rumo à mercantilização da assistência. O sistema público de saúde passou a operar numa lógica de medicina previdenciária, deixando o Ministério da Saúde, responsável pela saúde pública, enfraquecido e relegado a segundo plano. Muitos desempregados ou pessoas que trabalhavam sem registro formal em carteira de trabalho ficaram desassistidos. Desse modo, imperava a lógica previdenciária e os convênios com setores privados (ESCOREL, 2012).

Uma particularidade da área da saúde mental é que houve uma expressiva expansão do sistema manicomial privatista. Esse período ficou conhecido como indústria da loucura, já que o sofrimento mental e as internações psiquiátricas passaram a ser puro objeto de lucro. Praticamente todo o orçamento público reservado à saúde mental era destinado às internações que ocorriam em clínicas psiquiátricas privadas e contratadas pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INAMPS (CEBES, 1980b; YASUI, 2010; SAMPAIO, BISPO-JUNIOR, 2021).

Segundo Yasui (2010), com o início da mercantilização da loucura por meio desses convênios, a psiquiatria passou a praticar assistência em massa. Tratava-se de um negócio lucrativo, que inclusive, deu origem a um poderoso *lobby* com vistas a impedir qualquer tentativa de mudança. Entretanto, conforme Pitta (2011), muitas das internações ocorriam de forma desnecessária.

Investigações apontam que nesse período houve uma modificação no perfil nosológico dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos. Aumentou significativamente a internação de indivíduos neuróticos e alcoolistas, cuja necessidade de internação psiquiátrica é duvidosa (YASUI, 2010).

Num levantamento realizado por Luiz Cerqueira (1984), tem-se que o número de internamentos ocorridos em instituições privadas passou de 3.034 no ano de 1941, para 78.273 no ano de 1978. Em contrapartida, o número de leitos públicos oficiais manteve-se praticamente inalterado. Nesse mesmo período passou de 21.079 para

22.603. Ademais, a duração média desses internamentos oscilava sempre acima dos noventa dias (YASUI, 2010).

Nesse sentido, uma característica desse período é o abandono dos hospitais públicos, que se encontravam em situação deplorável, numa extrema carência, superlotação e, por sua vez, oferecendo serviços de péssima qualidade. Entretanto, ainda que priorizados e recebendo quantias substanciais do orçamento público, isso não significava que os estabelecimentos privados estavam dispostos e oferecendo serviços de boa qualidade. Pelo contrário, os estabelecimentos privados operavam numa lógica de maximização do lucro e por isso dispunham de estrutura e condições de atendimentos precárias e degradantes (ARBEX, 2013; SAMPAIO; BISPO-JUNIOR, 2021).

Evidentemente, uma configuração como essa não encontraria sustentação por muito tempo. Ademais, começavam a surgir documentos produzidos em encontros nacionais e internacionais que apontavam para uma necessária e urgente mudança no modelo de assistência em saúde mental (YASUI, 2010).

Desse modo, é nesse contexto insano de desassistência e de sérios problemas à saúde brasileira, em meio a denúncias de fraudes nas contas hospitalares e de reportagens evidenciando abusos contra pacientes, em meio a revolta de funcionários e de uma insatisfação social generalizada, que surgem as primeiras manifestações e mobilizações na sociedade brasileira, em prol de uma mudança geral no sistema público de saúde e no regime político do país (YASUI, 2010; AMARANTE; NUNES, 2018).

2.4.4 Saúde Mental no início da Nova República (1985 – 2016)

Esse período foi marcado por importantes mudanças e transformações políticas, sociais e estruturais no Brasil. Dentre as principais conquistas para a sociedade brasileira, estão a Redemocratização do país, a marcante Constituição Federal de 1988, o complexo Sistema Único de Saúde (SUS) e a vigente Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

O conjunto de críticas em torno da cultura manicomial, assim como os fundamentos democráticos em prol da cidadania e da dignidade humana contidos na Constituição Federal de 1988, abriram espaço para a proposição de uma estrutura substitutiva, com a oferta de serviços diversos, abertos e territoriais, com vistas a

incluir os sujeitos em sofrimento mental no seio comunitário (BRASIL, 1988; SAMPAIO; ZANARDO *et al.* 2017; BISPO-JUNIOR, 2021).

Tratou-se de uma proposta de mudança paradigmática, onde o hospital e a doença perdiam seu *status*, abalando o poder absoluto da psiquiatria. Nesse novo espaço de cuidado, era dado lugar a novas versões e profissões, a doença ficava entre parênteses e a pessoa assumia o seu protagonismo (BASAGLIA, 1982; AMARANTE, 2007; YASUI, 2010).

Desse modo, a mais recente Política Brasileira de Saúde Mental compreende um conjunto de normas, diretrizes e estratégias com vistas a estruturar e organizar a oferta de assistência em saúde mental no país. Tem como objetivo, oferecer acolhimento e assistência para qualquer cidadão que tenha necessidade de tratamento ou de cuidado específico nessa área (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Seu principal marco e, conseqüentemente, sua maior diferença em relação as medidas adotadas anteriormente está no seu ideal. Enquanto as políticas do passado preconizavam um tratamento centralizado no hospital, a presente política tem por ideal criar dispositivos para que esse cuidado aconteça no âmbito do território ou comunidade da pessoa que apresente essa necessidade (AMARANTE, 2007; YASUI, 2010; ZANARDO *et al.* 2017).

Em termos jurídicos e institucional, trata-se de uma política do Governo Federal, que, por sua vez, é coordenada pelo Ministério da Saúde e refletida em todos os estados e municípios da nação. Dentre seus principais dispositivos legais, destacam-se a **Lei 10.216 de 2001**, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; a **Lei 10.708 de 2003**, que institui o programa de volta pra casa, assegurando recursos financeiros aos pacientes com longo tempo de internação psiquiátrica, com vistas a incentivar sua saída e retorno para suas famílias ou comunidade; as **Portarias GM/MS 224 de 1992 e 336 de 2002**, que tratam da criação e regulamentação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); as **Portarias GM/MS 106/2000 e 3.090/2011**, que versam sobre os serviços de residência terapêutica (SRT), e a **Portaria GM/MS 3.088 de 2011**, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades devido ao uso de álcool e drogas.

Com isso, de acordo com o Ministério da Saúde (2022), tem-se uma política pública de abrangência nacional e que contempla a atenção para todas as pessoas com necessidades decorrentes do acometimento de transtornos mentais.

A despeito do excesso de classificação e categorização dos transtornos mentais ser objeto de crítica e discussão entre teóricos e defensores dessa nova política, que alegam, dentre outros pontos, demasiada patologização e, conseqüentemente, excessiva medicalização da vida, cumpre aqui esclarecer que o Ministério da Saúde explica e engloba nesses transtornos, quadros de ansiedade, depressão, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo e outros distúrbios oriundos do uso nocivo e/ou dependência de substâncias psicoativas, como álcool e drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Em se tratando de uma política pública, mesmo que se possa defini-la de forma simples e direta, como uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público (SECCHI, 2013), é necessário considerar que seu processo de elaboração é especialmente complexo. Perpassa por diferentes fases e seu resultado decorre de uma dinâmica que envolve conflitos, valores, contradições, disputas de poder e de interesses entre atores (SECCHI, 2013; MENY; THOENING, 1992; KNOEPFEL *et al.* 2007; KINGDON, [1984] 2014).

Nesse sentido, corroborando a literatura, tem-se que a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) surge como resultado de intensa mobilização, discussão e debate social no âmbito nacional. Com justiça, alguns autores definem sua trajetória como “processo social complexo”, haja vista ter envolvido dimensões diversas, como epistemológica, política, técnica e sociocultural (AMARANTE, 1998; AMARANTE, 2007; YASUI, 2010).

Em suma, o corolário da política brasileira de saúde mental é sem dúvida a Lei 10.216 de 2001, promulgada no dia 06 de abril, pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso. Também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, esse ato normativo do Governo Federal rompe oficialmente com o paradigma dominante e hospitalocêntrico, apresenta novas diretrizes para a saúde mental e cria as condições necessárias para o estabelecimento de uma nova era para essa área no Brasil (PEREIRA, 2004; AMARANTE, 2007; YASUI, 2010).

Naturalmente, em se tratando de uma nova política pública, seria razoável considerar que todo esse processo de substituição de um paradigma por outro não ocorreria num curto espaço de tempo. Nesse sentido, desde os primeiros

apontamentos que davam evidência ao problema existente na saúde mental brasileira, passaram-se algumas décadas até a entrada desse tema na agenda decisória governamental.

Tendo em conta que os primeiros movimentos por uma reforma nessa área surgiram a partir da década de 1970, foram quase trinta anos até a promulgação da Lei 10.216/2001. Por essa razão, embora alguns autores questionem/discordem da ênfase em ciclos ou estágios⁸ para análise de política pública, é difícil desconsiderar o fato de que existe o tempo e contexto certo para cada política e sem que ela cumpra todos os processos, dificilmente será elevada ao posto de ação implementada. O fato é que entre o reconhecimento de um problema, a formulação de uma solução, a entrada na agenda decisória e a implementação de uma política existe um processo complexo, permeado por ideias, conflitos, interesses e participantes (MENY; THOENIG, 1992).

Nesse sentido, a despeito da Lei 10.216 (ANEXO 3) ser considerada o corolário da PNSM, essa legislação abarca apenas parte de uma discussão iniciada há décadas. Essa lei foi um desdobramento do PL 3.657 (ANEXO 1), apresentado em 1989 pelo deputado federal Paulo Gabriel Godinho Delgado (PT/MG), um relevante empreendedor da PNSM. No entanto, sua gênese se encontra e se confunde com as mobilizações e lutas sociais pela redemocratização do país e pela reestruturação do sistema de saúde brasileiro (PEREIRA, 2004; YASUI, 2010).

Foi nesse contexto, entre as décadas 1970 e 1980, que surge o Movimento de Reforma Sanitária e o Movimento pela Reforma Psiquiátrica, personagens de suma importância e que influenciaram na posterior criação do SUS (Lei 8.080 de 1990) e dos dispositivos que hoje dão corpo a vigente política nacional de saúde mental (YASUI, 2010).

O primeiro ator coletivo com propósito de reformular a assistência psiquiátrica no Brasil foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), constituído em 1978 (AMARANTE; NUNES, 2018). Dispondo da participação de diversos atores afetos com a temática da saúde mental, esse movimento tinha como principal objetivo,

⁸ Como foi apresentado anteriormente, uma das formas de se analisar uma política é através do ciclo de política (*cycle policy*). Ainda que haja diferentes modelos e críticas a essa ênfase sequencial, de modo geral indicam o percurso de uma política desde a identificação do problema, formulação de alternativas, acesso a agenda, implementação até a avaliação e extinção (SECCHI, 2013; RAEDER, 2014).

lutar pela desconstrução do modelo manicomial no país (AMARANTE; TORRE, 2017). A partir desse movimento foram idealizados o I Congresso Nacional de Saúde Mental, ocorrido em 1979, em São Paulo, e o II Congresso Nacional de Saúde Mental, em 1987, em Bauru (AMARANTE, 1998).

Esses eventos serviram de espaço para discussão e foram determinantes para formulação das diretrizes que seriam defendidas para a área. No segundo congresso a ênfase esteve em torno da proposta de “uma sociedade sem manicômios”, lema já defendido pela Rede de Alternativas à Psiquiatria, uma organização que contava com importantes e influentes personagens internacionais, como Felix Guattari, Franco Rotelli e Franco Basaglia (AMARANTE; NUNES, 2018). Desse encontro surge um forte e expressivo movimento social, denominado Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), de onde se origina o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, celebrado todo dia 18 de maio, com o objetivo de reafirmar os direitos da pessoa com transtorno mental e de lembrar os abusos cometidos pelas instituições psiquiátricas.

Se espelhando em experiências e personalidades internacionais que já contestavam e ofereciam alternativas ao modelo centrado no hospital psiquiátrico, a exemplo da reforma psiquiátrica italiana promovida por Franco Basaglia e o que Michel Foucault, Felix Guattari, Franco Rotelli, Robert Castel, dentre outros, já discutiam sobre o tema, desde sua concepção, o eixo fundamental e norteador para saúde mental no Brasil, envolvia o resgate da cidadania e dignidade do sujeito em sofrimento mental.

Desse modo, as reivindicações giravam em torno da implantação de um modelo assistencial que rompesse com a lógica hospitalocêntrica. Exigia-se que fossem criados serviços substitutivos ao internamento e, predominantemente, de base comunitária, a fim de possibilitar e priorizar o acolhimento e a assistência da pessoa em sofrimento nas proximidades de sua família e residência (YASUI, 2010; ZANARDO *et al.* 2017). A ideia primordial era oferecer tratamento no âmbito do território da pessoa, oportunizando e incentivando sua livre circulação pelos serviços, pela sua comunidade e pela sua cidade.

Nesse sentido, ao se opor ao modelo anterior, a nova política brasileira de saúde mental traz como marco fundamental o resgate da cidadania da pessoa em sofrimento mental. Nas palavras de Birman (1992), vem oferecer um lugar social para a loucura. Enquanto, anteriormente, a abordagem hospitalocêntrica desprezava a individualidade e a dignidade do sujeito, privando-lhe de liberdade e do convívio social,

além de dispor técnicas abusivas de tratamento, muitas vezes violentas e humilhantes, com a reforma política esse indivíduo passa a ser sujeito ativo do seu próprio tratamento e vê-se devolvido/inserido no seu território geográfico, político, social e cultural.

Segundo Zanardo *et al.* (2017), esse novo modelo representa um importante processo de emancipação e de recuperação da cidadania e dos direitos da pessoa acometida por transtornos mentais, uma vez que o sistema asilar, hospitalocêntrico e de exclusão é substituído por uma política focada na pessoa e não na doença, que reconhece os direitos do sujeito e prioriza sua autonomia e integração social com sua comunidade.

Dado seu espectro, a nova Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), encabeçada pela Lei 10.216/2001 ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Trata-se de uma denominação merecida e justa, pois oficializa a ruptura com um modelo centrado no hospital psiquiátrico e abre/pavimenta um caminho para uma nova era (YASUI, 2010).

Uma consequência dessa nova legislação de lógica desinstitucionalizante pode ser percebida na Lei 10.708 de 2003, que instituiu o programa de Volta para Casa e oferece auxílio financeiro para aqueles pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos. Com isso, há um incentivo à reinserção social do indivíduo e à sua permanência em comunidade, contribuindo para a superação da condição de asilado/dependente institucional e ensejando no reconhecimento social como um ser de direitos e cidadania (BRASIL, 2003).

A despeito de um dos principais signos dessa política estar materializado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁹, distribuídos pelos municípios e que respondem pelos principais atendimentos, estes apenas compõem um portfólio bem mais amplo e complexo.

A vigente política de saúde mental é composta por uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), que envolve Governo Federal, Estados e Municípios. Desse modo, a Rede é formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e Cultura, Unidade de Acolhimento (UAs), além de contar

⁹ Os CAPS dispõem de equipes de assistência multiprofissional, com possibilidade de oferecer os cuidados terapêuticos que cada caso exige

com leitos específicos de atenção integral em Hospitais Gerais e nos CAPS III (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

2.4.5 Saúde Mental com a Reforma Psiquiátrica sob ameaça (2016 – 2022)

Uma sociedade pode internalizar e compreender um determinado fenômeno a partir da forma como os serviços de saúde lidam com o problema (PEREIRA, 2004). No caso da doença mental ou loucura, como foram conhecidos os transtornos mentais, o próprio aparato técnico-científico da medicina psiquiátrica terminou por implantar um entendimento social de que o melhor lugar para tratar de um louco é no hospício. Essa ideia perdurou por longos séculos e possibilitou o sequestro, interdição e abuso desses enfermos, que perderam não apenas o direito à liberdade, mas sua dignidade enquanto ser humano.

Conforme Pereira (2004), que analisou a tramitação do projeto de lei que deu origem a PNSM, essa propositura legal tinha o intento de romper com o paradigma hospitalocêntrico, orientando a extinção dos hospitais psiquiátricos e a sua substituição por outros equipamentos de assistência, entretanto, ao longo das discussões que se seguiram em torno desse projeto, havia questionamentos sobre a real possibilidade de se viver sem hospícios, sobre o lugar para onde iriam os loucos sem essas instituições, e sobre como ficaria a psiquiatria sem o equipamento que deu origem à sua ciência.

Esses questionamentos não apenas expunham uma interpretação político-social sobre a loucura, mas evidenciavam uma certa relação de interdependência entre três elementos: loucura, hospício e psiquiatria. Todavia, ainda na contemporaneidade é possível encontrar adeptos dessa ideologia hospitalocêntrica.

Exemplo desse fenômeno foi percebido a partir de 2016, após uma troca de comando no Governo Federal¹⁰ (*turnover*). Com a assunção da direita ao poder e logo em seguida da extrema direita, grupos conservadores assumiram importantes postos de comando no governo e deliberaram tanto pela redução de direitos constitucionais, como pela minimização do papel do Estado frente a implementação de políticas públicas (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

¹⁰ Essa mudança de comando no Governo Federal de 2016 ocorre em função do impeachment da então Presidente da República, Dilma Rousseff.

Além de uma PEC (95/16) limitando os gastos do governo e impedindo investimentos em saúde por vinte anos, acarretando prejuízos ao SUS e a PNSM, também foram reavivadas as discussões em prol dos manicômios, objetivando reordenar a política brasileira de saúde mental (BRASIL, 2016).

Conforme Sampaio e Bispo-Junior (2021), dentre as medidas adotadas pelo governo nesse período e que mais impactam a PNSM estão a Resolução nº 32 e a Portaria 3.588, ambas de 2017, que tratam da inserção do hospital psiquiátrico na RAPS, da recriação dos hospitais-dia e dos ambulatórios, do aumento orçamentário destinado às instituições especializadas e do incentivo às comunidades terapêuticas.

Essas medidas ofendem profundamente os princípios e fundamentos discutidos por décadas e, como demonstrado no longo desse texto, são implementados após intenso debate político e social. Além disso, alteram objetivamente a estrutura organizativa da RAPS, representando imenso retrocesso nos avanços obtidos nas últimas duas décadas e elevando o risco de retorno do modelo hospitalocêntrico (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Ademais, essa ênfase obstinada em alimentar financeiramente as comunidades terapêuticas, a exemplo dos atos normativos acima e do decreto nº 9.761 de 2019, que versou sobre uma nova Política Nacional sobre drogas e preconizou a transferência de recursos públicos para esse tipo de estabelecimento, em detrimento da estrutura da RAPS, termina por criar sérios riscos de sucateamento dos serviços extra-hospitalares e desestímulo ao fechamento dos hospitais psiquiátricos (SAMPAIO; ALMEIDA-JUNIOR, 2021).

Um evento simbólico e emblemático desse fenômeno iniciado em 2016 foi protagonizado pelo próprio presidente da República, Jair Bolsonaro. No dia 25 de maio de 2022, o presidente vetou uma proposta de lei que visava incluir o nome da psiquiatra Nise Magalhães da Silveira no Livro dos Heróis e Heroínas da Pátria (SENADO FEDERAL, 2022). Nise da Silveira (1905 – 1999) foi uma importante personalidade e reconhecida internacionalmente pelo seu trabalho em prol da saúde mental e da reforma psiquiátrica brasileira.

2.4.6 Saúde Mental com o retorno do Partido dos Trabalhadores (PT) ao Governo Federal (2023)

Em 2022 houve eleições presidenciais no Brasil e o candidato da oposição foi eleito. Desse modo, o partido dos trabalhadores (PT), na pessoa do presidente Luiz Inacio Lula da Silva reassume o Governo Federal pela terceira vez no dia 01 de janeiro de 2023. Sua Ministra da Saúde, Nísia Trindade, tão logo assumiu o cargo, anunciou sua pretensão de revogar todos os atos normativos promulgados na gestão anterior e que contrariam os princípios da reforma psiquiátrica (GLOBO, 2023).

2.5 O MODELO DE MÚLTIPLOS FLUXOS DE KINGDON

O Modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon é descrito como uma importante ferramenta de análise nos processos de formulação de políticas públicas, contribuindo de forma especial no entendimento da dinâmica em torno da formação da agenda decisória política (*agenda setting*). Uma das principais vantagens desse modelo é que possibilita compreender como esse processo ocorre em contextos permeados por ambiguidade, incertezas, conflitos e competições, uma condição tida como natural nos governos de democracias presidencialistas (CAPELLA, 2005; ZAHARIADIS, 2007).

O arcabouço básico das lentes do Modelo de Múltiplos Fluxos (*Multiple Streams Framework* – MSF) foi apresentado por John Wells Kingdon em 1984, quando a primeira edição do livro “*Agendas, Alternatives, and Public Policies*” foi publicada nos Estados Unidos da América (EUA). Sua proposta se baseia em seus diversos estudos de análise de política pública, realizados no âmbito do governo dos EUA, sobretudo nos setores de saúde e transporte. Dentre os elementos que dão sustentação e corpo à sua teoria, estão resultados de entrevistas realizadas com membros pertencentes ao mais alto escalão do governo federal norte-americano (KINGDON, 2014; CAPELLA, 2005; ZAHARIADIS, 2007).

Kingdon ([1984] 2014) compreende o sistema de formulação de políticas públicas enquanto resultado do conjunto de quatro processos: 1) o estabelecimento de uma agenda de políticas; 2) a especificação do conjunto de alternativas disponíveis; 3) a escolha da alternativa dominante; e 4) a implementação da decisão. Entretanto, o autor deixa claro que no contexto do MSF, a sua atenção está voltada

apenas para os dois primeiros processos, a formação da agenda (*agenda-setting*) e a especificação de alternativas (*policy formulation*), cujos processos são denominados de estágios pré-decisórios da formulação de políticas (KINGDON, [1984] 2014; CAPELLA, 2005).

Uma das premissas de Kingdon ([1984] 2014) é que esse processo de formação da agenda (*agenda-setting*) está permeado por ambiguidades, com diversas formas de pensar sobre o mesmo assunto e com as escolhas sendo condicionadas ao contexto emergente. Postula-se que diferentes ideias surjam ao mesmo tempo, que algumas sejam consideradas, que outras sejam descartadas, ou ainda, que ideias sejam aproveitadas de forma recombinação, de modo que algumas propostas ascendam ao topo de forma incremental (KINGDON, 2014; ZAHARIADIS, 2007). Essa forma de pensar o processo como uma “anarquia organizada” tem relação com as raízes do MSF, que se encontram no “modelo da lata de lixo” (*garbage can model*), idealizado por Cohen, March e Olsen (1972).

O modelo da lata de lixo, de Cohen, March e Olsen (1972), foi desenvolvido para a análise de tomada de decisão em organizações (governamentais ou não-governamentais) que se configuram como anarquias organizadas e que operam em condições de grande incerteza e ambiguidade. O modelo concebe uma desestruturação no processo de tomada de decisões, sugerindo que, invariavelmente, muitas soluções são pensadas e colocadas de lado ou jogadas fora por falta de aplicabilidade ou de problemas a serem solucionados, todavia, depois são buscadas nessa “lata de lixo” e terminam por servir de solução para um problema emergente.

De acordo com o modelo da lata de lixo, de Cohen, March e Olsen (1972), uma tomada de decisão estaria relacionada à combinação de quatro fluxos: o fluxo de oportunidades de escolha, o fluxo de problemas, o fluxo de soluções e o fluxo de participantes. Entretanto, três características compõem esse ambiente decisório: 1) participação fluída, 2) preferências problemáticas, e 3) tecnologia pouco clara. Assim, os ambientes são instáveis, participantes entram e saem constantemente das decisões; as preferências não são definidas claramente, frequentemente problemas e soluções são apresentados de forma não relacionadas; os processos não dispõem de regras claras e, conseqüentemente, as escolhas e decisões são subordinadas ao contexto do momento (CAPELLA, 2005; ZAHARIADIS, 2007).

Todavia, ainda que inspirado no modelo da lata de lixo e caracterizando o seu lócus de observação (governo federal norte-americano) como uma anarquia

organizada, de acordo com Capella (2005), existe uma questão central que orienta a obra de Kingdon: Por que alguns problemas se tornam importantes para um governo, enquanto tantos outros permanecem a espera de uma atenção? Desse modo, foi delimitando explicações para os condicionantes de destaque de uma questão, no conjunto de preocupações dos formuladores de políticas e que depois se materializa numa política pública (*policy*), que Kingdon ([1984] 2014) chega nos denominados múltiplos fluxos, que são o esqueleto do seu modelo analítico.

Conforme explica Kingdon ([1984] 2014), ainda que diversas questões despertem a atenção e o interesse dos formuladores de políticas e, então, comecem a compor a agenda governamental, apenas uma fração dessas demandas serão seriamente consideradas num determinado momento. Essa atenção seletiva se deve à complexidade e a quantidade de questões que se apresentam a esses formuladores de políticas. Em qualquer Estado ou governo, seria simplesmente impossível oferecer solução à todas as demandas, entretanto, o que geralmente não está claro, é o que faz com que uma questão seja considerada em detrimento de outra. Nesse sentido, é essa lacuna que o MSF vem preencher. Através da dinâmica dos múltiplos fluxos, é possível obter uma compreensão dos porquês de os tomadores de decisão (*decision maker*) prestarem atenção em uma coisa e não em outra (KINGDON, [1984] 2014; CAPELLA, 2005).

Para Kingdon ([1984] 2014), três fluxos são essenciais para compreender a ascensão de alguns temas à agenda: o fluxo dos problemas (*problems stream*); o fluxo das soluções ou alternativas (*policies stream*); e o fluxo político (*politics stream*). Em sua concepção, esses três fluxos seguem seus cursos de forma relativamente independente, cada qual com suas regras e dinâmica própria, até que em determinados momentos sobrevém uma convergência entre eles. A ideia é de um acoplamento (*coupling*) desses fluxos em consequência da formação de uma janela de oportunidade política (*policy window*), que se abre, sobretudo, por força dos fluxos do problema e da dinâmica política.

Nesse sentido, são nesses momentos de formação de janela de oportunidades política e de convergência entre os três fluxos que ocorrem as mudanças mais significativas na agenda, podendo determinar tanto na ascensão e no ganho de importância de alguns temas que estavam de fora, como na retirada de algumas questões que se encontravam na agenda, mas que no momento deixaram ser prioridade (KINGDON, [1984] 2014; CAPELLA, 2005; ZAHARIADIS, 2007).

Com isso, Kingdon ([1984] 2014) enfatiza que seu modelo analítico está rigorosamente voltado à explicação da agenda decisória ou decisional, representada por aquela lista restrita de temas ou problemas, que em dado momento está sendo objeto de séria atenção pelas autoridades, e que cujas demandas já estão prontas para uma tomada ativa de decisão (KINGDON, [1984] 2014; CAPELLA, 2005)

Destarte, o modelo de múltiplos fluxos de Kingdon ([1984] 2014) servirá de arsenal metodológico para a análise da formulação da agenda da Política Nacional de Saúde Mental, pretendida com este trabalho. Deste modo, a seguir será empreendida uma tentativa de descrever sensivelmente todos os conceitos e elementos que compõe o modelo.

Além das concepções do autor, serão consideradas nessa etapa as impressões de Ana Cláudia Niedhardt Capella e Nikolaos Zahariadis. Embora diversos autores descrevam o MSF, esses autores estão entre os pesquisadores que mais gozam de credibilidade no campo acadêmico e científico (SILVA, 2020).

2.5.1 O Fluxo dos Problemas (*problems stream*)

Kingdon ([1984] 2014) observa que os formuladores de políticas não têm como prestar atenção em diversos problemas ao mesmo tempo, motivo pelo qual costumam focar em algumas questões e ignorar outras. Essa é uma das premissas mais básicas do MSF e segundo Zahariadis (2007), está relacionada tanto às limitações do aparato estatal, como pelas próprias limitações de cunho biológico e cognitivo do ser humano.

Desse modo, tendo em conta que o número de problemas que realmente chega a ser considerado pelos formuladores de políticas é reduzido e limitado, através desse fluxo dos problemas (*problems stream*), Kingdon ([1984] 2014) se propõe a explicar quais são os dados e elementos que influenciam a atenção dos formuladores de políticas e que contribuem significativamente para que uma questão seja reconhecida como problema e passe a ocupar um lugar na agenda governamental.

Inicialmente, cabe esclarecer que Kingdon ([1984] 2014) faz uma diferenciação epistemológica importante entre problemas e condições, uma diferenciação que irá contribuir para o entendimento da origem dos problemas. Para Kingdon, uma condição é caracterizada por uma conjuntura social qualquer, que não desperta, necessariamente, a atenção dos formuladores de políticas. Por outro lado, essa

condição vem a se tornar problema quando chama a atenção do poder público e este se propõe a agir (KINGDON, [1984] 2014; CAPELLA, 2005).

Desse modo, o nível de atenção dos formuladores de políticas dependerá fortemente de como eles percebem e interpretam essas condições e, principalmente, da forma como essas condições são definidas como problemas (CAPELLA, 2005; ZAHARIADIS, 2007).

De acordo com Kingdon ([1984] 2014), as condições capturam a atenção dos formuladores de políticas e se transformam em problemas por meio de três mecanismos distintos e complementares: 1) indicadores; 2) eventos, crises e símbolos; e 3) *feedback* das ações governamentais.

Os **indicadores** correspondem aos dados e informações que revelam a magnitude de uma situação. Podem ser relacionados a área econômica, de saúde ou previdência social. Dados sistematizados por organismos internacionais, taxas de desemprego, taxas de mortalidade e de natalidade, evolução de aposentadorias concedidas e evolução de despesas de uma determinada área são exemplos desses indicadores.

Segundo Kingdon ([1984] 2014), indicadores mais ou menos sistematizados chamam mais a atenção dos tomadores de decisão do que alguns tipos de pressão política. Entretanto, num primeiro momento esses dados apenas refletem a existência de uma condição, podendo, eventualmente, a depender da interpretação dos formuladores de políticas, essa condição vir a ser considerada um problema a ser solucionado (CAPELLA, 2005).

Os **eventos (*focusing events*), crises e símbolos** representam a ocorrência de eventos de grande intensidade, como uma greve geral nacional, uma crise no abastecimento de petróleo, uma crise no sistema de pagamentos previdenciários, uma inundação, uma pandemia, um acidente de avião etc. Essas condições normalmente conseguem atrair e concentrar a atenção num determinado assunto, enquanto também influenciam no esquecimento de outras questões. Para Kingdon ([1984] 2014) esses acontecimentos servem de impulso para chamar a atenção do governo e das pessoas ao seu entorno.

Frequentemente, um problema não captura a atenção dos formuladores de políticas apenas por meio de indicadores. Tampouco os eventos, crises e símbolos são suficientes para elevar um assunto à agenda. Entretanto, essas ocorrências

podem ser remetidas a algum indicador e, então, reforçar a percepção e caracterização de um problema (CAPELLA, 2005).

Por fim, o **feedback** sobre as ações governamentais compreende as informações, notícias e conhecimentos que chegam até os formuladores de políticas e trazem percepções acerca do funcionamento estatal. Conforme Kingdon ([1984] 2014), ao longo do curso natural dos eventos, as autoridades governamentais recebem *feedbacks* formais e/ou informais acerca das ações e programas realizados pelo governo. Esses dados podem ser sistematizados e estarem relacionados ao monitoramento dos gastos, ao cumprimento ou não de metas estabelecidas, ou ainda, podem se apresentar de forma mais informal, como por meio de reclamações de servidores ou cidadãos etc. Por sua vez, esses elementos podem aumentar a percepção de um problema (CAPELLA, 2005).

Segundo demonstrado, esses indicadores, eventos, crises, símbolos e *feedbacks* sobre as ações governamentais são elementos que podem chamar a atenção dos formuladores de políticas para determinadas condições. Entretanto, nada ainda garante que essa condição se transforme num problema a ser resolvido (KINGDON, [1984] 2014).

Kingdon ([1984] 2014) ressalta que problemas são construções sociais e, então, para que recebam a devida atenção dos formuladores de políticas será necessário que estejam bem formulados e definidos. Essa definição, por exemplo, implica na delimitação do problema, na identificação de suas causas e das possíveis soluções (SECCHI, 2013). O sucesso do problema no processo de formação de agenda começa por essa definição (CAPELLA, 2005).

2.5.2 O Fluxo das Alternativas e Soluções (*policy stream*)

Nesse eixo se encontram as alternativas e soluções que poderão ser utilizadas como resolução dos problemas.

Uma característica importante desse fluxo, é que as ideias contidas ou geradas nesse bloco não estão, necessariamente, relacionadas, à percepção de algum problema específico. Pressupõe-se que os problemas e alternativas não cheguem organizados em pares até os formuladores de políticas. Além disso, espera-se que, frequentemente, pessoas primeiro criem uma solução para depois procurar algum problema e vincular a essa ideia (KINGDON, [1984] 2014; CAPELLA, 2005).

É como se aqui as ideias ficassem flutuando tal qual um caldo primordial de políticas (*policy primeval soup*) para que em algum momento sejam aproveitadas, combinadas em novas propostas ou simplesmente descartadas. Por sua vez, trata-se de um processo de seleção altamente competitivo. Apenas as ideias que apresentam viabilidade técnica, custo aceitável, valores agregados e aceitação pública recebem a atenção e consideração dos formuladores de políticas (KINGDON, [1984] 2014; ZAHARIADIS, 2007; CAPELLA, 2005).

Kingdon ([1984] 2014) explica que essas ideias são geradas por grupos ou comunidades (*policy communities*) que têm afinidade ou preocupação com alguma área em especial (*policy area*). São comunidades compostas por especialistas, pesquisadores, assessores parlamentares, consultores, acadêmicos, funcionários públicos etc. que podem, inclusive, ter interações entre si. Além de fomentar as alternativas, essas comunidades também influenciam no processo de seleção das ideias.

Segundo Zahariadis (2007), o pouco tempo disponível ao longo do processo irá limitar a atenção dos formuladores à poucas alternativas, entretanto, quando uma proposta está sendo considerada viável por esses formuladores de política, essa ideia começa a ser difundida rapidamente, tanto na comunidade política, como pelo público em geral, aumentando a consciência dos atores sobre essa ideia e contribuindo significativamente para sua aceitação (KINGDON, [1984] 2014; CAPELLA, 2005).

Esse processo de difusão da ideia é chamado por Kingdon ([1984] 2014) de *soften up*. Segundo o autor, esse difusão e defesa da ideia se dá por meio da persuasão. Conforme Capella (2005), esse processo de difusão é importante porque sem sensibilização, dificilmente as propostas serão seriamente consideradas.

Para finalizar esse tópico, cumpre registrar que Kingdon ([1984] 2014) é profundamente sensível ao poder das ideias e devota a elas um papel extremamente importante no MSF. Para ele, o conteúdo de algumas ideias influencia o entorno do governo e as tomadas de decisões com mais força do que consegue a pressão de alguns grupos de interesse (KINGDON, [1984] 2014; CAPELLA, 2005).

2.5.3 O Fluxo Político (*political stream*)

Esse fluxo compreende a dimensão política (*politics*) no contexto de formulação de políticas públicas. Uma característica altamente relevante desse fluxo é que o

consenso não depende tanto da forma como as ideias e propostas são defendidas, mas sim de como se estabelecem as coalizões, que são formadas por meio de um processo de barganha e negociação política (KINGDON, [1984] 2014; CAPELLA, 2005).

Ainda que esse fluxo tenha dinâmica própria e possa funcionar independentemente do reconhecimento de um problema e das alternativas disponíveis, a ocorrência de três elementos exerce forte influência sobre esse grupo e, conseqüentemente, sobre a agenda governamental. De acordo com Kingdon ([1984] 2014), trata-se do clima ou humor nacional (*national mood*); da ação dos grupos de interesse (*interest group*); e das mudanças internas que ocorrem no governo (*turnover*).

O **clima ou humor nacional** (*national mood*) diz respeito à uma atmosfera nacional na qual a maior parte da população compartilha de uma mesma linha de preocupações e interesses por algum período. Um exemplo de instrumento que pode auxiliar no monitoramento do clima nacional são as pesquisas de opinião (ZAHARIADIS, 2007). Desse modo, a percepção desse clima pelos atores envolvidos pode tanto facilitar a chegada de algumas questões à agenda como dificultar o acesso de outras. Segundo Capella (2005), o humor nacional funciona como um solo fértil para algumas ideias germinarem.

Os **grupos de interesse** (*interest group*) correspondem às forças políticas organizadas, como os próprios partidos políticos e movimentos sociais. Esses grupos podem influenciar na percepção da sociedade acerca de determinado tema e contribuem fortemente tanto na construção de consenso, como no estabelecimento de conflito na arena política. Desse modo, os formuladores de política são sensíveis a esses grupos e, frequentemente, apenas ascendem uma questão à agenda se perceberem a existência de um ambiente de apoio. Ainda que a falta de apoio não signifique, necessariamente, o encerramento completo de uma questão, todavia, indica que sua evolução enfrentará maiores custos ao longo do processo (KINGDON, [1984] 2014; CAPELLA, 2005).

As **mudanças internas no governo** (*turnover*) correspondem, principalmente, às trocas de comando em posições estratégicas da estrutura governamental e às alterações na composição do congresso. Para Kingdon ([1984] 2014), a agenda governamental pode ser alterada radicalmente em função dessas mudanças, sobretudo no início de um novo governo.

Ademais, o autor chama a atenção para o papel das mudanças jurisdicionais na formação de agenda. Essas mudanças de jurisdição ocorrem de modo especial no início de um novo governo, a exemplo de quando se promove uma reestruturação ministerial ou de secretarias. Kingdon ([1984] 2014) avalia que essas alterações podem envolver conflitos e disputas por poder, os quais terminam por refletir em alterações ou restrições importantes na agenda governamental.

Para Kingdon ([1984] 2014), ainda que grupos de pressão e movimentos sociais influenciem significativamente no clima político e nas mudanças da agenda, são sobretudo o humor nacional e as mudanças que ocorrem no interior do governo que promovem o desencadeamento das principais alterações na agenda governamental.

Desse modo, segundo entendimento do MSF, tem-se que uma questão se tornará evidente por meio da convergência entre os fluxos de problema (*problems stream*) e o fluxo da dinâmica política (*politics*). Por sua vez, uma alternativa receberá destaque em função da difusão dessa proposta junto às comunidades políticas e sociedade. Contudo, nenhuma mudança significativa ocorrerá enquanto essas forças estiverem seguindo em paralelo (KINGDON, [1984] 2014). As mudanças na agenda decisória somente acontecem quando os três fluxos (*problem, policy e political*) são conectados (*coupling*).

Para Kingdon ([1984] 2014), o contexto que possibilita essa convergência entre os fluxos é denominado de janela de oportunidade política ou *policy window*. Esses eventos são propiciados principalmente pelo fluxo de problemas (*problems*) e pelo fluxo político (*politics*), uma vez que as alternativas e soluções (*policy*) somente chegam à agenda governamental depois que o problema foi reconhecido e que o ambiente político criou oportunidade para a apresentação dessas propostas (CAPELLA, 2005).

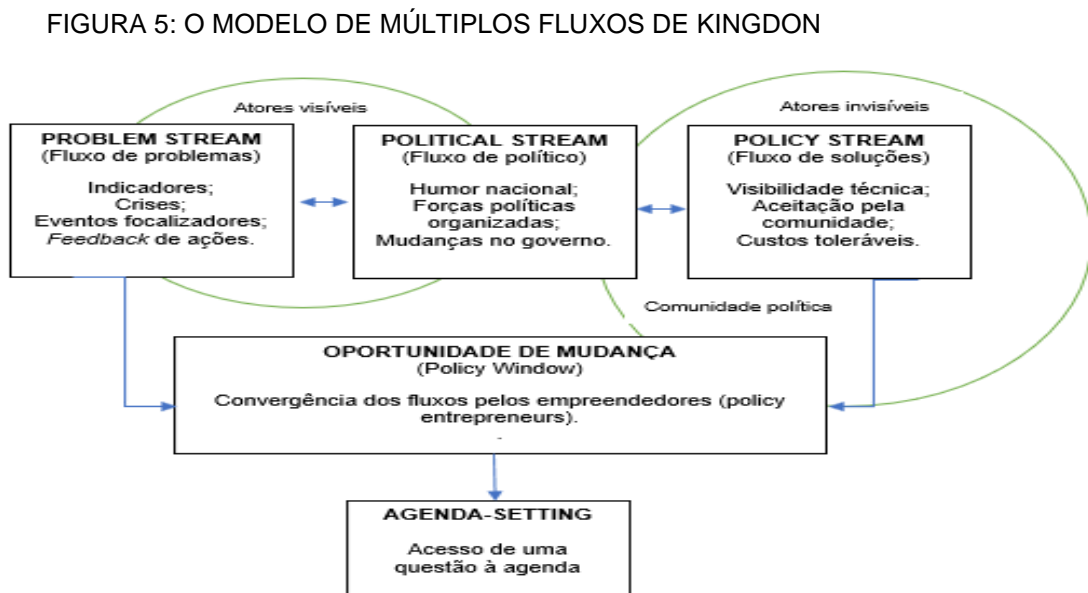
Esse evento da janela de oportunidade política (*policy window*)¹¹ é um dos elementos chaves para se compreender o processo de formação de agenda através do Modelo de Múltiplos Fluxos – MSF.

¹¹ É possível encontrar na literatura pesquisadores que compreendem a janela política (*policy window*) como consequência do acoplamento entre os fluxos (*coupling*), a exemplo de Silva (2020) e Araújo e Rodrigues (2017). Todavia, com base na literatura defendida para o presente trabalho, compreende-se que primeiramente se propicia uma janela de oportunidade (*policy window*), principalmente por meio do fluxo de problemas (*problems*) e pelo fluxo político (*politics*), e na sequência o fluxo de alternativas (*policy*) é acionado, ocorrendo então o acoplamento (*coupling*). Assim sendo, a partir dessa lógica

Capella (2005) chama a atenção para o fato desses eventos ocorrerem tanto de forma periódica e programada, a exemplo de uma troca de governo em função do trâmite eleitoral, como de forma imprevisível e aleatória, quando geradas por eventos fortuitos. Contudo, independentemente de qual seja a forma, o certo é que essa janela ou oportunidade de mudança será sempre transitória e passageira. Os formuladores de políticas sempre terão que correr contra o tempo para lançar uma questão na agenda governamental. Nas palavras de Zahariadis (2007), eles precisam atacar enquanto o ferro ainda está quente.

Destarte, é necessário frisar que somente nos momentos de junção entre os três fluxos (*problems, policy e politics*), denominados por Kingdon de *coupling*, que há, efetivamente, uma oportunidade de mudança na agenda decisória. Postula-se que nesses momentos os formuladores de políticas se encontram diante de um problema reconhecido, de uma alternativa viável disponível e de um clima favorável a mudança, permitindo, então, a ascensão dessa questão à agenda decisória (KINGDON, [1984] 2014; ZAHARIADIS, 2007; CAPELLA, 2005).

A figura 5 oferece uma representação gráfica desse esquema de convergência e funcionamento dos três fluxos até se chegar na mudança da agenda. Trata-se de uma adaptação do esquema oferecido por Capella (2005).



FONTE: Adaptado de Capela (2005).

temporal compreendida, é a ocorrência de uma janela política que possibilita a convergência entre os fluxos e não o contrário.

Para o filósofo holandês Baruch Espinosa (1632-1677), tudo na natureza participa de uma ordem comum de encontros, ainda que possa haver bons e maus encontros (YASUI, 2010). Os bons encontros estariam relacionados àqueles que criam harmonia, constroem ânimo e progresso, enquanto os maus seriam os que produzem traumas, conflitos e desamor.

Seguindo esse raciocínio, pode-se dizer que são esses bons encontros (*coupling*) que propiciam a geração de boas políticas públicas. Por sua vez, esses encontros ocorrem devido a abertura de uma janela de oportunidades (*policy window*), que segundo Kingdon ([1984] 2014), são fortemente influenciadas pela atuação dos empreendedores de política (*policy entrepreneurs*).

Kingdon ([1984] 2014) atribui papel fundamental aos empreendedores de política (*policy entrepreneurs*) em seu modelo analítico – MSF. Segundo o autor, são esses personagens que promovem a convergência (*coupling*) dos três fluxos (*problems, policy e politics*).

Os empreendedores de política (*policy entrepreneurs*) são indivíduos que podem (ou não) ser integrantes do governo, que geralmente dispõe de intenso conhecimento em alguma área ou questão, que desfrutam de boas conexões políticas e que são dotados de grande capacidade argumentativa para representar e defender uma ideia (KINGDON, [1984] 2014; CAPELLA, 2005).

Segundo Zahariadis (2007), esses empreendedores costumam ser típicos manipuladores de objetivos, pois conseguem destacar uma dimensão do problema em detrimento de outra, e muitas vezes, se utilizam de símbolos e recursos sentimentais para influenciar a dinâmica de escolha. Para o autor, quanto mais recursos dispõem esses personagens, como tempo, dinheiro e energia, tanto mais fácil será obterem sucesso. Entretanto, o certo é que não apenas sabem negociar ou que dispõem de bons recursos e de boas relações políticas, mas, principalmente, são indivíduos altamente esforçados no exercício de difundir uma ideia e aumentar a sua receptividade entre os tomadores de decisão.

Seguindo essa linha, o último elemento considerado nessa apresentação do modelo de múltiplos fluxos – MSF diz respeito aos **atores envolvidos** no processo de formação da agenda decisória.

Conforme Kingdon ([1984] 2014), os atores envolvidos no processo são personagens que tanto contribuem para a chegada de uma questão na agenda, como para a construção de alternativas. Os que influenciam na definição da agenda

governamental normalmente estão mais aparentes, inclusive com exposição na mídia, por isso são chamados de **atores visíveis** (*visible cluster of participants*). Aqueles que contribuem na formulação das ideias e alternativas pertencem às comunidades de política e raramente aparecem, então foram chamados de participantes invisíveis (*hidden cluster of participants*).

Evidentemente, o ator visível mais proeminente e o mais forte na definição da agenda é o Presidente da República. Trata-se de um personagem que tem controle sobre os recursos institucionais e organizacionais. Pode exercer controle sobre o orçamento, nomear pessoas para cargos-chave do processo decisório e, sobretudo, tem poder para vetar ou respaldar qualquer medida que seja encaminhada (CAPELLA, 2005).

Depois do presidente, outros atores visíveis com maior influência sobre a formação da agenda, são os personagens nomeados por ele para ocupar os cargos de primeiro escalão no governo, como ministérios e secretarias executivas. Todavia, nem o presidente da república e nem esses nomeados por ele exercem controle direto e definitivo sobre o conjunto de alternativas que poderão ser consideradas (KINGDON, [1984] 2014; CAPELLA, 2005).

Para Kingdon ([1984] 2014), os únicos atores visíveis que além de influenciar na formação da agenda também contribuem para a geração de alternativas são os pertencentes ao poder legislativo, como senadores e deputados. Esse caráter especial é devido à possibilidade desses atores produzirem leis e dispositivos basilares à grande maioria das mudanças (CAPELLA, 2005).

Os partidos políticos e os líderes de partido também estão entre os atores visíveis influentes. À medida que buscam corresponder ao apoio dos eleitores ou viabilizar as promessas oriundas de coalizões, esses atores podem influenciar sensivelmente na formação da agenda governamental.

Por sua vez, os grupos de interesses são considerados pelo MSF como atores visíveis e importantes na formação da agenda governamental. Normalmente são atores que representam e defendem uma área ou questão específica.

Por fim, o último ator visível considerado pelo modelo é a mídia. Ainda que se reconheça o papel poderoso da mídia e dos meios de comunicação na difusão de ideias, na construção de um clima ou humor nacional e, conseqüentemente, na formação da agenda, Kingdon ([1984] 2014) acredita que nem sempre a mídia consegue encampar um tema na agenda governamental. Para o autor, além da

atuação midiática, geralmente outros elementos devem estar presentes para que um tema ascenda à agenda.

Finalmente, o grupo de atores invisíveis, que contribuem preponderantemente sobre a geração das alternativas e soluções. Esse grupo é formado por servidores públicos, assessores parlamentares, consultores de grupos de interesse, acadêmicos e pesquisadores que atuam nos bastidores de todo o processo.

Considerando a hierarquia organizacional, Kingdon ([1984] 2014) considera que os servidores públicos exercem maior influência sobre a geração de alternativas e sobre o processo de implementação de políticas, pouco influenciando no processo de formulação da agenda governamental. Por sua vez, a atuação dos acadêmicos, pesquisadores e consultores está mais frequentemente localizada na elaboração de alternativas. Muitos formuladores de políticas buscam a opinião e o parecer desses atores de forma a contribuir com a elucidação de alguma questão que tenha adentrado à agenda governamental (CAPELLA, 2005).

Dessa forma, finalizando com uma observação de Capella (2005), os atores visíveis conseguem influenciar a definição da agenda governamental por meio da participação do fluxo de problemas e do fluxo político, todavia, os participantes invisíveis, ao determinarem a escolha das alternativas (*policy stream*), conseqüentemente, influenciam fortemente a agenda de decisão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Trata-se de uma análise de agenda decisória da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), ao longo do período entre 1978 e 2003, quando se desenvolvem os fluxos do problema (*problem*), das alternativas (*policies*) e político (*politic*), desencadeando em janelas de oportunidade (*policy window*) para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Desse modo, a investigação está focada na conformação da agenda (*agenda setting*) de reversão do modelo de assistência psiquiátrica hospitalocêntrico em favor da adoção de serviços comunitários alternativos e substitutivos.

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

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

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

preocupar com o convívio social, como uma determinação social da saúde à promoção da saúde mental. É quando, entre as décadas 1950 e 1970, surgem importantes iniciativas e tentativas de reinventar a assistência psiquiátrica em países como, EUA, Inglaterra, França e Itália. Ações de promoção da saúde tornam-se alvos de investimento e inicia-se o desenvolvimento de alternativas comunitárias e extra-hospitalares (AMARANTE, 1998). Nesse contexto, surgem, então, as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra (1950-1960), a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor na França (1950-1960), a Psiquiatria Preventivo-comunitária nos Estados Unidos da América (1960), e, mais tarde, a Psiquiatria Democrática na Itália (1970).

No Brasil, somente a partir do final da década de 1970 é que a situação do modelo de assistência psiquiátrica começa a ganhar contornos de um problema público, merecedor de séria atenção. E, ainda que algumas tentativas de humanização e promoção da saúde mental, inspiradas nas psiquiatria preventivo-comunitária, comunidades terapêuticas e psiquiatria de setor tenham sido experimentadas em alguns hospitais brasileiros na década de 1980¹², é a psiquiatria democrática italiana que servirá de inspiração para o modelo de reforma psiquiátrica brasileira e que resultará, a partir de 2001, na vigente Política Nacional de Saúde Mental (AMARANTE, 1998; YASUI, 2010).

Idealizada pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, essa estrutura de assistência em saúde mental resulta numa transformação bem mais profunda da assistência psiquiátrica. Parte de uma crítica bem mais radical à psiquiatria e de uma análise histórico-crítica a respeito de como a sociedade lida com o sofrimento e a diferença. Desse modo, prega uma total ruptura com a assistência em saúde mental centrada na instituição psiquiátrica e asilar. Por meio da implementação de dispositivos extra-hospitalares e territoriais, pretende resgatar o sujeito da exclusão e

¹² Essas experiências ocorrem no início da década de 1980, quando um projeto de cogestão entre Ministério de Saúde e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INAMPS), encabeçado por adeptos de uma reforma psiquiátrica, desenvolveram ações pontuais, de cunho preventivo-comunitário, em hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAN). Além disso, nessa mesma época, um Manual de Reorientação da Assistência Psiquiátrica do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) orientou regionalização e hierarquização da assistência psiquiátrica, bem como procurou fortalecer ações ambulatoriais em detrimento das internações hospitalares. Todavia, por estarem voltadas à valorização e melhor utilização dos equipamentos públicos, reduzindo o orçamento repassado à instância privada, essas iniciativas foram fortemente criticadas pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), um órgão essencialmente fortalecido durante/pelo regime militar. Desse modo, as mudanças se resumiram em ações superficiais e não chegaram a mexer com a estrutura assistencial do país (AMARANTE, 1998).

do isolamento imposto pela instituição, reinseri-lo na comunidade e garantir seus direitos, dignidade e cidadania. Parte-se do princípio de que o sujeito em sofrimento mental não deve ser tratado isolado do seu meio social e nem ser visto como alguém diferenciado na sociedade (BASAGLIA, 1979).

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

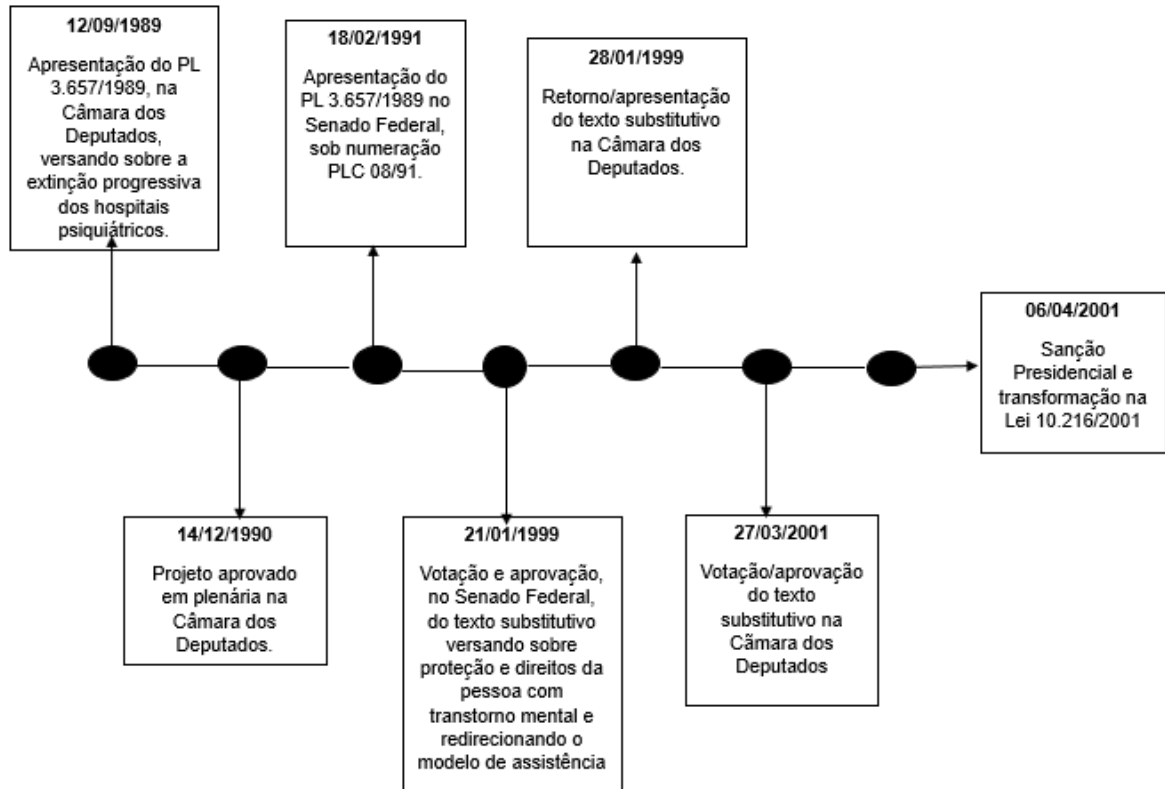
Por conseguinte, ainda que os movimentos em prol de uma reforma radical no modelo de assistência psiquiátrica brasileira tenham iniciado no final da década de 1970 e, inclusive, conseguido emplacar experiências exitosas ao final da década de 1980¹³, o corolário dessa transformação, se aproximando da tradição basagliana, somente é alcançado e garantido com a promulgação da Lei 10.216, em abril de 2001 (ANEXO 3). É essa lei que vem suplantando uma legislação de 1934 (Decreto nº24.559, de 3 de julho de 1934), ao dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental no país (BRASIL, 2001).

É a partir da trajetória (FIGURA 6) e dinâmica em torno da aprovação da Lei 10.216 de 2001 e em função dos seus desdobramentos, que se obtém a Reforma Psiquiátrica brasileira e, conseqüentemente, o estabelecimento de uma nova Política Nacional de Saúde Mental. Em vista disso, seguindo as orientações e diretrizes do Modelo de Múltiplos Fluxos (*Multiple Streams Framework*) de Kingdon ([1984] 2014), será por meio da análise desse entorno e contexto que os elementos constituintes dos

¹³ CAPS Professor Luiz Cerqueira, na cidade de São Paulo, em 1987; NAPS de Santos – SP, em 1989.

Múltiplos Fluxos (*Multiple Streams*), desencadeando uma janela de oportunidade (*policy window*) serão revelados, na sequência, por sua vez, tornando evidente a agenda decisória dessa política: “Janela Política para a loucura no Brasil”.

FIGURA 6. Trajetória da Lei 10.216/2001 (1989-2001)



Fonte. Elaborado pelo autor.

3.1 FLUXO DO PROBLEMA (*PROBLEM STREAM*)

Conforme pontuado, a peça central desse processo analítico é a Lei 10.216 de 06 de abril 2001. É no contexto de apresentação e aprovação desse ato normativo que se observa a dinâmica dos múltiplos fluxos (problema, alternativas e político) e que se obtém os elementos constitutivos da janela política para a Política Nacional de Saúde Mental – PNSM (KINGDON, [1984] 2014). Com isso, para analisar e descrever o fluxo do problema, assume-se, como ponto de partida desse processo, as circunstâncias em que o seu projeto de lei é apresentado no congresso nacional brasileiro.

O Projeto de Lei que, em 2001, se transformou na Lei 10.216, é o PL nº 3.657 (ANEXO 1), apresentado no dia 12 de setembro de 1989, pelo Deputado Federal Paulo Delgado (PT/MG) – considerado nesse processo analítico, como um relevante empreendedor político da PNSM. Sua ementa versava sobre a extinção progressiva dos manicômios, orientava a sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória no Brasil (BRASIL, 1989). Todavia, cumpre registrar que Paulo Delgado foi o signatário e interlocutor dos anseios de um movimento que teve início em 1978 (PEREIRA, 2004; AMARANTE, 1998). Desse modo, para uma análise precisa do fluxo do problema (*problem stream*), compreende-se necessário partir precisamente das nuances desse período.

Em 1978, o Brasil vivia uma ditadura militar e experimentava uma forte crise no sistema geral de saúde. Na subárea de Saúde Mental, a assistência psiquiátrica encontrava-se em situação de profundo abandono e precarização, o que se refletia em baixa qualidade dos serviços prestados e nas péssimas condições de trabalho vivenciados pelos trabalhadores. Para além da precarização, a assistência em saúde mental ainda se tornara objeto de negócio comercial entre governo e iniciativa privada, logo, vivia-se um momento de intensiva privatização da assistência médica e/ou compra de serviços médicos privados pelo governo (CEBES, 1980a).

Exceto os poucos hospitais administrados pela Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), praticamente a totalidade dos serviços prestados na área de saúde mental se encontrava nos hospitais psiquiátricos privados e conveniados com o governo por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Por sua vez, para a iniciativa privada, a prestação de serviços extra-hospitalares era desinteressante, pois era nos internamentos e procedimentos hospitalares que os maiores lucros eram obtidos (CEBES, 1980a; CEBES, 1980b). Logo, vivia-se o auge da “indústria da loucura”, um momento em que a saúde mental se transforma em mero comércio e tem o lucro como objetivo principal, pouco importando a qualidade e eficiência do atendimento.

Por conseguinte, é nesse contexto de precarização da assistência em saúde mental, de intensa mercantilização e medicalização da loucura, somados ao abandono dos equipamentos públicos e de suas equipes de trabalhadores, que ocorre a primeira manifestação pública em favor de uma transformação no modelo de assistência psiquiátrica no Brasil, ou seja, é nesse contexto e momento que o fluxo do problema (*problem stream*) começa a ser delineado. Essa manifestação tem forte

repercussão na imprensa nacional, já que tem origem na DINSAM e é seguida de uma greve e demissão de 260 trabalhadores (CEBES, 1980b; AMARANTE, 1998). Entretanto, esse episódio será mais bem abordado no próximo tópico, haja vista, na presente análise, ter sido interpretado como um dos “eventos/crise/símbolos” que chama a atenção para o problema.

Para Kingdon ([1984] 2014), os formuladores de políticas não têm como prestar atenção em diversos problemas ao mesmo tempo, motivo pelo qual costumam focar em algumas questões e ignorar outras. Assim, considerando que uma condição apenas se transforma em problema e prioridade quando consegue capturar a atenção desses atores, Kingdon sugere que essa atenção e maior notoriedade esteja relacionada a ocorrência de três mecanismos distintos e complementares acerca do fenômeno, quais sejam: 1) indicadores; 2) eventos, crises e símbolos; e 3) feedbacks. Desse modo, seguindo essa linha, a evidência do fluxo do problema (*problem stream*) da Política Nacional de Saúde Mental e, conseqüentemente, sua análise, encontra-se baseada na existência, identificação, descrição e sistematização desses elementos.

3.1.1 Indicadores

Os indicadores correspondem aos dados e informações que revelam a magnitude de uma situação. Podem ser números relacionados a área econômica, de saúde ou previdência social, como custo com hospitalização, número e tempo de internamento, por exemplo. Essas informações, ainda que apenas reflitam a existência de uma condição, podem, eventualmente, a depender da interpretação dos formuladores de políticas, revelar um problema a ser solucionado, todavia, é necessário ressaltar que indicadores bem elaborados dispõem de maior potencial para atrair atenção do que alguns tipos de pressão política (KINGDON, [1984] 2014).

Nesse sentido, por meio da análise documental de materiais disponíveis e publicados a partir da década de 1970, alguns dos principais indicadores que contribuíram para dar notoriedade ao problema da assistência psiquiátrica brasileira, puderam ser identificados e sistematizados em torno de cinco grupos: 1) Mercantilização da loucura: assistência entregue à iniciativa privada; 2) Ênfase na hospitalização/internação; 3) Precarização do Sistema; 4) Fraudes no Sistema; e 5) Violência/abusos contra os doentes. Esses dados encontram-se elencados entre os QUADROS 2 e 6 e, de modo geral, revelam uma condição lamentosa do modelo de assistência em saúde mental.

QUADRO 2: Indicadores da Política Nacional de Saúde Mental

Indicador 1: Mercantilização da loucura: assistência entregue à iniciativa privada	
Citação	Referência
“No Brasil, os efeitos danosos da política de privatização paroxística da saúde, nos anos 1960 e 1970, incidiram violentamente sobre a saúde mental, criando um parque manicomial de quase 100.000 leitos remunerados pelo setor público, além de cerca de 20.000 leitos estatais”	Justificativa apresentada pelo PL nº 3.657 de 1989 (BRASIL, 1989, p. 10697)
“em 1941, havia 3.034 leitos privados, enquanto, em 1978, esse número era de 78.273. Um crescimento de quase vinte vezes, em menos de quarenta anos. Em contrapartida, o número de leitos oficiais permaneceu quase inalterado no mesmo período: 21.079, em 1941, e 22.603, em 1978”	Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira (YASUI, 2010, p.33)
Em dados de 1973, “as ações de saúde do ministério da previdência se realizavam em mais de 90% através do setor privado”	Condições de assistência ao doente mental. (CEBES, 1980b, p. 51)
“O sistema de ambulatórios próprios do INPS praticamente estagnou, enquanto a compra de serviços ambulatoriais de terceiros (setor privado e outros) aumentou a produção de consultas desse setor de 360.098 em 1974 a 1.136.449 consultas em 1976, ou seja, um aumento de 316% no número de consultas produzidas nos ambulatórios de terceiros, contra 23% nos ambulatórios próprios”	A psiquiatria no âmbito da previdência social (CEBES, 1980a, p. 45)
Em 1983, “75 por cento dos leitos hospitalares em geral pertenciam à rede privada. Simultaneamente, assistia-se a uma redução dos gastos públicos reais no setor de saúde. A diminuição foi da ordem de 25 por cento entre 1980 e 1983” “De acordo com o <i>Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – Brasil</i> 1983, publicado pelo Centro de Documentação do Ministério da Saúde, dos leitos psiquiátricos do país, que representavam 19 por cento dos 446.350 existentes, 75 por cento pertenciam ao setor privado”	I Conferência Nacional de Saúde Mental – Relatório Final (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 35-37)
“entre 1965 e 1970 a população internada em hospitais diretamente públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para trinta mil, em 1970” “anos depois, esses números se multiplicariam, mantendo, porém, uma proporção de 80% de leitos contratados junto ao setor privado e 20% diretamente públicos”	A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos (TENÓRIO, 2002, p. 34)
“em 1992, havia 90.163 leitos psiquiátricos no Brasil, sendo 68.652 leitos privados (76%) conveniados ao SUS e 21.511 públicos e universitários (24%)”	Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira (YASUI, 2010, p.33)
“apesar da redução do número de leitos e da redução do número de hospitais psiquiátricos, os dados de 2000 indicam a permanência de 61.393 leitos e 260 hospitais, sendo que 80% pertencem ao setor privado contratado”	III CNSM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a, p. 18)
“o Centro Psiquiátrico Eduardo possui um total de 150 leitos; todos conveniados com o SUS (...) O hospital lida, então, com pacientes asilares que foram sendo "depositados" ali ao longo de décadas” “nossa última visita em Pernambuco (...) conhecemos o Hospital Alberto Maia. A instituição privada possui 1.000 (mil) leitos; 400 femininos e 600 masculinos; 99% deles conveniados com o SUS”	I Caravana Nacional de direitos humanos (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000, p. 7-17).

FONTE: Elaborado pelo autor.

Os dados e informações agrupadas em torno do primeiro indicador revelam uma realidade que, no caso brasileiro, se tornou uma das principais críticas dos atores

interessados na transformação do modelo de assistência e implementação de uma nova política. Organizado em torno da ideia “mercantilização da loucura: assistência entregue à iniciativa privada”, esses dados contribuem para dar visibilidade ao fenômeno e período que ficou conhecido como “indústria da loucura”. Dessa forma, expõem a discrepância entre a utilização dos aparelhos públicos e privados no trato com a saúde mental.

A intensificação da articulação entre internação psiquiátrica e privatização da assistência em saúde mental, com aumento expressivo da contratação de leitos nas clínicas e hospitais conveniados, foi fortemente acentuada após 1964, com a instalação do regime militar no Brasil (TENÓRIO, 2002). Se em 1941 havia 3.034 leitos privados, em 1978 esse número chegou a 78.273, representando um crescimento de quase vinte vezes em menos de quarenta anos. Todavia, essa mesma proporção não foi acompanhada pelo setor público, que dos 21.070, em 1941, passou para apenas 22.603 em 1978 (YASUI, 2010).

Com efeito, esse fenômeno é utilizado pelo deputado Paulo Delgado, para justificar a propositura do projeto de lei 3.657, quando menciona o parque manicomial criado entre os anos 1960 e 1970, por meio de uma política paroxística de privatização da saúde, resultando em quase 100.000 leitos remunerados pelo setor público, enquanto nos dispositivos públicos esse número girava em torno de 20.000 leitos (BRASIL, 1989).

Na mesma linha, segundo publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), no ano de 1973 as ações de saúde do ministério da previdência se realizaram em mais de 90% através do setor privado, e mesmo não dispondo de nenhum hospital psiquiátrico próprio, a previdência arcou com 305.000 internamentos em 1977 (CEBES, 1980b). Ainda que o INAMPS dispusesse de alguns ambulatorios próprios para prestação de assistência em saúde mental, esse segmento público não prosperou, ao passo que a utilização de serviços ambulatoriais em equipamentos privados cresceu 316% entre 1974 e 1976, passando de 360.098 consultas para 1.136.449 consultas pagas à terceiros pelo governo. Para efeito de comparação, os ambulatorios públicos respondiam por apenas por 23% do número total de consultas (CEBES, 1980a).

A realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental no ano de 1987 foi um evento de extrema importância para os rumos da Política Nacional de Saúde Mental, pois pela primeira vez na história, as questões e reivindicações acerca da saúde

mental são colocadas de forma oficial (YASUI, 2010). Além de oportunizar e sistematizar o debate, esse evento não só registra um panorama da condição e realidade do sistema de saúde mental, como também oferece alternativas e propostas para transformação do sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988). São as propostas do relatório final dessa conferência que orientam o Projeto de Lei nº 3.657 de 1989, do deputado Paulo Delgado (PEREIRA, 2004). Essa conferência será abordada no subtópico seguinte, pois, dada sua relevância, seguindo as diretrizes do Modelo de Múltiplos Fluxos – *Multiple Streams Framework* (MSF), será analisada no grupo dos eventos, crises e símbolos. Entretanto, por ora cabe lançar mão dos dados contidos em seu relatório final e que refletem a política de privatização da saúde na década de 1980.

Segundo esse relatório, ao mesmo tempo que os gastos públicos com saúde apresentavam redução de 25% entre 1980 e 1983, a compra de serviços hospitalares da rede privada pelo governo chegou a 75% em 1983 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988). Por sua vez, esses dados representam a evolução do movimento privatista, intensificado após a implantação da ditadura militar. A partir desse momento, a população internada em hospitais diretamente públicos manteve-se praticamente estável, enquanto os internamentos nas instituições conveniadas e remuneradas pelo poder público se multiplicaram, alcançando e mantendo ao longo dos anos uma proporção de 80% para 20% (TENÓRIO, 2002).

Todavia, mesmo após a redemocratização, essa realidade não sofreu grandes e rápidas alterações. Reflexo da política de privatização e deterioração dos equipamentos públicos, a realidade era que não havia outra possibilidade imediata de assistência. Assim, em 1992, dos 90.163 leitos psiquiátricos disponíveis no Brasil, 68.652 (76%) pertenciam à rede privada e encontravam-se conveniados com o SUS (YASUI, 2010). Nada muito diferente do encontrado pela I Caravana de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, que no ano 2000, vistoriando os hospitais e clínicas psiquiátricas, aponta instituições privadas com taxas de até cem por cento de utilização pelo governo (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000).

Segundo Kingdon (1984), quando uma condição dispõe de indicadores que dão evidência da dimensão do problema enfrentado, aumentam as chances desse problema receber a atenção dos formuladores de políticas e tomadores de decisão. Nesse sentido, os dados agrupados em torno do primeiro indicador dão conta de evidenciar uma tendência de favorecimento da iniciativa privada, em detrimento à

utilização e valorização dos equipamentos públicos. Se por um lado havia redução dos gastos e investimentos com serviços de saúde, por outro, em torno de 80% dos gastos era direcionado para a iniciativa privada. Esses dados não apenas serviram para chamar a atenção dos formuladores de política, como foram utilizados na disputa por uma mudança de política e são encontrados na justificativa do projeto de lei que mais tarde se tornaria o horizonte da política nacional de saúde mental (BRASIL, 1989; BRASIL, 2001).

QUADRO 3: Indicadores da Política Nacional de Saúde Mental

Indicador 2: Ênfase na hospitalização/internação	
Citação	Referência
<p>Em 1973, na publicação 'Política Nacional de Saúde', o Ministério da Saúde admite que: (...) as despesas com hospitais psiquiátricos alcançam 90% dos custos operacionais totais, havendo estados que não utilizam recursos em serviços extra-hospitalares"</p> <p>"Em 1977, os recursos destinados à hospitalização somaram 96% do orçamento total, e para o ambulatório, os míseros 4% restantes"</p>	<p>A psiquiatria no âmbito da previdência social (CEBES, 1980a, p. 45-48)</p>
<p>O índice de internamentos em relação a consultas recomendado pela ONU é de 3%, entretanto, no ano de 1975, "a previdência calcula que 13,7% das consultas psiquiátricas resultaram em internações". Somente no estado de São Paulo, "36% das consultas resultaram em internações no ano de 1973".</p> <p>"Em dados de 1973, "as ações de saúde do ministério da previdência se realizavam em mais de 90% através do setor privado, dos quais, 80% em hospitalização"</p> <p>Em 1977, "o total de internações em psiquiatria no país, na área previdenciária, chegou a 305.000, enquanto a estimativa da previdência ficava em 105.000".</p>	<p>Condições de assistência ao doente mental. (CEBES, 1980b, p. 51/54)</p>
<p>"as doenças mentais figuram entre as principais determinantes de internações. Se a proporção de internação por doença mental aparenta ser pequena (3,5 por cento das internações na clientela urbana do INAMPS, no ano de 1983), é de 19 por cento a taxa de ocupação dos leitos psiquiátricos sobre o total de leitos gerais instalados"</p> <p>"Há grande média de permanência (54,3 dias) para as doenças mentais, além da concentração dos leitos na região Sudeste, explicando a ocupação permanente dos leitos disponíveis, o déficit de leitos para as regiões mais pobres e a existência do "leito-chão".</p> <p>Em 1983, "verifica-se que as neuroses ocupam o segundo lugar entre as doenças que acarretaram o afastamento temporário do trabalho dos beneficiários do INPS" (7%)</p> <p>"Nos últimos anos aumentou significativamente a demanda da população por serviços psiquiátricos. O número de internações cresceu, durante a década de 70, em 293 por cento, e as consultas em 400 por cento, para a população urbana previdenciária. Em 1983 houve</p>	<p>I Conferência Nacional de Saúde Mental – Relatório Final (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 35-37)</p>

<p>um decréscimo de 5 por cento nas internações em relação a 1980, e as consultas cresceram 12 por cento no mesmo período”.</p> <p>“A rede de atenção à saúde mental se caracteriza, ainda, por um modelo asilar e cronicador, com uma taxa média de permanência de 54,3 dias para a população previdenciária (INAMPS, em <i>Dados</i>, 1983), enquanto o Conselho Nacional de Administração da Previdência Social (CONAPS) preconiza um período de 36,5 dias. O referido modelo choca-se com as modernas aquisições preventivas e terapêuticas, e tem como pedras basilares o privilegiamento do setor privado e a marginalização da saúde mental em relação à saúde geral”</p> <p>“Estima-se que em 1981, 96 por cento dos recursos gastos pelo INAMPS, em serviços de terceiros na área de psiquiatria, foram utilizados para a assistência hospitalar e somente 4 por cento para a assistência ambulatorial”</p> <p>“A marginalização da saúde mental pode ser avaliada pelo fato de, segundo o cadastro acima referido, apenas 7,7 por cento das 13.600 unidades de saúde do país terem desenvolvido algum tipo de ação em saúde mental no ano de 1983”</p> <p>“Em 1983, segundo o CONASS, os hospitais absorveram 84 por cento dos recursos públicos alocados na saúde, a rede básica 3 por cento e as doenças transmissíveis apenas 2 por cento”</p>	
<p>“em 1985 (...) dos recursos gastos pelo Inamps em serviços psiquiátricos contratados junto às clínicas privadas, 81,96% destinavam-se à área hospitalar, e 4%, à assistência ambulatorial”</p>	<p>A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos (TENÓRIO, 2002, p. 34)</p>
<p>Chama-se casa de Saúde Dr. Eiras, uma instituição privada, onde encontramos cerca de 1.500 (mil e quinhentos) internos (...) nos primeiros 5 meses do ano 2000, as médias de internação registradas foram as seguintes: até 5 meses 203 pacientes; de 06 a 1 ano 83 pacientes; de 01 a 05 anos 474 pacientes; de 05 a 10 anos 257 pacientes; mais de 10 anos 485 pacientes”</p>	<p>I Caravana Nacional de direitos humanos (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000, p. 7-17).</p>
<p>“os recursos são alocados majoritariamente na assistência hospitalar: note-se que em 2000 o montante foi da ordem de quatrocentos e sessenta milhões de reais aproximadamente. A média, nos últimos anos, tem sido de 90% do total de recursos. Em contrapartida, somente quarenta e seis milhões de reais foram investidos em serviços substitutivos”</p>	<p>III CNSM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a, p.19)</p>

FONTE: Elaborado pelo autor.

Outra importante crítica do movimento em prol de uma nova política de saúde mental tem a ver com a ênfase na hospitalização. Desse modo, os dados e informações agrupados no indicador 2 dão conta de evidenciar a dimensão dessa condição. Pouco investimento em ambulatórios ou serviços extra-hospitalares e assistência focada nos internamentos.

Entre 1973 e 1976, a hospitalização psiquiátrica cresceu 344% e a taxa de reinternação ficou em 63%. Em consonância, em 1973 as despesas com hospitais psiquiátricos representavam 90% dos custos operacionais totais do Ministério da Saúde, uma porcentagem que em 1977 chegou à 96% (CEBES, 1980a). Desse modo,

os recursos destinados à hospitalização consumiam praticamente a totalidade do orçamento disponível, restando uma verba mínima para os serviços extra-hospitalares. Entretanto, a julgar pelos estados que se quer gastavam algum recurso com esse tipo de atividade, pode-se supor que tanto a ausência de incentivos financeiros, como o desinteresse na oferta desse tipo de serviço encontravam-se em sintonia.

Embora a ONU considerasse aceitável que 3% das consultas em psiquiatria resultassem em internamento, em meados da década de 1970, na área previdenciária, esse índice chegava a 13,7%. Em 1973, 36% das consultas que ocorreram em São Paulo resultaram em internamento. Nessa época, além de 90% das ações em saúde do ministério da previdência estarem vinculadas ao setor privado, 80% dessa energia ainda era gasta exclusivamente com hospitalização. Não à toa, em 1977 foram registradas 305.000 internações, superando uma estimativa do próprio ministério, que havia previsto um número de 105.000 para esse ano (CEBES, 1980b).

No ano de 1985, a lógica se repete. Do total de recursos gastos pelo INAMPS em serviços psiquiátricos contratados, 81,86% são destinados à área hospitalar e somente 4% direcionado à assistência ambulatorial (TENÓRIO, 2002). Toda essa condição é coerente com o relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental, que além de recuperar e apresentar esses indicadores, registra duras críticas em relação ao caráter hospitalocêntrico da política de saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988). O foco na hospitalização era tamanho que menos de dez por cento dos estabelecimentos prestadores de serviços em saúde (7,7%) realizavam algum tipo de atividade diferente da intervenção secundária e terciária. De modo geral, a dinâmica girava em torno da consulta, diagnóstico, medicação e internamento.

Em consequência, no ano de 1983 as doenças mentais figuravam entre as principais determinantes de internação no país, além de corresponderem a uma média de permanência nos hospitais significativamente alta (54,3 dias). Nesse sentido, o relatório caracteriza o modelo de assistência brasileiro como asilar e cronificador, enquanto evoca a existência de modernas aquisições preventivas e terapêuticas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988).

Ainda que, em 1983, a média de permanência nos hospitais de 54,3 dias já tenha sido considerada alta, no ano 2000 chamava a atenção os internados com duração de cinco e dez anos. Numa instituição visitada pela I Caravana Nacional de Direitos Humanos, havia 485 pacientes internados há mais de dez anos, 257

internados por entre cinco e dez anos, e 474 entre um e cinco anos (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000). A realização dessa caravana e a difusão dessas informações junto à sociedade e classe política, inevitavelmente, exerceria forte pressão sobre os tomadores de decisão, contribuindo fortemente para o desfecho de aprovação do projeto de lei de 1989, que ocorreria em 2001.

QUADRO 4: Indicadores da Política Nacional de Saúde Mental

Indicador 3. Precarização do sistema	
Citação	Referência
“O INAMPS tem apenas 216 ambulatórios de psiquiatria no Brasil, todos funcionando com precariedade de médicos, e quase que nenhum serviço social, ou de psicologia”	A psiquiatria no âmbito da previdência social (CEBES, 1980a, p. 45-48)
“O último concurso para o provimento de cargos (profissionais de saúde para o DINSAM) data de 1957”	Condições de assistência ao doente mental. (CEBES, 1980b, p. 51/54)
“Trabalham em condições precárias, em clima de ameaças e violências a eles próprios e aos pacientes destas instituições”	Loucos Pela Vida (AMARANTE, 1998, p.52)
“O MTSM denuncia a falta de recursos das unidades, a consequente precariedade das condições de trabalho refletida na assistência dispensada à população e seu atrelamento às políticas de saúde mental”	Loucos Pela Vida (AMARANTE, 1998, p.52)
“além da concentração dos leitos na região Sudeste, explicando a ocupação permanente dos leitos disponíveis, o déficit de leitos para as regiões mais pobres e a existência do "leito-chão".	I Conferência Nacional de Saúde Mental – Relatório Final (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 35)

FONTE: Elaborado pelo autor.

Por sua vez, as informações agrupadas em torno do indicador 3 denotam uma situação precária e de abandono enfrentada no âmbito da assistência psiquiátrica. Ao final da década de 1970, o Ministério da Previdência dispunha de 216 ambulatórios de psiquiatria espalhados pelo Brasil, entretanto, todos funcionavam com precariedade de médicos e praticamente sem nenhum serviço de apoio social ou psicológico (CEBES, 1980a). Os poucos hospitais administrados pela DINSAM, órgão ligado ao Ministério da Saúde, estavam há mais de vinte anos sem realizar qualquer concurso para ingresso de profissionais de saúde, criando um verdadeiro caos nas unidades. Poucos funcionários, estagiários e residentes sobrecarregados, e pacientes enfrentando as piores condições de assistência (CEBES, 1980b; AMARANTE, 1998).

A despeito do alto orçamento destinado à rede privada, essas instituições não eram reconhecidas pelo bom atendimento ou por condições perfeitas e adequadas de prestação de serviços. Operando na lógica do lucro, a regra era oferecer leitos e atendimentos, deixando de lado a qualidade do serviço. Os médicos contratados

também viviam sobrecarregados, impossibilitados de prestar bons atendimentos. Em relação à estrutura física das instituições, muitas delas não apresentavam as condições mínimas de segurança e higiene para operar. Muitos hospitais se concentravam em regiões consideradas mais nobres do país, deixando de lado as regiões mais pobres. Na ânsia por abrir leitos, muitos hospitais disponibilizavam leito-chão, onde o paciente era admitido e colocado no chão, sobre um colchonete improvisado, muitas vezes de feno (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988; CEBES, 1980b; CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000; ARBEX, 2013; SOUZA, 2019).

QUADRO 5: Indicadores da Política Nacional de Saúde Mental

Indicador 4: Fraudes no Sistema	
Citação	Referência
<p>“Técnicos do INAMPS, com provável timidez, estimam que em 1977 tenham existido 195.000 internações desnecessárias em serviços psiquiátricos”</p> <p>“pagamento de serviços que não são produzidos (pacientes fantasmas, medicamentos não empregados); pagamento de serviços que são produzidos, mas não são necessários (intervenções cirúrgicas sem indicação técnica); pagamento de serviços que são produzidos, são necessários, mas poderiam ser realizados com racionalidade (internações de casos que podem e devem ser tratados em ambulatórios)”</p> <p>“pagamento de serviços não produzidos (medicamentos, eletrochoques, tratamentos psicológicos, sonoterapias, pacientes fantasmas, eletroencefalogramas, exames complementares, altas simuladas, etc.), ou desnecessários e irracionais (internações contraindicadas e/ou dilatadas, internações de casos sociais, tratamentos mormente biológicos sem indicação técnica ou em excesso)”</p> <p>“poucos são os serviços que prestam tratamento psicológicos e outros mais modernos como terapia ocupacional, entretanto, muitos são os que forjam tê-los e cobram por eles”</p> <p>“não são poucos os serviços que aplicam eletroconvulsoterapia e cobram como se fosse sonoterapia, não apenas pelo custo maior, mas, porque muitos internos e familiares não aceitam o choque”</p>	<p>A psiquiatria no âmbito da previdência social (CEBES, 1980a, p. 45-48)</p>

FONTE: Elaborado pelo autor.

Além disso, conforme informações agrupadas em torno do indicador 4, o sistema permitia a ocorrência de inúmeras fraudes. O convênio entre governo e instituições privadas fez aumentar imensamente o número de internações, que como já demonstrado, resultavam em altas permanências. Contribuindo para o fenômeno chamado “indústria da loucura”, internamentos e procedimentos duvidosos e

desnecessários eram realizados com o intuito de aumentar a receita das instituições. Fora isso, muitos procedimentos não realizados entravam nas contas do governo.

Nesse sentido, enquanto a ONU considerava aceitável que 3% das consultas psiquiátricas resultassem em internamento, somente no estado de São Paulo, em 1973, 36% das consultas resultaram em internamentos. No Brasil, em 1975, essa taxa era de 13,7%. Em 1977, uma avaliação dos técnicos do INAMPS estimava a ocorrência de 195.000 internações desnecessárias no Brasil. Enquanto o número esperado de internamentos era de 105.000, o número real total chegou a 305.000 (CEBES, 1980a; CEBES, 1980b)

QUADRO 6: Indicadores da Política Nacional de Saúde Mental

Indicador 5: Violência/abusos contra os doentes	
Citação	Referência
“No Brasil da cidadania menos que regulada, a maioria absoluta das mais de 600.000 internações anuais são anônimas, silenciosas, noturnas, violentas, na calada obediência dos pacientes”	Justificativa apresentada pelo PL nº 3.657 de 1989 (BRASIL, 1989, p. 10697)
“trabalham em condições precárias, em clima de ameaças e violências a eles próprios e aos pacientes destas instituições. São frequentes as denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas”	Amarante (1998, p.52)
“O hospital lida, então, com pacientes asilares que foram sendo "depositados" ali ao longo de décadas”	I Caravana Nacional de direitos humanos (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000, p. 7-9).
“no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico de Itamaracá (...) a instituição possui 70 leitos (56 para homens e 14 para mulheres). No dia de nossa visita abrigava 336 (trezentos e trinta e seis) internos”	
“Pacientes sem roupas, ‘enjaulados’ e comendo nos latões onde defecavam. As mulheres não tinham acesso a absorventes e os eletrochoques eram utilizados como forma de punição aos rebeldes, que viviam em um espaço superlotado”	Intervenção na Casa dos horrores (SOUZA, 2019)
“onde cabiam 240 pessoas, tinham mais de 600”	

FONTE: Elaborado pelo autor.

A combinação entre foco na hospitalização, alta taxa de internamentos e o índice de permanência extremamente alto, somente poderia resultar em condições degradáveis, abusivas e indignas de assistência. Nesse sentido, as informações agrupadas em torno do indicador 5, dão conta de revelar a realidade enfrentada pelos pacientes no interior das instituições. Na justificativa para o projeto de lei, Paulo Delgado menciona que “o Brasil da cidadania menos que regulada, a maioria absoluta das mais de 600.000 internações anuais são anônimas, silenciosas, noturnas, violentas, na calada obediência dos pacientes” (BRASIL, 1989, p.10697).

Um signo dessa violência pode ser representado pelo tempo de permanência nas instituições, transparecendo o caráter da assistência baseada no enclausuramento. Pacientes em situação de aprisionamento, depositados e trancados por meses, anos e décadas, frequentemente em condições insalubres e de péssima higiene (AMARANTE, 1998). Super lotação e pacientes admitidos em hospitais e submetidos a leitos no chão, a procedimentos invasivos e desumanos, como eletrochoques e cirurgias desnecessárias. Não à toa, o índice de mortalidade nessas instituições era bastante elevado (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000; ARBEX, 2013; SOUZA, 2019).

3.1.2 Eventos, Crises e Símbolos

Dentro do fluxo de problemas do Modelo de Múltiplos Fluxos – *Multiple Streams Framework* (MSF) (Kingdon [1984] 2014), os “eventos, crises e símbolos” funcionam como poderosos dispositivos de alerta e que sinalizam a dimensão de uma dada condição, razão pela qual contribuem enormemente na captura de atenção dos formuladores de políticas e tomadores de decisão.

Eventos, crises e símbolos de grande magnitude, costumam ser acompanhados de forte repercussão midiática e apelo social, o que possibilita que o tema ganhe importância e receba maior atenção das autoridades. Por vezes, a ocorrência de uma única crise ou evento já é capaz de criar uma janela de oportunidade política para o problema, entretanto, não raro um evento ou crise pode ser absorvida pela agenda governamental, mas abandonada em seguida devido à falta de alternativas, de ambiente político propício ou, simplesmente, porque o problema perdeu relevância (KINGDON, [1984] 2014).

Nesse sentido, quanto mais elementos relacionados ao problema, maior será sua chance de continuar em evidência e, em algum momento, ascender à agenda decisória (CAPELLA, 2005). Por exemplo, quando eventos, crises e símbolos são relacionados à existência de indicadores substanciais, como foi o caso do problema da assistência psiquiátrica no Brasil, multiplicam-se as chances desse tema ser objeto de atenção dos formuladores e de resultar em política pública.

Destarte, eventos, crises e símbolos servem de impulso para chamar a atenção do poder público e não podem ser desprezados numa análise através do MSF. Em vista disso, entre os QUADROS 7 e 11 encontram-se elencados os principais eventos,

crises e símbolos que acompanharam o processo de conformação da agenda da Política Nacional de Saúde Mental.

QUADRO 7: Eventos, Crises e Símbolos da Política Nacional de Saúde Mental

Eventos, Crises e Símbolos 1: Greve dos Trabalhadores em Saúde Mental, denúncias, intervenções e I Caravana Nacional de Direitos Humanos	
Citação	Referência
<p>“o movimento de reforma psiquiátrica brasileira tem como estopim o episódio que fica conhecido como a ‘crise da DINSAM’, órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental. Os profissionais das quatro unidades da DINSAM, todas no Rio de Janeiro, deflagram uma greve, em abril de 1978, seguida de demissão de 260 estagiários e profissionais”</p> <p>“o que parece ser uma questão restrita ao Rio de Janeiro acaba repercutindo pelo país. Por um lado, pela expressão que o Rio de Janeiro tem como ex-capital federal e como capital cultural do Brasil, e, por outro, pelo fato de ocorrer no âmbito de um órgão federal, onde pode-se constatar um verdadeiro escândalo pela forma como o Estado administra a assistência aos doentes mentais. Na época, a questão é bastante divulgada e debatida na imprensa e no interior de entidades expressivas da sociedade civil”.</p>	<p>Loucos pela Vida (AMARANTE, 1998, p. 51,90)</p>
<p>“denunciar que o modelo assistencial psiquiátrico em funcionamento é ineficaz, cronificador e elitista. Ineficaz, já que o índice de recuperação é insignificante e a prevalência de doença mental na população só tem aumentado. Cronificador porque elege métodos que usados isoladamente, provam ser francamente nocivos, como a segregação de doentes em hospitais, com internações repetidas. E elitista, porque deliberadamente exclui o acesso das camadas mais amplas da população a técnicas mais eficazes, como psicoterapia.”</p> <p>“denunciar que tal distorção permite florescer uma verdadeira indústria da loucura, constituída por gigantescos hospitais, os quais tem na eterna reinternação de doentes mentais, tornados crônicos, uma fonte inesgotável de lucro, financiada principalmente pela previdência social”</p>	<p>Condições de assistência ao doente mental. (CEBES, 1980b, p. 51/54)</p>
<p>“Clínica Anchieta sofre intervenção da Prefeitura Municipal por conta de denúncias de violência e maus tratos”</p>	<p>Memória da Reforma Psiquiátrica (LAPS, 1989)</p>
<p>“As mortes eram ocasionadas por abandono, negligência, excesso de eletroconvulsoterapia. Aí a Secretaria Municipal de Saúde solicitou providência do estado. Como não houve, foi decretada intervenção no hospital. Era uma situação que fere qualquer tipo de direito humano. Foi uma intervenção a favor da vida dos pacientes”</p>	<p>Intervenção na Casa dos horrores (SOUZA, 2019)</p>
<p>“A Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados elaborou o projeto das CARAVANAS NACIONAIS DE DIREITOS HUMANOS com o objetivo de superar esta marca tão característica da atividade política brasileira que é a distância que separa os governantes dos concernidos por suas decisões”.</p> <p>“O relatório, não obstante, apresenta uma situação que está a indicar a permanência de um modelo anacrônico de atenção à saúde mental no Brasil e, portanto, indica a necessidade de mudanças urgentes”</p>	<p>I Caravana Nacional de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000)</p>

<p>“Este relatório é, também, uma resultante de uma tomada de posição em favor daqueles seres humanos com os quais nos avistamos ao longo de 12 dias e que permanecem esquecidos e abandonados atrás dos muros e das grades dos manicômios brasileiros. Muitos de nós, que participaram dessa Caravana, não esqueceremos seus olhares, suas súplicas, seus sorrisos, suas desarrazoadas esperanças, suas sínteses surpreendentes”</p>	
---	--

FONTE: Elaborado pelo autor.

Conforme mencionado, os “eventos, crises e símbolos” funcionam como poderosos dispositivos de alerta, sinalizando a dimensão de um contexto e contribuindo para a captura de atenção dos formuladores de políticas e tomadores de decisão. Essas ocorrências costumam ser comemoradas pelos empreendedores de políticas, pois reconhecem o valor da oportunidade na somatória de forças e condições para o desenvolvimento de uma política (KINGDON, [1984] 2014).

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

Essa denúncia, que dava luz à situação de abandono e precariedade do sistema de assistência psiquiátrica, também criticava a cronificação dos manicômios e o uso de eletrochoques, tornando evidente a condição trágica imposta a pacientes e trabalhadores. Em relação aos trabalhadores, encontravam-se sobrecarregados, com remuneração irregular e ainda exercendo atividades sob condições de violências e ameaças da instituição. Por sua vez, esse ato termina por repercutir e mobilizar os profissionais das outras unidades. Nessa ocasião, obtêm apoio imediato do Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). Por conseguinte, em abril daquele ano, todas as unidades do

DINSAM deflagram uma greve, que duraria oito meses e resultaria na demissão de 260 estagiários e profissionais (CEBES, 1980a; AMARANTE, 1998). Ao longo desse período, essa questão repercute fortemente por todo o país, sendo bastante divulgada e debatida pela imprensa e por importantes entidades da sociedade civil, como conselhos e sindicatos.

Entretanto, a ocorrência dessa crise tem dupla importância para a presente análise. Primeiramente, porque assinala a gênese do fluxo do problema (*problem stream*), haja vista ser nesse momento que a condição da assistência psiquiátrica brasileira começa a ganhar contornos de um problema público a ser enfrentado. Em segundo lugar, porque a partir dessa crise se inicia um movimento social incansável e decisivo na luta pela transformação no modelo assistencial na área psiquiátrica – o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Trata-se do primeiro e mais importante ator coletivo desse início de processo (AMARANTE, 1998).

Desde então, esse movimento passa a operar um sistema de denúncias e críticas em relação ao modelo assistencial psiquiátrico, promovendo a exposição das barbaridades ocorridas nas instituições. É pela voz desse conjunto que o modelo de assistência em psiquiatria ecoa como ineficaz, cronificador, segregador e excludente. É essa conjuntura que designa e denuncia o florescer de uma indústria da loucura, na qual grandes hospitais psiquiátricos lucram com a cronificação dos doentes, financiados pelo poder público (CEBES, 1980b).

Assim sendo, a conformação da agenda da reforma psiquiátrica brasileira e nova política de saúde mental é marcada pelo vislumbre sombrio e desumano acerca do tratamento oferecido às pessoas em sofrimento mental. Por meio da imprensa, a sociedade passou a conhecer e se impressionar com os ambientes deploráveis, superlotados, sem condições mínimas de higiene, com imagens de pessoas despidas, dormindo pelo chão, em camas de capim, comendo em latas de lixo, bebendo em fossas, sujeitos a abusos, estupros e mortes (ARBEX, 2013; SOUZA, 2019).

Além do mais, durante o período em que vigorou no país a ditadura militar, os critérios médicos se tornaram menos evidentes e os hospitais psiquiátricos passaram a receber, frequentemente, desafetos políticos, homossexuais, mães solteiras, alcoolistas, mendigos e indigentes, como ocorria no Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais. Ao visitar esse hospital, em 1979, Basaglia o comparou a um campo de concentração e ficou profundamente deprimido (LAPS, 1979; KYRILLOS NETO; DUNKER, 2017).

Destarte, esse segmento de crises, eventos e símbolos ainda é marcado pela intervenção na casa de saúde Anchieta, em Santos-SP, no ano de 1989; e pela realização da I Caravana Nacional de Direitos Humanos, promovida pela Câmara dos Deputados, no ano 2000. No ano de 1989, o país inteiro teve acesso às denúncias de violência, maus tratos e mortes decorrentes do abandono, negligência e excesso de eletrochoques, praticados na casa de saúde Anchieta e que, então, sofre intervenção municipal e se torna o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) do Brasil (LAPS, 1989; SOUZA, 2019).

Além disso, passados mais de dez anos, na véspera da aprovação da Lei 10216/2001, o Brasil se choca com o relatório da Caravana de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, que revelava a situação deprimente imposta aos doentes mentais pelo país. Duas coisas ficavam evidente nesse relatório: uma assistência psiquiátrica quase totalmente dependente da rede privada, e a sujeição do sujeito à um sistema de tratamento baseado no aprisionamento e na violação dos direitos humanos (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000).

Nesse sentido, compreende-se que todas essas crises agrupadas em torno do quadro “greve, denúncias, intervenção e caravana” iluminam a existência de um problema e chamam a atenção dos formuladores de políticas públicas. Todavia, no conjunto de crises, eventos e símbolos 2 – Congressos, Encontros e Conferências de saúde, conforme QUADRO 8, se visualiza uma sucessão de eventos que terminam por envolver grande parte da sociedade em torno da temática. Além de servirem de palco e cenário para conhecimento da real situação do sistema assistencial, servem para discussão e para o desenvolvimento de ideias e propostas alternativas. Desse modo, considera-se que esses episódios/acontecimentos tenham contribuído fortemente para enaltecer ainda mais o problema da assistência em saúde mental brasileira, se constituindo em importantes sinalizadores de emergência para os formuladores de política.

QUADRO 8: Eventos, Crises e Símbolos da Política Nacional de Saúde Mental

Eventos, Crises e Símbolos 2: Congressos, Encontros e Conferências de saúde
Citação/Referência
<p>V Congresso Brasileiro De Psiquiatria – 1978</p> <p>“pela primeira vez, os movimentos em saúde mental participam de um encontro dos setores considerados conservadores, organizados em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria, estabelecendo uma ‘frente ampla’ a favor das mudanças, dando ao congresso um caráter de discussão e organização político-ideológica, não apenas das questões relativas à política de saúde mental, mas voltadas ainda para a crítica ao regime político nacional” (AMARANTE, 1998, p. 53-54).</p>
<p>I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupo e Instituições (1978)</p> <p>“A realização desse congresso possibilita a vinda ao Brasil dos principais mentores da Rede de Alternativas à Psiquiatria, do movimento Psiquiatria Democrática Italiana, da Antipsiquiatria, enfim, das correntes de pensamento crítico em saúde mental, dentre eles, Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman, dentre outros” (AMARANTE, 1998, p. 55)</p>
<p>I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental – 1979</p> <p>“a luta pela transformação do sistema de atenção à saúde está vinculada à luta dos demais setores sociais em busca da democracia plena e de uma organização mais justa da sociedade pelo fortalecimento dos sindicatos e demais associações representativas articuladas com os movimentos sociais” (AMARANTE, 1998, p. 55)</p>
<p>III Congresso Mineiro de Psiquiatria – 1979</p> <p>“conta com a presença de Franco Basaglia, Antonio Slavich e Robert Castel” “grupos de Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia propõem a realização de trabalhos ‘alternativos’ na assistência psiquiátrica” (AMARANTE, 1998, p. 55)</p>
<p>I Encontro Regional dos trabalhadores em Saúde Mental – 1980</p> <p>“Onde se discutem problemas sociais relacionados à doença mental, à política nacional de saúde mental, às alternativas surgidas para os profissionais da área, suas condições de trabalho, à privatização da medicina, à realidade político-social da população brasileira e às denúncias das muitas barbaridades ocorridas nas instituições psiquiátricas” (AMARANTE, 1998, p. 56)</p>
<p>II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental e VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria– 1980</p> <p>“Dentre outras preocupações, aparece a questão da defesa do direito dos pacientes psiquiátricos, através de porta-vozes ou grupos defensores dos direitos humanos, cuja atuação, toma-se como princípio, deveria perpassar todas as instituições psiquiátricas” (AMARANTE, 1998, p. 56)</p> <p>“São abordadas, ainda, as implicações econômicas, sociais, políticas e ideológicas na compreensão das relações entre o processo de proletarianização da medicina, do poder médico, da assistência médico-psiquiátrica em processos de exclusão e controle sociais mais abrangentes” (AMARANTE, 1998, p. 56)</p> <p>“Critica-se o modelo assistencial como ineficiente, cronificador e estigmatizante em relação a doença mental” (AMARANTE, 1998, p. 56)</p>
<p>8ª Conferência Nacional de Saúde – 1986</p> <p>“Ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar a reforma sanitária” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p. 2)</p>

“Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p. 4)

“a participação do setor privado deve-se dar sob o caráter de serviço público ‘concedido’ e o contrato regido sob as normas do Direito Público” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p. 2)

I Conferência Nacional de Saúde Mental – 1987

“Com referência ao modelo assistencial: reversão da tendência ‘hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica’, dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente, inserindo-se na estratégia de desospitalização” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p.18)

“a partir desta Conferência, o setor público não credenciará nem instalará novos leitos psiquiátricos em unidades psiquiátricas hospitalares tradicionais, reduzindo, progressivamente, os leitos existentes nesse último tipo de serviço e substituindo-os por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos ou por serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p.18)

“será proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p.18).

“implantação de recursos assistenciais alternativos aos asilares, tais como: hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, lares protegidos, núcleos autogestionários e trabalho protegido” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p.19).

“deve ser constitucionalmente assegurada a condição de cidadania plena ao indivíduo considerado doente mental. Tal garantia pressupõe uma legislação ordinária que disponha sobre a especificidade da doença mental e coloque a necessidade de revisão de toda a Legislação em vigor” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p.21).

“a internação não deverá ser ato obrigatório do tratamento psiquiátrico, devendo ser estabelecidos os critérios da internação” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p.23).

“a decisão sobre diagnóstico, tratamento e regime de tratamento é da responsabilidade da equipe assistencial multiprofissional, e pode ser legalmente questionada pelo cliente, familiares ou entidades civis” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p.24).

“que se assegurem mecanismos e recursos legais de garantia do direito individual contra a internação involuntária” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p.24).

“suplantar o modelo assistencial centrado na hospitalização psiquiátrica, valorizando o atendimento ambulatorial especializado e o da rede básica de saúde, bem como as atividades de reintegração social do doente mental” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p.40).

II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental – 1987

“Por uma sociedade sem manicômios – significa um rumo para o movimento discutir a questão da loucura para além do limite assistencial, concretiza a criação de uma utopia que pode demarcar um campo para a crítica das propostas assistenciais em voga. Coloca-nos diante das questões teóricas e políticas suscitadas pela loucura” (AMARANTE, 1998, p. 80)

Conferência de Caracas – 1990

“organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde” (OPAS/OMS, 1990)

“os programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de organização da assistência à saúde” (OPAS/OMS, 1990)

“a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais” (OPAS/OMS, 1990)

“a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços” (OPAS/OMS, 1990)

“os recursos, cuidados e tratamentos dados devem (...) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; (OPAS/OMS, 1990)

“as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento” (OPAS/OMS, 1990)

Assembleia Geral da ONU – 1991

“adota os Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental” (ONU, 1991, Res. 46/49)

“todas as pessoas têm direito à melhor assistência disponível à saúde mental, que deverá ser parte do sistema de cuidados de saúde e sociais” (ONU, 1991, Res. 46/49)

“Todas as pessoas portadoras de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, deverão ser tratadas com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana” (ONU, 1991, Res. 46/49)

“Todas as pessoas portadoras de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, têm direito à proteção contra exploração econômica, sexual ou de qualquer outro tipo, contra abusos físicos ou de outra natureza, e tratamento degradante” (ONU, 1991, Res. 46/49)

“Toda pessoa acometida de transtorno mental terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais” (ONU, 1991, Res. 46/49)

“Toda pessoa acometida de transtorno mental deverá ter o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, na comunidade” (ONU, 1991, Res. 46/49)

“Todo usuário terá o direito de ser tratado e cuidado, tanto quanto possível, na comunidade onde vive” (ONU, 1991, Res. 46/49)

“Todo usuário terá direito a ser tratado no ambiente menos restritivo possível, com o tratamento menos restritivo ou invasivo, apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física dos outros” (ONU, 1991, Res. 46/49)

“não deverá se empregar a restrição física ou o isolamento involuntário de um usuário, exceto de acordo com os procedimentos oficialmente aprovados, adotados pelo estabelecimento de saúde mental, e apenas quando for o único meio disponível de prevenir dano imediato ou iminente ao usuário e a outros” (ONU, 1991, Res. 46/49)

9ª Conferência Nacional de Saúde – 1992

“foi aprovada a proposta de reforma psiquiátrica com a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por uma rede de serviços diversificada e qualificada de Atenção à Saúde Mental, através das Unidades Básicas de Saúde, Hospital Dia, Hospital Noite, Centros de Atenção Psicossocial, Núcleos de Atenção Psicossocial, Centros de Convivência e Cooperativa, Lares Abrigados, emergências, leitos e enfermarias de Saúde Mental em Hospital Geral, proibindo-se a construção ou ampliação de Hospitais Psiquiátricos, bem como a contratação pelo poder público de novos leitos em hospitais psiquiátricos privados, reorientando a verba a eles destinada para o investimento na implantação do modelo antimanicomial” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992b, p. 25)

“foi deliberada a proibição da internação compulsória, em respeito aos direitos de cidadania do doente mental, exceto em casos comunicados ao Ministério Público, que devem ser reavaliados em 48 horas, junto ao paciente, família e junta médica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992b, p. 25)

II Conferência Nacional de Saúde Mental – 1992

“A II Conferência Nacional de Saúde Mental tem como indicador de mudança a participação efetiva dos usuários na realização dos trabalhos de grupo, nas plenárias, nos debates e tribunas livres. Esta participação foi responsável pelo surgimento de uma nova dinâmica de organização do trabalho, onde os depoimentos pessoais, as intervenções culturais e a defesa dos direitos transformaram as relações e as trocas entre todos os participantes” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992c, p. 4)

“Atenção Integral e Cidadania são conceitos direcionadores das deliberações da II Conferência Nacional de Saúde Mental” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992c, p.6)

“A democratização do Estado com o controle da sociedade civil é fundamento do direito à cidadania e da transformação da legislação de saúde mental” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992c, p. 6)

“É necessário, pois, construir: uma mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992c, p. 6)

“A descentralização deve ser entendida como transformação de poder no sistema de saúde, no sentido de construir processos emancipatórios e de gestão social” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992c, p. 7)

“É imprescindível implantar a municipalização da assistência à saúde, criando-se os Conselhos de Saúde, respeitando-se a paridade e demais dispositivos legais previstos na criação do SUS, inclusive as peculiaridades da realidade local” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992c, p. 7)

“A rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992c, p. 7)

“a luta pela cidadania das pessoas com transtornos mentais, ou assim consideradas, não deve estar desvinculada do conjunto de esforços desenvolvidos pelo povo brasileiro na luta por sua cidadania, envolvendo todas as instituições sociais, unindo os profissionais, usuários e familiares” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992c, p. 10)

“estimular a formação e aprovação de uma nova legislação em saúde mental, capaz de dar conta, separadamente e através de instrumentos legais diferenciados, dos vários aspectos implicados na questão, quais sejam: reestruturação da assistência, direitos civis, código penal, direitos do usuário” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992c, p. 10)

“Adotar os conceitos de território e responsabilidade, como forma de dar à distritalização em saúde mental um caráter de ruptura com o modelo hospitalocêntrico, garantindo o direito dos usuários à assistência e à recusa ao tratamento, bem como a obrigação do serviço em não abandoná-los à própria sorte” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992c, p. 12)

“Estabelecer que o dia 18 de maio passe a constar no calendário oficial como dia nacional de luta por uma sociedade sem manicômios, com atividades alusivas à data nos serviços públicos e particulares, tais como escolas, creches, hospitais, unidades básicas de saúde etc.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992c, p. 12)

10ª Conferência Nacional de Saúde – 1996

“Os participantes da 10ª Conferência Nacional de Saúde decidiram reafirmar a Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social) como direito universal de cidadania e dever do Estado (responsabilidade do Poder Público pela efetivação desses direitos)”, *conforme os princípios que constam principalmente nos artigos 193 e 203 da Constituição Federal e as diretrizes aprovadas na 3ª, 8ª, 9ª e 10ª Conferências Nacionais de Saúde*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996, p.17)

“O ministério da saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem implantar uma rede de atenção integral a saúde mental, com caráter humanitário e ético, que seja resolutiva e respeite as especificidades locais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996, p. 81)

“os gestores do SUS devem promover, até o ano 2000, a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por serviços de atenção integral à saúde mental” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996, p. 81)

“os gestores do SUS devem suspender o credenciamento dos hospitais psiquiátricos a partir da criação de centros e núcleos de Atenção Psicossocial e leitos em hospitais gerais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996, p. 81)

“Os gestores do SUS devem desenvolver ações estratégicas para a reversão do processo de privatização e destruição dos serviços públicos, de forma a universalizar efetivamente a atenção integral à saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996, p. 22)

“O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, bem como os Conselhos de Saúde, devem reafirmar o modelo de gestão pública do SUS, coibindo o uso de recursos físicos, financeiros, materiais, tecnológicos e humanos públicos por empresas privadas, filantrópicas ou cooperativas profissionais, assegurando a universalidade e integralidade da atenção e o controle social no SUS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996, p.33)

“O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, bem como os Conselhos de Saúde, devem proibir a terceirização e a privatização dos serviços públicos de saúde, sob qualquer de suas denominações ('cooperativas', 'fundações', 'contratos de gestão', 'organizações sociais', concessão de serviços públicos ou outra que acarretem, na prática, o afastamento do Estado das suas obrigações constitucionais)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996, p. 33-34)

11ª Conferência Nacional de Saúde – 2000

“foi um momento marcante para o SUS, deixando evidente a importância do controle social para que o Sistema Único seja implementado nos mais de 5.500 municípios brasileiros, com acesso universal e mesma qualidade enquanto direitos de cidadania para toda a população” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000a, p.7)

“Os participantes da 11a CNS expressam seu apoio ao reordenamento da Atenção em Saúde Mental, no contexto do SUS, que se convencionou denominar Reforma Psiquiátrica Brasileira” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000a, p.138)

“Recomendam uma reorientação do modelo assistencial que perpassse os serviços, a clínica, a formação dos técnicos, além de propostas de suporte social, legislação e, fundamentalmente, criação de um novo *locus* social para a loucura” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p.138)

Propõe-se, assim: “a) Apoiar incondicionalmente a efetivação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, voltada para o fim dos manicômios, garantindo o financiamento das três esferas de governo para os diversos serviços de Saúde Mental que os substituirão; e a fiscalização sobre os hospitais psiquiátricos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000a, p.139)

FONTE: Elaborado pelo autor.

O psiquiatra Paulo Amarante (1998), um observador, pesquisador e entusiasta da nova política, registra alguns encontros marcantes que ocorreram a partir de 1978 e que tiveram a participação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), servindo de palco para a exaltação da condição problemática da assistência psiquiátrica no Brasil e fortalecendo sua agenda.

O V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Camboriú – SC, entre os dias 27 de outubro e 1º de novembro de 1978, ficou conhecido como congresso de abertura, pois, pela primeira vez, integrantes do MTSM participaram de um encontro em um dos setores considerados conservadores, organizado em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Desse modo, estabelecendo uma frente ampla a favor das mudanças, conseguiram extrair desse evento uma moção de repúdio à privatização do setor, um fenômeno que estava sendo relacionado à falta de participação democrática na elaboração dos planos de saúde e um reflexo da situação política geral do Brasil (AMARANTE, 1998).

O I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupo e Instituições ocorre no Rio de Janeiro, entre os dias 19 e 22 de outubro de 1978. Uma característica importante desse congresso é que possibilita a presença dos principais mentores da Rede de Alternativas à Psiquiatria clássica, bem como de representantes dos movimentos Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática Italiana. Na sequência desse evento, com o apoio do CEBES, Franco Basaglia, fundador da Psiquiatria Democrática Italiana, profere diversas conferências em universidades, sindicatos e associações, terminando por influenciar e ser fundamental na conformação do pensamento crítico do – nascente – MTSM (AMARANTE, 1998).

Dessa forma, a ideia de uma necessária e profunda reforma no sistema psiquiátrico vai ganhando maiores proporções. Entretanto, a título de esclarecimento, ainda que esses encontros sirvam de incubadoras e difusores de ideias (*policy communities*), o objetivo desse tópico é demonstrar o seu papel enquanto espaço de dimensionamento do problema. Conforme se observa nos extratos selecionados, quanto mais esses eventos ocorriam, maior se tornava a clareza em torno da existência de um problema na assistência psiquiátrica, corroborando a premissa de que problemas são elaborados e construídos socialmente (KINGDON, [1984] 2014). Desse modo, a atenção dispensada ao problema está sensivelmente relacionada à qualidade de sua formulação e definição. Por sua vez, uma adequada definição do problema implica na sua delimitação, identificação das causas e das possíveis soluções (SECCHI, 2013). Nesse sentido, para a presente análise, considera-se que é nesse aspecto que os encontros, congressos e conferências se inserem. Contribuem na caracterização do problema e impulsionam a atenção dos formuladores de políticas.

Já em 1979, ocorre o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em São Paulo, nos dias 20 e 21 de janeiro. Neste se discute a necessidade de uma organização social mais ampla, haja vista ser considerado que a transformação do sistema de atenção à saúde estava vinculada a luta dos demais setores sociais em busca da democracia plena. Ao fim, são aprovadas moções pelas liberdades democráticas e repúdio à manipulação da instituição psiquiátrica como instrumento de repressão (AMARANTE, 1998).

O III Congresso Mineiro de Psiquiatria, realizado em novembro de 1979 em Belo Horizonte – MG, também conta com a presença de Franco Basaglia, Antonio Slavich e Robert Castel, ambos críticos da psiquiatria clássica e defensores de modelos extra-hospitalares. No final, são apresentadas proposições de trabalhos alternativos na assistência psiquiátrica (AMARANTE, 1998).

No I Encontro Regional dos trabalhadores em Saúde Mental, realizado no Rio de Janeiro, entre os dias 23 e 25 de maio de 1980, novamente entram em pauta temas relacionados à privatização do setor e as denúncias de barbaridades ocorridas nas instituições psiquiátricas. Por sua vez, no II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental e no VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, ocorridos em Salvador – BA, entre os dias 22 e 27 de agosto de 1980, pela primeira vez aparece a questão da defesa do direito dos pacientes psiquiátricos, um tema elevado por grupos defensores dos direitos humanos, e que passaria a representar um símbolo importante na luta pela transformação da assistência psiquiátrica. Outra importante crítica que ressurge nesse evento, aponta o modelo assistencial como ineficiente, cronificador e estigmatizante em relação a doença mental (AMARANTE, 1998).

A partir do ano 1985, diversos atores, fundadores e militantes do MTSM passaram a ocupar cargos importantes em programas estaduais e municipais de saúde, além de assumir a direção de alguns hospitais públicos e/ou universitários (AMARANTE, 1998; YASUI, 2010). Sob essa conjuntura, ocorre o I Encontro dos Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, em Vitória - ES, entre os dias 26 e 28 de setembro de 1985. Esses membros, alinhados às ideias progressistas para o campo, debatem a necessidade de aperfeiçoar as ações integradas em saúde mental em um sistema único de saúde, visando a formulação da política nacional de saúde mental. Assim, pela primeira vez se observa uma discussão em torno da criação de uma Política Nacional de Saúde Mental, com foco na redução dos leitos psiquiátricos e substituição desses recursos por dispositivos extra-hospitalares. Outra

ideia importante oriunda desse encontro diz respeito a necessidade de realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (AMARANTE, 1998).

Evidentemente, um dos acontecimentos históricos mais emblemáticos do final do século XX, para os brasileiros, foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em Brasília – DF, entre os dias 17 e 21 de março de 1986. Essa conferência é considerada um marco na história das conferências e para a saúde pública brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992b). Em consonância com o período de redemocratização do país, pela primeira vez foi aberta à participação popular, permitindo a integração de mais de 4.000 pessoas. Seu relatório final serviu de base tanto para o capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988, bem como, conseqüentemente, para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990.

Desse modo, essa conferência delineia as diretrizes para um sistema de saúde único e descentralizado; permite e estimula o controle social sobre as decisões públicas por meio de Conselhos Municipal e Estadual de Saúde; além de orientar o fortalecimento dos equipamentos públicos e a regulação/controle dos serviços privados, o que permitiu uma transformação na saúde pública e o início de uma Reforma Sanitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986). Ainda que, num primeiro momento, esse evento não trate, especificamente, da saúde mental, sua realização e desdobramentos ecoarão sobre a agenda e futura política de saúde mental, haja vista, dessa conferência, terem surgido encaminhamentos para realização de conferências temáticas e específicas, culminando na realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo relatório final define as diretrizes para uma Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Além disso, pode-se registrar a emergência de dois símbolos substanciais da 8ª CNS e que influenciarão na conformação da agenda da Política Nacional de Saúde Mental: a ampliação do conceito de saúde; e a definição desta como direito da pessoa e obrigação do Estado. Como ampliação do conceito de saúde, assume-se que o processo de saúde ou adoecimento é “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p.4). Em vista disso, para proporcionar a realização de todas essas condições à sociedade e garantir o direito à saúde, o Estado se obriga a desenvolver uma política de saúde conseqüente e integrada às políticas sociais e econômicas. Desse modo, é

onde se insere a necessidade de revisar o predomínio da abordagem positivista e organicista, no trato com a saúde mental, por meio de uma nova política nacional.

Conseqüentemente, outro evento de suma magnitude e influência na agenda da política brasileira de saúde mental é a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília – DF, entre os dias 25 e 28 de junho de 1987. Além de ser um evento histórico e simbólico, pelo simples fato de ser a primeira conferência nacional na área de saúde mental, será o relatório desse encontro que norteará o Projeto de Lei 3.657 de 1989, que mais tarde se transforma na Lei 10.216/2001.

Pela primeira vez na história brasileira, seria elaborado um documento oficial (Relatório Final) ditando as diretrizes para uma Reforma Psiquiátrica no país. Com isso, propunha a descentralização da tomada de decisões; a reversão da configuração hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica; a redução do financiamento público à rede privada; a implementação de dispositivos extra-hospitalares; a garantia de cidadania e de direitos individuais às pessoas em sofrimento mental; a reintegração social do doente mental; enfim, pleiteava a revisão de toda a legislação em vigor, principalmente dos regimentos na área de saúde mental, que ainda se submetia ao Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988).

Por sua vez, outro evento marcante e de forte influência na agenda da política de saúde mental ocorre nesse mesmo ano. Trata-se do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado entre os dias 3 e 6 de dezembro de 1987, na cidade de Bauru – SP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992b; AMARANTE, 1998). Nessa ocasião se recuperam e se reafirmam os princípios técnicos e éticos na tradição basagliana e que deveriam ser buscados e aplicados numa reforma psiquiátrica, como a “despsiquiatrização”, a desinstitucionalização, a reintegração do doente mental à sociedade e a assistência baseada em dispositivos extra-hospitalares (YASUI, 2010).

O horizonte do congresso girou em torno do tema “por uma sociedade sem manicômios” e desse espaço surgem dois importantes símbolos na conformação da agenda da política: A instituição do dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial; e o Movimento Social da Luta Antimanicomial (MLA), um movimento que deixava de ser somente dos trabalhadores em saúde mental, para englobar usuários, familiares e diferentes atores da sociedade. Esse movimento realiza diversas ações e encontros ao longo dos anos, fazendo refletir no ceio social a questão da loucura e das instituições psiquiátricas, influenciando uma mudança cultural em torno do tema.

Um evento de grande magnitude, que iria refletir sobre a agenda da política de saúde mental brasileira e subsidiar/fundamentar a implementação de novas ações assistenciais, é a Conferência de Caracas, realizada em novembro de 1990, na Venezuela. Tratou-se de um evento patrocinado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS). A partir desse encontro, diversas organizações e autoridades de saúde de diferentes países, incluindo Brasil, se comprometem com a reestruturação da assistência psiquiátrica nos seus respectivos locais. O compromisso assumido versava sobre o ajuste de legislações; a revisão do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico; e o respeito à dignidade pessoal e aos direitos humanos das pessoas acometidas de transtornos mentais (OPAS/OMS, 1990).

Nessa mesma linha, em Assembleia Geral da ONU, no dia 17 de dezembro de 1991, são aprovadas as resoluções 46 e 49, visando a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria na assistência à saúde mental (ONU, 1991). Com isso, são definidos, descritos e adotados 25 princípios fundamentais, que, compartilhados pelos países membros, buscariam a garantia de direitos e melhorias na assistência em saúde mental. Esses princípios dizem respeito à Liberdades Fundamentais e Direitos Básicos; Proteção de Menores; Vida em Comunidade; Determinação de um Transtorno Mental; Exame Médico; Confidencialidade; O Papel da Comunidade e da Cultura; Padrão da Assistência; Tratamento; Medicação; Consentimento para o Tratamento; Informação sobre os Direitos; Direitos e Condições de Vida em Estabelecimentos de Saúde Mental; Recursos disponíveis nos Estabelecimentos de Saúde Mental; Princípios para Admissão; Admissão Involuntária; Corpo de Revisão; Salvaguardas Processuais; Acesso à Informação; dos Infratores da Lei; Queixas; Monitoramento e Mecanismo de Intervenção; Implementação; Alcance Princípios Relacionados aos Estabelecimentos de Saúde Mental; e Proteção dos Direitos Existentes.

Essas recomendações internacionais vêm ao encontro do acúmulo e do histórico de proposições compartilhadas entre os eventos e defensores de uma transformação na assistência psiquiátrica brasileira. Desse modo, repercutiram nos eventos seguintes e fortaleceram imensamente a conformação da agenda da política de saúde mental no Brasil. Além disso, sendo o Brasil um país membro da ONU e signatário da Declaração de Caracas, não poderia ficar indiferente às reivindicações e à realidade da assistência psiquiátrica brasileira. Com isso, ainda que o contexto

geral fosse insuficiente para proporcionar uma imediata e radical transformação legislativa e assistencial, mesmo assim favoreceu a implementação de ações pontuais e incrementais, como a inserção de oficinas terapêuticas e grupos terapêuticos no âmbito da assistência (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 1991; 1992a).

Na sequência, ocorre a 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília – DF, entre os dias 09 e 14 de agosto de 1992. Trata-se da primeira conferência pós Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e pós promulgação da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990). Nessa ocasião, além de reafirmarem a necessidade de prosseguir com a construção do SUS, orientado pelas suas diretrizes básicas, como universalidade, integralidade e equidade, com efeito na agenda da política de saúde mental, foi aprovada a proposta de reforma psiquiátrica, versando sobre a extinção progressiva dos manicômios e substituição desses equipamentos por uma rede diversificada de serviços, tais como: Hospital Dia, Hospital Noite, Centros de Atenção Psicossocial, Núcleos de Atenção Psicossocial, Centros de Convivência e Cooperativa, Lares Abrigados, emergências, leitos e enfermarias de Saúde Mental em Hospital Geral. Também se deliberou sobre a proibição da internação compulsória, numa clara demonstração de respeito e defesa dos direitos de cidadania da pessoa em sofrimento mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992b).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental é realizada em Brasília, entre os dias 1 e 4 de dezembro de 1992. Nessa ocasião, já havia sido apresentado o Projeto de Lei nº 3.657/89, que, pela primeira vez, levava para o parlamento a necessidade de transformação da regulamentação da assistência psiquiátrica no Brasil. Em acréscimo, encontravam-se vigentes a Lei orgânica da Saúde; a Declaração de Caracas e as resoluções da ONU; bem como, já haviam sido publicadas duas portarias, pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS), do Ministério da Saúde, regulamentando os serviços em saúde mental e incluindo novas modalidades de serviços e atividades nas tabelas remuneratórias do SUS, como NAPS e CAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991; 1992a).

Desse modo, visando o princípio da integridade do atendimento ao cidadão, reiterou-se pelas necessidades de: descentralização das ações em saúde; municipalização da assistência; e criação de uma rede de atenção substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, formada por unidades de saúde mental em hospitais gerais, equipamentos em regimes de Hospital-dia, serviços 24 horas, CAPS, lares abrigados, centros de convivência etc. Ademais, versou-se sobre a luta pela cidadania das

peças com transtornos mentais, pela necessidade de aprovação da nova legislação em saúde mental, pela adoção dos conceitos de território e responsabilidade, como forma de dar à distritalização em saúde mental, um caráter de ruptura com o modelo hospitalocêntrico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992c).

Na 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília – DF, entre os dias 2 e 6 de setembro de 1996, com efeito na agenda da Política Nacional de Saúde Mental, aprova-se a orientação para que todos os gestores e conselhos de saúde defendam a imediata aprovação do Projeto de Lei nº 3.657/1989 do deputado Paulo Delgado. Além disso, reafirma-se a saúde como direito universal de cidadania e dever do Estado, bem como orienta o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para que implantem uma rede de atenção integral em saúde mental, substituindo progressivamente os hospitais psiquiátricos, suspendendo o credenciamento desses e demais serviços terceirizados, em benefício da criação de centros e núcleos de atenção psicossocial e leitos em hospitais gerais sob o controle do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Finalmente, na 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, entre os dias 15 e 19 de dezembro de 2000, registra-se apoio incondicional ao reordenamento da Atenção em Saúde Mental no Brasil; reitera-se que a Reforma Psiquiátrica traz como essência, a busca do direito e da cidadania; recomenda-se uma reorientação do modelo assistencial, envolvendo serviços, clínica, formação dos técnicos, legislação e, fundamentalmente, a criação de um novo *locus* social para a loucura; preconizam a reabilitação psicossocial mediante oferta de atendimento multiprofissional e extra-hospitalar, com respeito às suas diferenças e cidadania, envolvendo a participação dos familiares no tratamento e valorizando a autonomia do sujeito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Nesse sentido, considerando o papel institucional das conferências, definido pela Lei 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990b), que instituiu os conselhos e as conferências de saúde como instrumentos de controle social, através dos quais, segmentos da sociedade e governo participam do acompanhamento e da definição das políticas públicas de saúde, pode-se imaginar a pressão que a sequência desses eventos vem exercendo sobre a agenda da Política Nacional de Saúde Mental.

Destarte, ainda que alguns desses eventos, devido ao seu teor político, também possam ser atribuídos ao fluxo político (*politic stream*), considera-se que nenhum desses episódios pode ser descolado do fluxo do problema (*problem stream*), haja

vista que é a sequência deles, sua magnitude e importância, que vai imprimindo o tom, a caracterização e definição do problema localizado na assistência psiquiátrica do Brasil. Desse modo, considerando que a definição do problema envolve estudo das causas e apresentação de alternativas de solução (SECCHI, 2013), tratou-se de uma sequência elementar para captura da atenção dos formuladores de políticas. Tanto foram, que algumas medidas pontuais foram implementadas pelo governo, entre 1991 e 1992.

QUADRO 9: Eventos, Crises e Símbolos da Política Nacional de Saúde Mental

Eventos, Crises e Símbolos 3: Constituição Federal de 1988, Lei orgânica da Saúde – 8.080/1990 e PL 3.657/1989	
Citação	Referência
<p>Constituição Federal de 1988</p> <p>Princípios fundamentais: “Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: I - a soberania; II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana”</p> <p>“Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I - construir uma sociedade livre, justa e solidária; II - garantir o desenvolvimento nacional; III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”</p> <p>“Art. 4º A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios: I - independência nacional; II - prevalência dos direitos humanos;”</p> <p>“Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição; II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei; III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;”</p> <p>“Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”</p> <p>“Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: I - zelar pela guarda da Constituição, das leis e das instituições democráticas e conservar o patrimônio público; II -</p>	<p>BRASIL (1988) Constituição Federal</p>

<p>cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”</p> <p>“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”</p> <p>“Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade”</p> <p>“§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.</p>	
<p>Lei Orgânica da Saúde</p> <p>“Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”</p> <p>“Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”</p> <p>§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.</p> <p>Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.</p> <p>Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.</p>	<p>BRASIL, (1990a) – Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990</p>
<p>Projeto de Lei nº 3.657</p> <p>“Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.”</p> <p>“Art. 1º Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.</p> <p>“Art. 3º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver”</p>	<p>BRASIL (1989) Projeto de Lei nº 3.657 de 29 de setembro de 1989</p>

FONTE: Elaborado pelo autor.

Representando o grupo dos Eventos, Crises e Símbolos 3, considera-se que a promulgação da Constituição Federal de 1988; a Lei orgânica da Saúde – 8.080/1990; e a apresentação do Projeto de Lei nº 3.657/1989 representaram símbolos fundamentais no fluxo do problema (*problem stream*) da Política de Saúde Mental brasileira, pois fundamentam a ascensão desse tema à agenda decisória.

A importância da promulgação da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde para o fluxo do problema ocorre por duas vias. Se, por um lado, veem pavimentar o caminho para Política de Saúde Mental, por outro, seus princípios e diretrizes terminam por sinalizar e justificar a necessidade de revisão do modelo adotado pela assistência psiquiátrica no Brasil. Considerando que direitos, cidadania, dignidade e atenção integral não correspondiam aos princípios e práticas adotadas pelo modelo assistencial, instalava-se uma contradição deste com os novos horizontes legais, forçando a atenção dos formuladores de políticas e pressionando as autoridades na elevação do tema à agenda decisória.

Em consonância com a construção da agenda da Política de Saúde Mental, a Constituição Federal de 1988 adota dentre seus princípios fundamentais, a promoção da cidadania e da dignidade da pessoa humana. Se compromete com a saúde, com os direitos humanos, com a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, bem como, com a promoção do bem de todos, sem qualquer forma de discriminação, afirmando que ninguém será submetido a nenhum tipo de tortura ou tratamento desumano. Além disso, reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, determina que o sistema de saúde brasileiro seja descentralizado, que ofereça atendimento integral e que esteja aberto à participação popular (BRASIL, 1988).

Conseqüentemente, a Lei Orgânica da Saúde, tradando-se do dispositivo normativo que regulamenta as disposições constitucionais para a saúde, adota integralmente todos os princípios e determinações constitucionais na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Ainda que essa legislação não disponha de nenhum capítulo específico para a saúde mental, engloba a saúde mental na sua compreensão de integralidade da saúde, permitindo que a futura assistência psiquiátrica seja financiada, gerida e operacionalizada pelo SUS. Numa convergência com as cláusulas adotadas pelo movimento da reforma psiquiátrica, adota preceitos distantes de uma

tradição organicista e positivista, reconhecendo a complexibilidade da natureza humana e dos fenômenos em torno da questão saúde *versus* doença (BRASIL, 1990).

Por fim, com a apresentação do Projeto de Lei nº 3.657, do deputado federal Paulo Delgado (PT/MG), se propõe a extinção progressiva dos manicômios e a substituição dessas instituições por outros recursos assistenciais, bem como a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória (BRASIL, 1989). Com isso, se evidencia, tanto um reconhecimento legítimo do problema da assistência psiquiátrica, por parte de membros da classe política, como a inauguração do fluxo político (*political stream*) da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Ao ser lançado na arena política e aprovado rapidamente pela Câmara dos Deputados, considera-se que houve uma consignação política da existência de uma condição problemática na assistência em saúde mental, resultando em sua maior evidência perante as autoridades governamentais e tomadores de decisão. Com efeito, a partir da década de 1990, surgem diversas legislações estaduais inspiradas nesse projeto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

O Projeto de Lei 3.657/1989 propunha a proibição tanto da construção de novos hospitais psiquiátricos públicos, como da contratação ou financiamento, pelo poder público, de novos leitos em hospital psiquiátrico privado. Determinava que as administrações regionais de saúde, no prazo de um ano, apresentassem um planejamento e cronograma de implantação de dispositivos extra-hospitalares, como hospital dia/noite, centros de atenção, centros de convivência e unidades de psiquiatria em hospital geral; e orientava a criação de Conselhos Estaduais da Reforma Psiquiátrica, com vistas a acompanhar, aprovar e garantir que os planos regionais e municipais de desospitalização fossem implementados (BRASIL, 1989).

Além disso, propunha que a internação psiquiátrica compulsória (aquela realizada sem o consentimento do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde), fosse comunicada à defensoria pública ou autoridade judiciária designada, para que esta emitisse parecer quanto à legalidade da internação (BRASIL, 1989).

Conforme especificado no próprio PL, esse instrumento revogaria as disposições constantes do Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, que dispunha sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, fundamentalmente centrado no estabelecimento psiquiátrico e nas garantias materiais do paciente (BRASIL, 1934). Dessa forma, ainda que tenha sofrido alterações no Congresso Nacional, e mesmo que sua aprovação tenha demorado

mais de dez anos, a legislação que fundamenta e configura a atual Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) é resultado dessa aprovação.

QUADRO 10: Eventos, Crises e Símbolos da Política Nacional de Saúde Mental

Eventos, Crises e Símbolos 4: compromissos e recomendações de órgãos internacionais	
Citação	Referência
<p>Declaração de Caracas</p> <p>“Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais”</p>	OPAS/OMS (1990)
<p>Recomendação 46/49 da ONU</p> <p>“adota os Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, cujo texto está anexo à presente resolução”</p>	NAÇÕES UNIDAS (1991)

FONTE: Elaborado pelo autor.

O grupo o grupo dos Eventos, Crises e Símbolos 4 é formado pelos compromissos e recomendações de órgãos internacionais. Trata-se da Declaração de Caracas de 1990, quando o Brasil assume o compromisso de reestruturar a assistência psiquiátrica; e das resoluções 46/49 da ONU, que orientam a adoção de 25 princípios fundamentais na assistência psiquiátrica, visando a proteção das pessoas em sofrimento mental e a melhoria na assistência à saúde mental. Esses eventos foram observados e mencionados na discussão do grupo dos Eventos, Crises e Símbolos nº 2, quando foram listados os congressos, encontros e conferências com impacto no fluxo do problema da Política de Saúde Mental. Contudo, a repetição desses eventos em separado se dá pela importância e caráter simbólico que esses documentos representam. Uma vez sendo signatário da Declaração de Caracas e um dos membros fundadores das Nações Unidas, não cabia ao Brasil ficar indiferente e fechar os olhos aos problemas vivenciados pela assistência psiquiátrica em seu território, sob pena de constrangimento internacional.

QUADRO 11: Eventos, Crises e Símbolos da Política Nacional de Saúde Mental

Eventos, Crises e Símbolos 5: Experiências bem-sucedidas e Legislações	
Citação	Referência
<p>Primeiro Centro de Atenção Psicossocial (São Paulo, 1987)</p> <p>“13 de março - Inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo“ (LAPS)</p> <p>“estávamos assumindo um importante projeto, colocando em prática a possibilidade de construir um serviço de cuidados às pessoas que apresentavam sofrimento psíquico, prescindindo do hospital psiquiátrico”</p> <p>“Em função do caráter inovador de nosso trabalho, fomos convidados a expô-lo em dezenas de eventos pelo país. Apresentávamos e discutíamos a possibilidade de se construir um novo serviço de saúde mental, não apenas em congressos oficiais e formais, mas em dezenas de encontros informais com as equipes de saúde de municípios”</p>	<p>Memoria da Reforma Psiquiátrica (LAPS, 1987a);</p> <p>Rupturas e Encontros (YASUI, 2010 p. 16)</p>
<p>Primeiro NAPS do Brasil (Santos-SP, 1989)</p> <p>“Em maio de 1989, a Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico privado, sofreu uma intervenção da Secretaria Municipal de Saúde, em função das atrocidades, incluindo-se mortes, cometidas com os pacientes lá internados. Iniciou-se, a partir da ‘desmontagem do manicômio’, um processo de transformação exemplar, com implantação de uma rede de atenção em saúde mental substitutiva”</p>	<p>Rupturas e Encontros (YASUI, 2010 p. 47)</p>
<p>Portaria SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991</p> <p>“Considerando a necessidade de melhorar a qualidade da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais; considerando a necessidade de diversificação dos métodos e técnicas terapêuticas, visando à integralidade da atenção a esse grupo e; considerando finalmente a necessidade de compatibilizar os procedimentos das ações de saúde mental com o modelo assistencial proposto, resolve: 1. Aprovar os Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental”</p>	<p>MINISTÉRIO DA SAÚDE (1991) Portaria SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991.</p>
<p>Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992</p> <p>“O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e presidente do INAMPS, no uso das atribuições do Decreto no 99.244, de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4o da Portaria 189/91, acatando exposição de motivos (17/12/91), da Coordenação de Saúde Mental do Departamento de Programas de Saúde da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas”</p>	<p>MINISTÉRIO DA SAÚDE (1992a) Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992</p>
<p>Portaria SAS nº 145, de 25 de agosto de 1994</p> <p>“Criar um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental, com o objetivo de acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS, a correta aplicação das normas em vigor”</p>	<p>MINISTÉRIO DA SAÚDE, (1994a) Portaria SAS nº 145, de 25 de agosto de 1994</p>
<p>Portaria GM nº 1.720, de 4 de outubro de 1994</p>	<p>MINISTÉRIO DA SAÚDE (1994b) Portaria GM nº</p>

<p>“Art. 1o Proclamar a adesão do Brasil à celebração do 10 de outubro como Dia Mundial da Saúde Mental”</p>	1.720, de 4 de outubro de 1994
<p>Lei Federal nº 9.867, de 10 de novembro de 1999</p> <p>“Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos conforme especifica”</p> <p>“Art. 1o As Cooperativas Sociais, constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagens no mercado econômico, por meio do trabalho, fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos”</p> <p>“Art. 3o Consideram-se pessoas em desvantagens, para os efeitos desta lei: I – os deficientes físicos e sensoriais; II – os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos”</p>	BRASIL (1999) Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999
<p>Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000</p> <p>“Art. 1o Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais”</p>	MINISTÉRIO DA SAÚDE (2000b) Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000
<p>Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992, do Rio Grande do Sul</p> <p>“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”</p>	RIO GRANDE DO SUL (1992) Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992
<p>Lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993, do estado do Ceará</p> <p>“dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências”</p>	CEARÁ (1993) Lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993
<p>Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994, do estado de Pernambuco</p> <p>“Dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências”</p>	PERNAMBUCO (1994) Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994
<p>Lei nº 6.758, de 4 de janeiro de 1995, do Rio Grande do Norte</p> <p>“Dispõe sobre a adequação dos hospitais psiquiátricos, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, construção de unidades psiquiátricas e dá outras providências”</p>	RIO GRANDE DO NORTE (1995) Lei nº 6.758, de 4 de janeiro de 1995
<p>Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, de Minas Gerais</p> <p>“Dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências”</p>	MINAS GERAIS (1995) Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995
<p>Lei nº 11.189, de 9 de novembro de 1995, do estado do Paraná</p> <p>“Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais”</p>	PARANA (1995) Lei nº 11.189, de 9 de novembro de 1995
<p>Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995, do Distrito Federal</p> <p>“Fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências”</p>	DISTRITO FEDERAL (1995) Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995

Lei nº 5.267, de 10 de setembro de 1996, do Espírito Santo	ESPÍRITO SANTO (1996) Lei nº 5.267, de 10 de setembro de 1996
“Dispõe sobre direitos fundamentais das pessoas consideradas doentes mentais e dá outras providências”	
Lei nº 12.684, de 1º de dezembro de 1997, de Minas Gerais	MINAS GERAIS (1997) Lei nº 12.684, de 1º de dezembro de 1997
“dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental e dá outras providências”	

FONTE: Elaborado pelo autor.

Finalmente, representadas pelo grupo dos Eventos, Crises e Símbolos 5, considera-se que as Legislações e Experiências bem-sucedidas que acompanharam a agenda da Política Nacional de Saúde Mental, influenciaram sua ascensão à agenda decisória.

Em 1987, inaugurava-se na cidade de São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, cujo qual recebe o nome de CAPS professor Luiz da Rocha Cerqueira, numa homenagem ao psiquiatra, que foi Coordenador de Saúde Mental de São Paulo, um entusiasta pela reformulação da assistência psiquiátrica brasileira e um dos precursores na defesa da ruptura hospitalocêntrica (LAPS, 1987a; PICCININI, 2004).

Nesse sentido, alterando a concepção de atendimento e de assistência à saúde mental, esse novo dispositivo se constitui num espaço aberto, que dispõe e oferece serviços diversos e multiprofissionais, e que permite e incentiva a formação/capacitação de suas equipes sob essa nova lógica de assistência, na qual o usuário é visto como protagonista e, tanto técnico, como usuário e familiares participam do tratamento. Por sua vez, esse primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) se torna um lugar de referência de socialização e de tratamento para usuários e familiares, repercutindo e inspirando a criação e transformação de diversos equipamentos pelo país (SILVA; FONSECA, 2002; YASUI, 2010). Por essa razão, neste exercício de análise de agenda (*agenda setting*), foi considerado um importante símbolo dentro do fluxo do problema (*problem stream*) da Política Nacional de Saúde Mental.

Nessa mesma linha, em 1989 tem-se a inauguração do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) do Brasil, produto de uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta, uma instituição privada que ficou conhecida como “casa dos horrores”, em função das atrocidades ocorridas em seu interior (SOUZA, 2019). A partir dessa intervenção, desenvolveu-se um processo de transformação exemplar,

desmontando o manicômio e, em sua substituição, implantando-se uma rede de atenção em saúde mental. Dessa forma, assim como o primeiro CAPS, esse primeiro NAPS ganhou repercussão e inspirou novos equipamentos de assistência pelo país (YASUI, 2010). Desse modo, opera como um símbolo para o fluxo do problema (*problem stream*) da política de saúde mental, fortalecendo tanto a evidência do problema da assistência psiquiátrica no Brasil, como sinalizando a existência de possíveis alternativas.

A título de explicação, é válido lembrar que as atividades desenvolvidas pelo NAPS e CAPS eram similares¹⁴, ficando à cargo do gestor definir qual nomenclatura seria adotada (AMARANTE, 1998).

No quesito legislações, se observa uma extensa gama de dispositivos acompanhando a agenda da Política Nacional de Saúde mental. Entre 1991 e 1995, na esfera Federal, o Ministério da Saúde surge como protagonista na elaboração de dispositivos que possibilitavam a construção de uma rede de serviços substitutivos e alternativos ao hospital psiquiátrico. Assim, publica-se a Portaria SNA nº 189, no dia 19 de novembro de 1991, incluindo na tabela remuneratória do SUS, atividades, técnicas e procedimentos correlatos aos CAPS/NAPS, como oficinas terapêuticas e atendimento grupal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991).

Na sequência, através da Portaria SNAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992, o governo regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental, ditando, inclusive, uma regra clara para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos. Incorpora novos procedimentos terapêuticos à tabela do SUS; define explicitamente as atividades ofertadas pelo NAPS/CAPS; e orienta a composição de uma equipe técnica mínima, tanto para os hospitais como para os serviços alternativos. Desse modo, tratou-se de um instrumento/evento histórico e valoroso na agenda da Política de Saúde Mental. É válido mencionar que nesse momento, já havia o Relatório Final da I CNSM; o PL 3.657/1989; a Declaração de Caracas (1990); e as Resoluções da ONU (1991), o que pode ter contribuído para a adoção, por parte do governo, de ideias próximas às apresentadas pelo Movimento em Saúde Mental.

Em sinal de fortalecimento da agenda, no dia 25 de agosto de 1994, publica-se a Portaria SAS nº 145, criando um subsistema de supervisão, controle e avaliação da

¹⁴ Desde a Portaria MS/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que atualizou a regulamentação dos CAPS no Brasil, não mais se utiliza a nomenclatura NAPS.

assistência em saúde mental, a fim de acompanhar, avaliar e verificar se os estabelecimentos prestadores de serviços para o SUS encontravam-se alinhados às normas em vigor. Por sua vez, a Portaria MS/GM nº 1.720 de 4 de outubro, proclama a adesão do Brasil à celebração Dia Mundial da Saúde Mental (dia 10 de outubro), não só reafirmando a relevância da área no campo da saúde, mas criando um símbolo importante no fluxo do problema (*problem stream*) da política.

Já em 1999, a promulgação da Lei nº 9.867, de 10 de novembro, dispendo sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos em desvantagens, por sua vez, vem fortalecer a agenda da política e somar forças ao projeto da reforma psiquiátrica. Essa legislação cria condições de empregabilidade e integração para os doentes mentais, dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente e egressos de hospitais psiquiátricos (BRASIL, 1999). Uma evidência da sintonia dessa legislação com a proposta de reforma psiquiátrica, encontra-se no fato de ter sido apresentada na Câmara dos Deputados, pelo deputado federal Paulo Delgado, autor da Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Outro passo importante na agenda da reforma ocorre com a edição da Portaria MS/GM nº 106, de 11 de fevereiro do ano 2000, criando os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento de pacientes em processo de desinstitucionalização. Esses dispositivos são moradias ou casas assistidas, inseridas, preferencialmente na comunidade em que vivia o paciente, e se destinam para o acolhimento de egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares, viabilizando assim sua inserção social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000b).

Por último, porém não menos importante, compõem esse grupo de eventos, crises e símbolos, um conjunto de leis estaduais, inspiradas no Projeto de Lei nº 3.657/1989, de autoria do deputado Paulo Delgado. Assim, entre 1992 e 1997, o Distrito Federal e mais sete estados brasileiros (Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul) aprovaram leis com vistas a definir e garantir o direito das pessoas com transtornos mentais, em suas jurisdições. De modo geral, além de versarem sobre direitos, todas essas legislações preveem a substituição progressiva da assistência realizada no hospital psiquiátrico por outros dispositivos ou serviços extra-hospitalares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Ainda que localizadas nos estados, a importância dessas legislações para o grupo de eventos, crises e símbolos do fluxo do problema da Política Nacional de Saúde Mental, tem a ver com a pressão que o contexto nacional termina por exercer sobre a esfera federal. Para efeito desta análise, considera-se tratar-se de um perfeito sinalizador, reforçando o problema da assistência psiquiátrica e sinalizando uma tendência aos tomadores de decisão. Acredita-se que, com isso, tem-se uma corroboração da viabilidade e da necessidade de uma revisão normativa na esfera federal, com vistas a garantir, em definitivo, a implementação de uma política nacional baseada, essencialmente, nos dispositivos extra-hospitalares.

No que pese a seção eventos, crises e símbolos ser extensa, se faz necessário reconhecer e perceber esse percurso como parte integrante do fluxo do problema (*problem stream*). É válido lembrar, que a despeito de todos esses acontecimentos, o Brasil chegaria ao final do ano 2000, sem que tivesse sido aprovada, a Lei Federal que selaria a Reforma Psiquiátrica no Brasil e, definitivamente, reorientaria a assistência, por meio da adoção explícita e preferencial dos serviços alternativos e extra-hospitalares, de base comunitária e territorial. Conforme ensinamentos de Kingdon ([1984] 2014), um problema não captura a atenção dos formuladores de políticas apenas por meio de indicadores, tampouco os eventos, crises e símbolos são suficientes para elevar um assunto à agenda. Se faz necessário uma perfeita delimitação e definição desse problema, partindo da identificação das causas e das possíveis soluções (CAPELLA, 2005; SECHI, 2013). Nesse sentido, considera-se que essa gama de eventos, crises e símbolos corroborou fortemente para esse processo e, conseqüentemente, para que o problema da assistência psiquiátrica recebesse a atenção dos tomadores de decisão.

3.1.3 *Feedback* sobre as ações governamentais

O feedback sobre as ações governamentais corresponde às informações, notícias e conhecimentos acerca de uma dada realidade, operada pelo governo, e que, ao longo do curso natural dos eventos, chegam até as autoridades governamentais e formuladores de políticas (KINGDON, [1984] 2014). Podem ser *feedbacks* formais, representados por dados sistematizados e relacionados ao custo e cumprimento de uma meta, por exemplo, ou informais, quando se trata de uma reclamação de usuário ou servidor, todavia, o fato é que esses elementos, assim como

os indicadores, crises, eventos e símbolos, têm o poder de aumentar a percepção sobre um problema (CAPELLA, 2005).

No que tange à questão da assistência psiquiátrica brasileira, ao longo do curso de sua caracterização como problema, inúmeros *feedbacks*, formais e informais, estiveram disponíveis e acessíveis aos formuladores de política e tomadores de decisão. Para a presente análise, utilizou-se dessas informações para composição de dois grupos de *feedbacks*. No primeiro, QUADRO 12, são elencados os dados que indicam a ineficiência do modelo vigente e, no segundo, QUADRO 13, agrupam-se as informações que denotam a possibilidade de uma realidade diferente, ou seja, é composto por informações sobre experiências alternativas e bem-sucedidas.

No primeiro quadro, buscou-se estabelecer uma ordem cronológica às informações, partindo do contexto gatilho do fluxo do problema (*problem stream*), no final da década de 1970; passando pelas informações oriundas das conferências de saúde e realizadas na segunda metade da década de 1980; alcançando a justificativa do Projeto de Lei nº 3.657 de 1989; o teor da Declaração de Caracas, assinado em 1990; e, finalmente, adentrando no relatório da I Caravana de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, divulgado no ano 2000 (próximo à aprovação da Lei 10.216 de 2001). Dessa perspectiva e pelo teor das informações, é possível observar a evolução/involução ou estabilidade da condição da assistência em saúde mental no Brasil, logo, considera-se constituir-se num panorama importante para os formuladores de políticas e tomadores de decisão.

QUADRO 12. Feedbacks para a Política Nacional de Saúde Mental

Feedback 1. Ineficiência do sistema
Citação/Referência
Já em 1961, o diretor do extinto SNDM (substituída pela DINSAM), “reconhece que nos grandes hospitais psiquiátricos estão internados doentes susceptíveis de viverem no exterior, desde que tratados adequadamente. Graças aos modernos recursos terapêuticos, recupera-se de modo estável muitos doentes de 10, 15 e até vinte anos de internação hospitalar” (CEBES, 1980a, p.45)
Em 1973, o Ministério da Saúde admite que “o sistema assistencial brasileiro, baseado na solução custodial, que consiste na internação em massa, dos pacientes em hospitais psiquiátricos, está inteiramente superado, pois seu abandono vem sendo preconizado há cerca de trinta anos” (CEBES, 1980a, p.45)
“de 1973 a 1976 a hospitalização psiquiátrica sofreu o significativo aumento de 344%, enquanto a taxa de reinternação alcançou 63%” (CEBES, 1980a, p.47)
“As internações em hospitais psiquiátricos do país são feitas, em proporção apreciável, de modo indiscriminado, sem a devida triagem especializada” (CEBES, 1980a, p.45)
Em 1977, o ministério da saúde conclui que “as ações estão voltadas precipuamente para o atendimento das necessidades sentidas, que correspondem ao nosso meio a fase mais ou menos

tardia das alterações mentais, em lugar da eleição das atividades de promoção e prevenção primária e sobretudo secundária, onde os resultados terapêuticos são mais eficazes” (CEBES, 1980a, p.45)
“As ações são desenvolvidas basicamente no campo hospitalar de caráter asilar sem interligações com vários serviços, principalmente ambulatorial, sendo rotineira a descontinuidade do tratamento, as readmissões hospitalares e, em função de uma e outra ocorrência, os altos índices de cronificação. Esta situação resulta em crescentes custos operacionais, baixo atendimento da demanda e reduzidos índices de eficiência e eficácia” (CEBES, 1980a, p.46)
Em 1974, numa vistoria pela Colônia Juliano Moreira, “para perplexidade desses técnicos, dentre os inúmeros absurdos constatados, estava que o número real de internos era bem maior que o admitido pela instituição, doentes, pois, sem registro, sem prontuário nem tratamento” (...) “boa parte dos pacientes não via um médico há mais de dez anos, o que dá uma mostra do descaso da instituição com relação a recuperação dos pacientes” (CEBES, 1980b, p.50)
“a compra de serviços de terceiros transformou a saúde em objeto de lucro” (CEBES, 1980a, p.46)
“Na área da saúde, verifica-se um acúmulo histórico de vicissitudes que deram origem a um sistema em que predominam interesses de empresários e da área médico-hospitalar. O modelo de organização do setor público é anárquico, pouco eficiente e eficaz, gerando descredito junto à população” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p. 6)
“A centralização esvaziou, nas últimas décadas, o poder e as funções próprias das unidades federadas e de seus municípios” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p. 12)
“a doença mental, na atualidade, pode ser compreendida também como resultante do processo de aviltamento e exclusão social de significativos setores da população. A medicalização e psiquiatrização frequentemente mascaram os problemas sociais e assim contribuem para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a estes processos, despojando-os de seus direitos civis, sociais e políticos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 21)
“o referido modelo choca-se com as modernas aquisições preventivas e terapêuticas, e tem como pedras basilares o privilegiamento do setor privado e a marginalização da saúde mental em relação à saúde geral” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 36)
“a situação da saúde mental deve ser entendida no quadro das políticas de saúde que não têm sido concebidas de modo a equacionar e resolver os grandes problemas de saúde da população” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 37)
“O hospital psiquiátrico especializado já demonstrou ser recurso inadequado para o atendimento de pacientes com distúrbios mentais. Seu componente gerador de doença mostrou ser superior aos benefícios que possa trazer. Em todo o mundo, a desospitalização é um processo irreversível, que vem demonstrando ser o manicômio plenamente substituível por serviços alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos, mais terapêuticos” (BRASIL, 1989, p. 10697)
“a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo” (OPAS/OMS, 1990)
“o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos (atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo) ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo; c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores” (OPAS/OMS, 1990)
“A Comissão de Direitos Humanos havia recebido denúncia de que clínicas psiquiátricas de Goiânia estavam realizando neurocirurgias e que a psiquiatria praticada hegemonicamente na cidade seria tributária de uma concepção biologicista responsável por violações dos Direitos Humanos dos pacientes” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000 p. 4)
“nesta clínica, há alguns meses, um paciente morreu queimado quando estava contido mecanicamente em seu leito” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000 p. 5)
“O que já seria inaceitável em qualquer situação ao final desse século torna-se escandaloso quando sabemos que essas concepções sobrevivem às custas do financiamento público” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000 p. 6)
“Flagramos três casos de contenção mecânica de pacientes nos leitos. Dois deles absolutamente fora dos procedimentos técnicos” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000 p. 7)
“Esses dois pacientes estavam, na verdade, amarrados pelos pulsos e pelos tornozelos procedimento que pode provocar lesões e promove, certamente, sofrimento contornável” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000 p. 7)

“a clínica São Paulo é um verdadeiro depósito de doentes mentais. Suas instalações são inaceitáveis e conformam condição de sofrimento aos internos. Foi difícil para nós realizar o trabalho de inspeção pela própria angústia dos pacientes que cercavam os integrantes da caravana implorando por sua liberdade” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000 p. 14)

“A primeira instituição que visitamos em São Paulo foi o Hospital Psiquiátrico do complexo do Juqueri em Franco da Rocha. Hoje, cerca de 1.500 (um mil e quinhentos) pacientes estão internados em seus pavilhões. A maioria deles, cronicados pelo longo período de internação” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000 p. 24)

“Ao que tudo indica, os internos são medicados "coletivamente"; vale dizer: sem a necessária atenção individualizada” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000 p. 26)

“se verifica a vigência de uma concepção prisional e asilar no trato com os doentes mentais” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000 p. 30)

FONTE: Elaborado pelo autor.

Conforme se verifica, não houve carência de *feedbacks* para os formuladores de políticas, no âmbito da assistência em saúde mental brasileira. Desde muito antes da crise da DINSAM (1978), já havia reconhecimento e informações das mais variadas fontes, sinalizando a insuficiência e ineficiência da assistência prestada aos doentes mentais. Em 1961, o diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) manifestava publicamente seu entendimento acerca da possibilidade de pacientes internados em grandes hospitais psiquiátricos, receberem tratamento extra-hospitalar (CEBES, 1980a). Ainda que não fosse o caso do Brasil, era sabido da recuperação de pacientes internados há décadas, graças “aos modernos recursos terapêuticos”.

Nessa mesma linha, em 1973 o Ministério da Saúde conclama o anacronismo do sistema assistencial brasileiro, baseado na solução custodial e na internação em massa dos pacientes, em hospitais psiquiátricos. Para o ministério, esse modelo já estava inteiramente superado, pois seu abandono vinha sendo preconizado há cerca de trinta anos (CEBES, 1980a). Entretanto, numa contradição às principais tendências europeia e americana, o que se via no Brasil era uma intensificação da internação psiquiátrica. Entre 1973 e 1976, o número de internamentos nos hospitais brasileiros aumentou 344%.

Uma prova da ineficiência da hospitalização pode ser medida com a taxa de reinternação, que nesse mesmo período alcançou 63% (CEBES, 1980a). Evidentemente, esse dado também reflete o alto grau de cronificação e da dependência institucional dos pacientes. Nesse sentido, o psiquiatra Luiz Cerqueira, um dos pioneiros e defensores dos serviços comunitários, chamava a atenção para o fato de que, com a ajuda e introdução dos antipsicóticos, em todo mundo as hospitalizações estavam diminuindo, todavia, em via oposta, no Brasil elas só aumentavam (PICCININI, 2004).

O Ministério da Saúde voltou a reconhecer em 1977, que a assistência centrada no hospital se concentrava na fase mais tardia das alterações mentais, sendo necessário maior investimento em atividades de promoção e prevenção primária e secundária, onde se encontravam os resultados terapêuticos mais eficazes. Todavia, na realidade, as ações se desenvolviam basicamente no campo hospitalar, sem qualquer interligação com outros serviços. Nesse mesmo ano, os recursos destinados à hospitalização somaram 96% do orçamento total, enquanto restou para o ambulatório os outros 4%. Não à toa, vivia-se um contexto de altos índices de cronificação, elevados custos operacionais e reduzidos índices de eficiência e eficácia (CEBES, 1980a).

Entretanto, ao lado dos índices e números expressos pela via da hospitalização, dados qualificativos chegavam aos formuladores de políticas pelo relato e manifestações de atores que adentravam às instituições. Em 1974, na Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, havia pacientes internados há décadas e que não via um médico há mais de dez anos. Pior, havia pacientes internados, mas sem registro de internamento, revelando a situação de profundo abandono e o perfil de atendimento dispensado aos doentes.

A partir da crise do DINSAM e da criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), esse ator (grupo de interesse) inicia um processo de críticas e denúncias contra a situação do modelo de assistência vigente no Brasil (AMARANTE, 1998). Tanto alertava a ineficiência do modelo, como sinalizava o seu caráter cronificador, um fenômeno sentido pelo baixo índice de recuperação dos doentes e pelos internamentos que se estendiam por longos anos. A partir de 1978, também se intensificaram as denúncias contra o sistema de compra de serviços privados pelo governo. Alegava-se que esse processo de terceirização e privatização transformara a saúde em puro objeto de lucro. Para o MTSM, esse sistema permitia “florescer uma verdadeira indústria da loucura, constituída por gigantescos hospitais, os quais tinham na eterna reinternação de doentes mentais, tornados crônicos, uma fonte inesgotável de lucro” (CEBES, 1980a, p.49).

Assim, como resultado da ênfase hospitalocêntrica e da compra de serviços privados pelo governo, começam a circular denúncias de fraudes no sistema, como pagamento por serviços não produzidos, tais como exames, internamentos, medicamentos, eletrochoques e psicoterapias, bem como a utilização de procedimentos de forma desnecessária e irracional, como internações

contraindicadas, tratamentos fármacos sem indicação ou em excesso. Vivia-se um momento no qual as necessidades do paciente pouco importavam, imperando a busca por melhores rendimentos. Dessa forma, mesmo sem oferecer tratamentos psicológicos e terapia ocupacional, havia instituições que forjavam tê-los e cobravam por esses serviços. Ou ainda, aplicavam técnicas de menor custo e registravam a realização de um procedimento mais caro e complexo: “não são poucos os serviços que aplicam eletroconvulsoterapia e cobram como se fosse sonoterapia, não apenas pelo custo maior, mas, porque muitos internos e familiares não aceitam o choque” (CEBES, 1980a, p. 47).

Na ocorrência da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o sistema geral de saúde foi objeto de críticas. Mencionou-se que se tratava de um modelo anárquico, pouco eficiente e sem credibilidade junto à população. Ponderou-se que a centralização esvaziou o poder e a função das unidades da federação e dos municípios. Avaliou-se que um acúmulo histórico de eventualidades deu origem a um sistema no qual predomina o interesse de empresários e da área médico-hospitalar, em detrimento das necessidades da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

Nesse sentido, por meio do relatório final da 1ª Conferência de Saúde Mental, realizada no ano de 1987, é possível verificar que a sociedade não estava satisfeita com aquela realidade. A questão da saúde mental foi colocada no grupo das políticas que não são concebidas para equacionar e resolver os problemas da população. Frisou-se que o modelo centrado no hospital e baseado no setor privado, além de chocar-se com a existência de novas aquisições terapêuticas e preventivas, marginalizava a saúde mental, mascarava os problemas sociais, promovia exclusão social e suprimia direitos civis, sociais e políticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988).

Com efeito, no Projeto de Lei 3.657 de 1989, exalta-se a necessidade de superação do hospital psiquiátrico, tendo em vista ter sido demonstrado tratar-se de um recurso inadequado para o atendimento de pacientes com distúrbios mentais. O legislador denuncia o parque manicomial criado no Brasil, nas décadas de 1960 e 1970, em função da política de privatização intensiva da saúde, e acrescenta que em todo o mundo, a desospitalização é um processo irreversível, haja vista ter sido comprovada a possibilidade desses equipamentos serem plenamente substituídos por serviços alternativos e mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos e mais terapêuticos (BRASIL, 1989).

Nesse sentido, o projeto de lei refletia o processo de transformação na assistência psiquiátrica em desenvolvimento pela Europa e Estados Unidos. Não à toa, em 1990, por meio da Declaração de Caracas, a Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde declaravam que a assistência psiquiátrica convencional era incompatível com o alcance de um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo. Além desse tipo de assistência exigir maior investimento financeiro e humano, termina por gerar incapacidade social e colocar em risco os direitos humanos e civis do paciente (OPAS/OMS, 1990).

A questão dos direitos humanos sempre foi um fator contrastante com a assistência psiquiátrica hospitalocêntrica desenvolvida no Brasil, quer se tratasse de uma instituição pública ou privada. A exemplo de uma vistoria realizada na Colônia Juliano Moreira, em 1974, que encontrou pacientes internados há décadas, alguns sem registro de internamento e nem prontuário, outros desassistidos por médico há dez anos. Todavia, passados quase trinta anos, a realidade encontrada pela I Caravana dos Direitos Humanos da Câmara dos Deputados não foi diferente. Com isso, vieram à público a situação qualitativa experimentada pelos internos nas instituições psiquiátricas brasileiras na virada do milênio. A caravana avaliou tratar-se de uma concepção prisional e asilar no trato com os doentes mentais (embora esse tipo de assistência não seja o adequado nem para as penitenciárias): superlotação, aprisionamentos, isolamento, contenções abusivas, neurocirurgias inadequadas, mortes, internamento de décadas, sofrimento, medicação coletiva etc. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000)

Kingdon ([1984] 2014) salienta que *feedbacks* aumentam a percepção do problema. Desse modo, ao longo desse período de quarenta anos foram produzidos inequívocos e fartos *feedbacks* quanto à ineficiência e problemática da assistência em saúde mental no Brasil. Todavia, os *feedbacks* produzidos e oferecidos pela I Caravana de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, são considerados cruciais para a aprovação da Lei 10.216 de 2001 (dispositivo normativo orientador da nova Política Nacional de Saúde Mental). Essas informações foram produzidas pelos próprios integrantes do parlamento e chegaram num momento decisivo para o debate que antecedeu a aprovação da lei, servindo de evidência da realidade assistencial brasileira e favorecendo a tomada de decisão (*agenda setting*).

Adiante, no QUADRO 13, são selecionadas algumas experiências consideradas interessantes, pelo MTSM, ocorridas no início da década de 1970. Segue-se para as primeiras experiências bem-sucedidas no final da década de 1980, passando por considerações da Declaração de Caracas, do projeto de Lei nº 3.657/1989 e da 11ª CNS. Por fim, são reescritas as legislações aprovadas pelo Distrito Federal e mais sete estados brasileiros, entre os anos 1992 e 1997. Por essa via, verifica-se a existência de *feedbacks* por duas dimensões. Se por um lado, conforme quadro anterior, havia clara evidência do problema, por outro, são produzidos sinalizadores de possibilidade de solução, o que, por sua vez, resultaria em potencialização e maior visibilidade do problema, aumentando a pressão sobre os formuladores de política.

QUADRO 13. Feedbacks para a Política Nacional de Saúde Mental

Feedback 2. Experiências bem-sucedidas e legislações estaduais	
Citação	Referência
“O Hospital Pinel, talvez por estar localizado na zona sul carioca e prestar pronto socorro a uma camada socialmente privilegiada da população, desde sua criação, funcionou em moldes mais modernos e oferecendo uma assistência de melhor qualidade. Tanto é assim, que logo se transformou num dos principais centros de formação de recursos humanos, acolhendo estagiários de todo o país” (CEBES, 1980, p. 50)	
“No Centro Psiquiátrico do Engenho de dentro, no curto período de 72-74, foram implementadas experiências bastante interessantes, tanto do ponto de vista técnico, como a introdução de novas formas de tratamento, quando do de formação profissional” (CEBES, 1980, p. 50)	
Primeiro Centro de Atenção Psicossocial (São Paulo, 1987) “estávamos assumindo um importante projeto, colocando em prática a possibilidade de construir um serviço de cuidados às pessoas que apresentavam sofrimento psíquico, prescindindo do hospital psiquiátrico” (YASUI, 2010, p. 16)	
Primeiro NAPS do Brasil (Santos-SP, 1989) “Iniciou-se, a partir da “desmontagem do manicômio”, um processo de transformação exemplar, com implantação de uma rede de atenção em saúde mental substitutiva” (YASUI, 2010, p. 47)	
“É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).	
(em 1989) “são implantados no município de Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)	
“Em todo o mundo, a desospitalização é um processo irreversível, que vem demonstrando ser o manicômio plenamente substituível por serviços alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos, mais terapêuticos. A experiência italiana, por exemplo, tem demonstrado a viabilidade e factibilidade da extinção dos manicômios, passados apenas dez anos de existência da ‘Lei Basaglia’” (BRASIL, 1989, p. 10.697)	
“o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000” (OPAS/OMS, 1990)	

<p>“os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar o alcance dessa meta, pois oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva” (OPAS/OMS, 1990)</p>
<p>“considerando que o modelo de atenção extra-hospitalar tem demonstrado grande eficiência e eficácia no tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000b)</p>
<p>“Os participantes da 11a CNS expressam seu apoio ao reordenamento da Atenção em Saúde Mental, no contexto do SUS, que se convencionou denominar Reforma Psiquiátrica Brasileira. Entendem que usuários, trabalhadores e familiares têm provado, na prática, a possibilidade de se fazer Psiquiatria sem necessidade da violência, da exclusão e da negação” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000a)</p>
<p>Lei nº 9.716 de 7 de agosto de 1992 do Rio Grande do Sul “Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências” (RIO GRANDE DO SUL, 1992)</p>
<p>Lei nº 12.151 de 29 de julho de 1993 do estado do Ceará “Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências” (CEARÁ, 1993)</p>
<p>Lei nº 11.064 de 16 de maio de 1994 do estado de Pernambuco “Dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências” (PERNAMBUCO, 1994)</p>
<p>Lei nº 6.758 de 4 de janeiro de 1995 do Rio Grande do Norte “Dispõe sobre a adequação dos hospitais psiquiátricos, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, construção de unidades psiquiátricas e dá outras providências” (RIO GRANDE DO NORTE, 1995)</p>
<p>Lei nº 11.802 de 18 de janeiro de 1995 de Minas Gerais “Dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências” (MINAS GERAIS, 1995)</p>
<p>Lei nº 11.189 de 9 de novembro de 1995 do estado do Paraná “Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais” (PARANÁ, 1995)</p>
<p>Lei nº 975 de 12 de dezembro de 1995 do Distrito Federal “Fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências” (DISTRITO FEDERAL, 1995)</p>
<p>Lei nº 5.267 de 10 de setembro de 1996 do Espírito Santo “Dispõe sobre direitos fundamentais das pessoas consideradas doentes mentais e dá outras providências” (ESPÍRITO SANTO, 1996)</p>
<p>Lei nº 12.684 de 1º de dezembro de 1997 de Minas Gerais “dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental e dá outras providências” (MINAS GERAIS, 1997)</p>

FONTE: Elaborado pelo autor.

Como visto, nem só de *feedbacks* negativos era composto o ambiente em torno da agenda da PNSM. Antes mesmo da ocorrência dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), já havia registro de experiências consideradas interessantes e de qualidade no interior dos hospitais da DINSAM. Em meados do século passado, o Hospital Pinel, no Rio de Janeiro, funcionava em moldes mais modernos e oferecia assistência de qualidade, com técnicas mais liberais e eficazes de tratamento, como psicoterapia, atendimento familiar e comunidade terapêutica. Por sua vez, servia de

referência e de centro de formação para técnicos de diferentes partes do país (CEBES, 1980b).

O mesmo acontecia no Centro Psiquiátrico do Engenho de dentro, também no Rio de Janeiro. Uma das experiências mais marcantes e conhecidas desse hospital foi o museu do inconsciente, produto do trabalho da psiquiatra Nise da Silveira, que, em oposição às técnicas invasivas e tratamentos violentos, como eletroconvulsoterapia e lobotomia, desenvolvia com seus pacientes, atividades baseadas na arteterapia. Entretanto, infelizmente essas experiências não tiveram muito folego. Ainda na década de 1970 as técnicas mais liberais e eficazes de tratamento foram substituídas pelo encarceramento sumário, por altas doses de medicamentos e pela brutal opção do eletrochoque (CEBES, 1980b).

No início da década de 1980, a partir de um acordo de cogestão entre Ministério de Saúde e INAMPS, também são registradas experiências de cunho preventivo nos hospitais da DINSAM. Com base na psiquiatria preventiva americana e na psiquiatria de setor francesa, esses hospitais passaram a oferecer atividades comunitárias e serviços mais humanizados. Entretanto, diferentemente da proposta basagliana e que seria assumida pela PNSM, essas opções de tratamento ainda giravam em torno da estrutura do hospital psiquiátrico. Ainda que sirvam de exemplo de experiência positiva, essas ações foram pontuais e localizadas apenas em alguns hospitais, não se traduzindo num exercício pleno, transformador e significativo (AMARANTE, 1998).

Por sua vez, no final da década de 1980, serão os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que oferecerão os melhores *feedbacks* acerca da possibilidade de transformar a assistência psiquiátrica brasileira, por meio de dispositivos inovadores e eficientes, sobretudo distanciados do hospital psiquiátrico. Conforme aponta Silvio Yasui, um dos técnicos que fez história no primeiro CAPS do Brasil, “estávamos assumindo um importante projeto, colocando em prática a possibilidade de construir um serviço de cuidados às pessoas que apresentavam sofrimento psíquico, prescindindo do hospital psiquiátrico” (YASUI, 2010, p. 16).

Da mesma forma, a experiência com a implementação do primeiro NAPS do Brasil, em Santos – SP, um episódio com repercussão nacional, mostrou ser possível desmontar o manicômio e implantar uma rede de atenção efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Ficou clara a possibilidade de prescindir ao Hospital, com equipamentos funcionando 24 horas, paralelos à criação de cooperativas, associações e residências para os egressos do hospital, sem a necessidade do

enclausuramento, sem o risco do abandono e da violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Nessa época, a Organização Mundial de Saúde já reconhecia a eficácia das ações extra-hospitalares, e compreendia que somente por meio do atendimento primário de saúde, seria possível alcançar sua meta de “Saúde para Todos” até o ano 2000. Desse modo, sinalizava que o caminho se encontrava na oferta de ações descentralizadas, preventivas e participativas, com base nas necessidades específicas de cada comunidade e da população (OPAS/OMS, 1990). Nesse sentido, o projeto de lei da reforma psiquiátrica brasileira traz como justificativa para sua propositura, o fenômeno da desospitalização pelo mundo, alegando ser um processo irreversível e que vinha demonstrando ser absolutamente possível, a substituição do manicômio por equipamentos alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos e mais terapêuticos (BRASIL, 1989).

No ano 2000, a eficiência dos resultados obtidos com as experiências inovadoras e transformadoras, representadas pelos CAPS/NAPS, foram cristalizadas no relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Nesse documento, registram o entendimento de que usuários, trabalhadores e familiares vinham provando na prática, a possibilidade de se fazer psiquiatria sem a necessidade de exercer violência, excluir e negar a complexidade da doença e os direitos dos doentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000a). Não obstante, na esteira da apresentação do Projeto de Lei nº 3.657 de 1989, entre 1992 e 1997, o Distrito Federal e mais sete estados federados (Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul), aprovam legislações revendo procedimentos, prevendo direitos aos doentes e reorientando a assistência em saúde mental nas suas jurisdições (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Consequentemente, essa fatura de *feedbacks* não apenas tornava clara uma possibilidade e necessidade, como deixava transparecer uma parcela da disposição política e social, frente a necessidade de enfrentar seriamente o problema da assistência psiquiátrica brasileira.

Kingdon ([1984] 2014) considera que problemas são construções sociais e que para receberem a devida atenção dos formuladores de políticas, precisam estar bem formulados e definidos. Nesse sentido, por meio dos documentos e referências da presente análise, foi possível verificar não somente o fator social na construção e delimitação do problema da assistência psiquiátrica brasileira, mas, principalmente, o

estabelecimento de um farto conjunto de informações e recursos, que diferentes atores, em diferentes espaços e com variados recursos, produziram e fizeram chegar aos formuladores de política.

Desse modo, o fluxo do problema (*problem stream*) se constitui fartamente com: indicadores que revelam a ênfase na hospitalocêntrica e baseada na lógica do lucro operada pelo setor privado, resultando em fraudes e violações contra os pacientes; com a ocorrência de crises, símbolos e eventos, como greves, denúncia e intervenções, porém pela ocorrência de encontros e conferências, dando tom ao problema e definindo possibilidades; tal como símbolos importantes, como Constituição Federal, SUS e primeiros CAPS/NAPS; e termina com *feedbacks* que tanto dimensionam e reforçam o problema, como apontam para uma direção de possível solução. Destarte, a delimitação do problema implica mais que narrativas e envolve dados, fatos, a identificação de suas causas e das possíveis soluções (SECCHI, 2013). Sendo assim, se o sucesso do problema no processo de formação de agenda começa por essa definição (CAPELLA, 2005), então se considera que esses critérios foram cumpridos de forma eficiente no fluxo do problema (*problem stream*).

3.2 FLUXO DE ALTERNATIVAS E SOLUÇÕES (*POLICY STREAM*)

Aqui se encontram as alternativas e soluções (política públicas) que podem, eventualmente, serem utilizadas no enfrentamento do problema. Em consonância com as premissas de Kingdon ([1984] 2014), as ideias em torno da solução do problema, da assistência psiquiátrica brasileira, foram geradas por grupos ou comunidades (*policy communities*) que tinham afinidade ou preocupação com a área da Saúde Mental (*policy area*), como técnicos, especialistas, funcionários públicos, assessores parlamentares etc.

Outra premissa de Kingdon ([1984] 2014), é que as ideias geradas no fluxo de alternativas e soluções não precisam, necessariamente, estar relacionadas à um problema específico. Assim, é como se aqui as ideias ficassem flutuando tal qual um caldo primordial de políticas (*policy primeval soup*), até que em algum momento recebam atenção dos formuladores de políticas. Todavia, nessa etapa o processo de seleção é altamente competitivo e, para que uma alternativa seja implementada,

precisam cumprir alguns critérios, como viabilidade técnica, custo aceitável e valores agregados/aceitação pública (KINGDON, [1984] 2014; ZAHARIADIS, 2007; CAPELLA, 2005).

Nesse sentido, verifica-se que um conjunto de alternativas e soluções, para o problema da assistência em saúde mental no Brasil, começa engrossar um caldo primordial de políticas (*policy primeval soup*), paralelamente ao processo de delimitação do problema. Assim, desde que a condição assistencial recebe contornos de um problema, tem-se o registro dos trabalhos dos grupos de política (*policy communities*), organizados em torno de um objetivo: discutir as diretrizes para uma remodelação.

Para efeito desta análise, são consideradas comunidade de política (*policy communities*), os grupos envolvidos nos eventos iniciados a partir de 1978, com a crise da DINSAM e criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Desde então, movimentos e associações, encontros, congressos, reuniões e conferências, serviram não somente como incubatório e para coadunação de ideias, mas permitiram a difusão (*soften up*) dessas alternativas entre as comunidades e o público geral, aumentando a consciência dos atores sobre essa ideia e contribuindo para sua aceitação. Com isso, propostas do caldo primordial da política de saúde mental (*policy primeval soup*) são cristalizadas no relatório final da I Conferência de Saúde Mental, sintetizadas no projeto de lei 3.657/1989, aproveitadas por regulamentações incrementais e por legislações estaduais, e depois reformuladas para serem incluídas na Lei 10.216/2001.

Naturalmente, em função do processo de seleção altamente competitivo, nem todas as ideias assumem as condições para pertencer à política. Todavia, concomitantemente ao processo de difusão (*soften up*) dessas ideias, verifica-se a ocorrência de um estágio de depuração, onde ideias mais radicais são substituídas por alternativas mais apaziguadoras e com maiores chances de consenso, a fim de, finalmente obter êxito no processo de captura de atenção e ser aproveitada pelos tomadores de decisão. Por sua vez, esse processo também tem relação com os critérios mencionados anteriormente: viabilidade técnica, custo aceitável e valores agregados/aceitação pública.

Desse modo, nos próximos quadros, organizados em torno dos requisitos primados pelo Modelo de Kingdon (MSF), registra-se e discute-se uma lista de ideias

oriundas desse processo e que, por corresponderem à essas exigências, receberam a atenção dos formuladores de políticas e tomadores de decisão.

3.2.1 Viabilidade técnica

Viabilidade técnica é a primeira condição observada pelos formuladores de políticas. Trata-se de uma interpretação do ponto de vista técnico, por meio da qual se avalia o grau de exequibilidade da alternativa (KINGDON, [1984] 2014; ZAHARIADIS, 2007; CAPELLA, 2005). Assim sendo, no QUADRO 14 são apresentadas as propostas em torno da descentralização; avaliação/fiscalização; e controle social, originadas nas comunidades políticas e que, por corresponderem a esse critério, foram aproveitadas pelos formuladores de políticas.

Considerando tratar-se de uma pesquisa/análise *ex-post-facto*, a verificação e confirmação desse critério será obtida por meio do aproveitamento dessas alternativas pelos formuladores de políticas.

QUADRO 14: Viabilidade Técnica para a Política Nacional de Saúde Mental

Viabilidade Técnica 1. Descentralização; Avaliação/Fiscalização; e Controle Social	
Citação	Referência
“as ações e serviços de saúde formarão um Sistema Único de Saúde Pública, gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com efetivos mecanismos de referência e contra-referência, tendo comando político e administrativo único em cada um dos níveis federal, estadual e municipal”	Relatório Final I Conferência Nacional Saúde Mental. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1988, p. 16)
“garantia de um processo de democratização e descentralização do setor, sob coordenação em nível federal e de forma a impedir a transferência ao poder municipal de formas antidemocráticas e autoritárias de decisão, objetivando a democratização das instâncias periféricas ao poder central”	Relatório Final I Conferência Nacional Saúde Mental. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1988, p. 17)
“descentralização e maior capacitação técnica dos ambulatórios da rede pública, visando melhor poder de resolubilidade”	Relatório Final I Conferência Nacional Saúde Mental. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1988, p. 19)
“Favorecer as estruturas estaduais, municipais e comunitárias, promovendo conseqüentemente o retraimento da participação relativa das instituições federais na oferta de serviços em saúde mental de natureza local”	Relatório Final I Conferência Nacional Saúde Mental. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1988, p. 39)
“deve referir-se aos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação, premissas conceituais da VIII Conferência Nacional de Saúde, bem como da I Conferência Nacional de Saúde Mental e Declaração de Caracas, sendo imprescindível a inserção da saúde mental nas ações gerais de saúde”	Relatório Final II Conferência Nacional de Saúde Mental. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1992c, p.7)

<p>“a descentralização deve ser entendida como transformação de poder no sistema de saúde, no sentido de construir processos emancipatórios e de gestão social”</p>	<p>Relatório Final II Conferência Nacional de Saúde Mental. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1992c, p.7)</p>
Avaliação/Fiscalização	
<p>“os prestadores e produtores de bens e serviços passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, seguindo a política estabelecida pelo Sistema de Saúde e regidos por contrato de direito público, garantindo-se o controle dos usuários neste setor através de seus segmentos organizados”</p>	<p>Relatório Final I Conferência Nacional de Saúde Mental. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1988, p. 16)</p>
<p>“ao Poder Público cabe a responsabilidade pela fiscalização do cumprimento dos direitos do doente mental. A questão da internação psiquiátrica deve ser regulamentada em lei onde estejam estabelecidos os direitos do paciente internado”</p>	<p>Relatório Final I Conferência Nacional de Saúde Mental. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1988, p. 19)</p>
<p>“reavaliação das unidades de internação existentes quanto à sua eficácia/eficiência e condições de atendimento com avaliação e controle rígido de internação e tempo de permanência dos pacientes”</p>	<p>Relatório Final I Conferência Nacional de Saúde Mental. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1988, p. 19)</p>
<p>“desenvolvimento de um censo para revisão da população de internos em estabelecimentos psiquiátricos, fiscalizado por todos os setores organizados dos trabalhadores de saúde mental, do movimento sindical e popular”</p>	<p>Relatório Final I Conferência Nacional de Saúde Mental. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1988, p. 19)</p>
<p>“regulação das unidades de internação psiquiátrica a partir do centro de saúde, ambulatorios e polos de emergência da rede pública”</p>	<p>Relatório Final I Conferência Nacional de Saúde Mental. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1988, p. 19)</p>
<p>“que as internações psiquiátricas realizadas por decisão do Juizado de Menores sejam necessariamente submetidas à avaliação de uma equipe de saúde mental”</p>	<p>Relatório Final I Conferência Nacional de Saúde Mental. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1988, p. 25)</p>
<p>“criar mecanismos de supervisão que permitam uma constante avaliação dessa política, de modo que as necessárias adequações sejam efetivadas em tempo hábil, além de promover a implantação de um sistema integrado de informações em nível nacional”</p>	<p>Relatório Final I Conferência Nacional de Saúde Mental. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1988, p. 40)</p>
<p>“Garantir a criação de mecanismos de avaliação da qualidade dos serviços, que enfatizem o conhecimento do território, da realidade local e da natureza do cuidado prestado”</p>	<p>Relatório Final II Conferência Nacional de Saúde Mental. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1992c, p.16)</p>
<p>“os prestadores e produtores de bens e serviços sofrerão controle em seus procedimentos operacionais e direcionamento em suas ações no campo da saúde, devendo ser regidos por contratos de direito público, garantindo-se o controle dos usuários através de seus segmentos organizados”</p>	<p>Relatório Final II Conferência Nacional de Saúde Mental. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1992c, p.17)</p>
<p>“criação de mecanismos antimanicomiais de avaliação do serviço, consideradas as realidades locais”</p>	<p>Relatório Final II Conferência Nacional de Saúde Mental. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1992c, p.18)</p>
<p>“criar mecanismos de supervisão que permitam uma constante avaliação dessa política, de modo que as necessárias adequações</p>	<p>MINISTÉRIO DA SAÚDE (1988) Relatório I</p>

sejam efetivadas em tempo hábil, além de promover a implantação de um sistema integrado de informações em nível nacional”	Conferência Nacional Saúde Mental, p. 40
Controle Social	
“deverá ser garantido neste sistema a participação, em nível decisório, de setores organizados da sociedade civil quanto à formulação, gestão, controle e avaliação das políticas de saúde em geral e da saúde mental em particular”	Relatório Final I Conferência Nacional Saúde Mental. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1988, p. 16)
“formação de Conselhos de Saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos por representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços), de modo a permitir a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas e estabelecimentos”	Relatório Final I Conferência Nacional Saúde Mental. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1988, p. 17)
“É imprescindível implantar a municipalização da assistência à saúde, criando-se os Conselhos de Saúde, respeitando-se a paridade e demais dispositivos legais previstos na criação do SUS, inclusive as peculiaridades da realidade local”	Relatório Final II Conferência Nacional de Saúde Mental. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1992c, p.7)
“criar e fortalecer Conselhos Gestores Tripartites em todos os serviços de saúde mental, compostos por 50% dos usuários organizados, 25% dos trabalhadores do serviço e 25% de representantes da administração pública, que deverão avaliar, fiscalizar e acompanhar, de forma deliberativa, o atendimento prestado aos cidadãos”	Relatório Final II Conferência Nacional de Saúde Mental. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1992c, p.16)

FONTE: Elaborado pelo autor.

Num regime político autoritarista, dificilmente as alternativas para a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) prosperariam e alcançariam a atenção dos formuladores de políticas, pois não seriam exequíveis e reprovavam no quesito viabilidade técnica. Todavia, a nova configuração política brasileira, instalada no final da década de 1980, permitiu a promulgação de dispositivos vitais à ascensão da PNSM à agenda decisória. Nesse sentido, dado sua configuração e o teor das propostas, essa política somente tornou-se possível devido à aprovação prévia de uma nova Constituição Federal, democrática, e da criação subsequente do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a).

Por meio das ideias em torno da descentralização, fiscalização e controle social, compreende-se que as comunidades de políticas buscavam melhorar as condições, a eficiência e os resultados na assistência em saúde mental. Por sua vez, a viabilidade dessas medidas se correlaciona, fundamentalmente, à adoção das deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), pela Constituição Federal de 1988, que além de garantir o direito social à saúde e delegar ao Estado a responsabilidade pela assistência, estabelece que:

“as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos

serviços assistenciais; III – participação da comunidade” (BRASIL. Constituição Federal, 1988, art. 198).

Por sua vez, a Lei Orgânica da Saúde define o Sistema Único de Saúde pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990a, art. 4). Dentre seus objetivos, assume a oferta de assistência terapêutica integral e controle/fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde (BRASIL, 1990a, art. 6). Ademais, dentre seus princípios, adota a descentralização político-administrativa e a participação da comunidade na definição das políticas (BRASIL, 1990a, art. 7). Por sua vez, a legislação que regulamenta a participação comunitária na gestão do Sistema Único, determinando conselhos e conferências, ocorre poucos dias após a promulgação da Lei nº 8080/1990. Trata-se da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Além do controle social, regulamenta as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b).

Dessa forma, por meio dessa breve exposição, já seria possível inferir sobre a presença de viabilidade técnica das alternativas em torno dos temas: descentralização, avaliação/fiscalização e controle social, haja vista se correlacionarem com mandos legais previamente instituídos. Entretanto, além desses dispositivos contemporâneos às propostas, medidas adotadas pelo Ministério da Saúde no início da década de 1990 confirmam sua exequibilidade.

Em consonância com a Constituição Federal, com a Lei Orgânica de Saúde, com a Declaração de Caracas, e com as proposições da I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), no dia 29 de janeiro de 1992, o Secretário Nacional de Assistência à Saúde pública uma importante portaria (SNAS nº 224/1992), regulando o funcionamento de todos os serviços em saúde mental, com base no princípio da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações. Nesse ato, determina que serviços sejam integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992a). Por sua vez, a implementação dessas medidas, pelo governo, confirma a viabilidade técnicas das alternativas com esse teor.

No que tange às propostas sobre avaliação e fiscalização, verifica-se a edição da Portaria SAS nº 145, de 25 de agosto de 1994, por meio da qual, o Secretário de Assistência à Saúde, resolve criar um subsistema de supervisão, controle e avaliação

da assistência em saúde mental, visando acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS, a correta aplicação das normas em vigor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994a). Esse subsistema foi criado nas três esferas de governo e constituiu-se por Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP), o que representou um importante instrumento de qualificação da assistência psiquiátrica do SUS. Por todo o Brasil, equipes multidisciplinares e com integrantes dos diversos níveis de gestão visitavam hospitais psiquiátricos públicos e contratados, aplicando critérios objetivos de acreditação e qualificação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Ainda que as atividades do GAP tenham sido progressivamente desativadas depois de 1997, no ano 2000 o Ministério da Saúde editou uma nova portaria (GM nº 799 de 19 de julho de 2000), instituindo, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde. Criava-se assim, um serviço de auditoria especial nos serviços de saúde mental, estabelecendo mecanismos de supervisão continuada dos serviços hospitalares e ambulatoriais.

Desse modo, se observa a comprovação da viabilidade técnica das alternativas agrupadas em torno do tema Avaliação/Fiscalização. Na mesma linha, assim como o controle social foi preconizado desde a Constituição Federal (1988), defendido pela Lei Orgânica da Saúde e regulamentado pela Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, constata-se que, por meio da Portaria SNAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992, o Ministério da Saúde assume como diretriz para a Assistência em Saúde Mental no Brasil, a ênfase na participação social, desde a formulação das políticas até o controle de sua execução. Com isso, é possível compreender pela pertinência e exequibilidade das ideias sobre controle social.

QUADRO 15: Viabilidade Técnica para a Política Nacional de Saúde Mental

Viabilidade Técnica 2. Modelo Assistencial	
Citação	Referência
“a normatização das ações de saúde se dará no nível federal, cabendo ao estadual e, principalmente, ao municipal a função de organização das diversas forças e ações que deverão compor e nortear a nova estrutura sanitária. As ações no âmbito da saúde devem ser decididas ao nível da comunidade local”	Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 17)
“reversão da tendência "hospitalocêntrica e 'psiquiatrocêntrica', dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente, inserindo-se na estratégia de desospitalização”	Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental

	(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 18)
“o setor público não credenciará nem instalará novos leitos psiquiátricos em unidades psiquiátricas hospitalares tradicionais, reduzindo, progressivamente, os leitos existentes nesse último tipo de serviço e substituindo-os por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos ou por serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica”	Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 18)
“implantação e privilegiamento das equipes multiprofissionais em unidades da rede básica, hospitais gerais e psiquiátricos, de forma a reverter o modelo assistencial organicista e medicalizante, propiciando visão integral do sujeito usuário do setor, respeitando a especificidade de cada categoria”	Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 19)
“ao Poder Público cabe a responsabilidade pela fiscalização do cumprimento dos direitos do doente mental. A questão da internação psiquiátrica deve ser regulamentada em lei onde estejam estabelecidos os direitos do paciente internado”	Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 19)
“Suplantar o modelo assistencial centrado na hospitalização psiquiátrica, valorizando o atendimento ambulatorial especializado e o da rede básica de saúde, bem como as atividades de reintegração social do doente mental”	Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 40)
“reorientar as atividades terapêuticas de modo a adotar a psicoterapia e a socioterapia, em suas diversas formas, como os tratamentos preferenciais em saúde mental. Os outros meios terapêuticos não devem ultrapassar os limites de intervenção tática”	Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 40)
“promover a instalação de unidades psiquiátricas nos hospitais gerais, como serviços de pronto-atendimento, internação de curta e curtíssima duração e ambulatório. Implantar serviços de interconsultas e psicologia médica nos hospitais gerais”	Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 41)
“Organizar programas de reabilitação de doentes crônicos ou cornificados com centros de reabilitação médico-sociais nos hospitais psiquiátricos. Criar programas de reabilitação para o trabalho com unidades de internação parcial (hospital/dia, hospital/noite)”	Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 41)
“Instituir programas de ressocialização a partir de levantamento social e financeiro de famílias que possam acolher e zelar, sob supervisão, por doentes incapacitados (programas de lar substituto)”	Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 41)
“privilegiar a aplicação dos recursos financeiros e técnicos em instituições públicas”.	Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 40)
“priorizar os recursos financeiros, técnicos e humanos nas atividades extra-hospitalares existentes na rede pública, inclusive na rede básica de saúde (nos postos de saúde municipais, estaduais e universitários). Desenvolver a prevenção secundária tendo em conta os altos índices de prevalência estimados”	Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 41)
“Será proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos Tradicionais”	Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 41)
“adotar os conceitos de território e responsabilidade, como forma de dar à distritalização em saúde mental, um caráter de ruptura com o modelo hospitalocêntrico, garantindo o direito dos usuários à assistência e à	Relatório II Conferência de Saúde Mental

recusa ao tratamento, bem como a obrigação do serviço em não abandoná-los à própria sorte”	(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992c, p. 12)
“Os participantes da 11ª CNS expressam seu apoio ao reordenamento da atenção em saúde mental, no contexto do SUS, que se convencionou denominar Reforma Psiquiátrica brasileira. Entendem que usuários, trabalhadores e familiares têm provado na prática a possibilidade de se fazer Psiquiatria sem necessidade da violência, da exclusão e da negação”	Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000a p. 139)

FONTE: Elaborado pelo autor.

As alternativas agrupadas no QUADRO 15 correspondem às propostas em torno da nova conformação e natureza do Modelo de Assistência em Saúde Mental. Dessa forma, expressam o ideal da desospitalização. Além de se fundamentarem nos princípios da descentralização e da participação social, ditam o redirecionamento da assistência em saúde mental, orientando a redução progressiva e até proibição de leitos hospitalares em hospitais psiquiátricos, em favor da implementação de mecanismos alternativos ao internamento, como serviços de suporte integral e de apoio extra-hospitalar.

O alinhamento dessas propostas às diretrizes e objetivos do SUS (Lei 8.080/1990) já poderia antecipar uma compreensão da viabilidade técnica atrelada às ideias, entretanto, novamente obtém-se sua devida confirmação por meio dos dispositivos normativos editados pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, do Ministério de Saúde, a partir do ano 1991.

A Portaria SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991, contempla em seu preambulo, a necessidade de melhorar a qualidade da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais; a necessidade de diversificação dos métodos e técnicas terapêuticas, visando à integralidade da atenção a esse grupo; e a necessidade de compatibilizar os procedimentos das ações de saúde mental com o modelo assistencial proposto, então, resolve: aprovar os Grupos e Procedimentos da Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), na área de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991). Desse modo, por meio desse dispositivo, o governo inclui na tabela de serviços remunerados pelo SUS, procedimentos adotados pelos CAPS/NAPS, como oficinas terapêuticas e atendimento de grupo.

Na sequência, por meio da Portaria SNAS 224, de 29 de janeiro de 1992, o Ministério da Saúde estabelece novos parâmetros para a Assistência em Saúde Mental, definindo normas e diretrizes, contemplando a diversidade dos métodos, a continuidade da atenção nos vários níveis e a multiprofissionalidade na prestação de serviços. Desse modo, define o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, das

unidades básicas, dos centros de saúde e dos ambulatórios, determinando que essas unidades disponham de psicoterapia, socioterapia, atendimento grupal e atividades comunitárias.

Além disso, inaugura e define o funcionamento e o quadro de funcionários dos NAPS/CAPS. No âmbito do atendimento hospitalar, cria normas e procedimentos para a assistência ao paciente em regime de hospital-dia. Para as instituições especializadas em internamentos psiquiátricos, impõe regras de operação e funcionamento, como equipe mínima e qualidade nas instalações. Em consonância com as propositivas para a área, também regulamenta os leitos psiquiátricos em hospitais gerais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992a).

Nesse sentido, ao regulamentar o funcionamento de todos os serviços de saúde mental, inclusive o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, e, ao incorporar novos serviços à tabela SUS, aumentando o rol de procedimentos adotados na assistência em saúde mental, esse dispositivo normativo se torna o primeiro a se aproximar significativamente dos objetivos e alternativas levantadas pelo movimento da saúde mental (*policy communities*). Ademais, essa portaria foi aprovada pelo conjunto dos coordenadores e assessores de saúde mental dos estados, para que fosse compreendida como “regra mínima” a ser cumprida em todas as regiões do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Destarte, esse panorama não somente evidencia o progresso das alternativas no quesito viabilidade técnica, como sinaliza o estabelecimento de uma nova tendência no Brasil. Ainda que o corolário da PNSM e principal norma jurídica tenha sido aprovada somente em 2001, nesse momento já era possível perceber um redirecionamento de curso. Com efeito, na Portaria SAS nº 145, de 25 de agosto de 1994, o Secretário de Assistência à Saúde já assume a existência de um processo de reestruturação da assistência psiquiátrica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994a).

Por conseguinte, no ano 2000, por meio da Portaria GM nº 799, de 19 de julho de 2000, o Ministro da Saúde traça um verdadeiro panorama do processo de transformação no modelo de assistência psiquiátrica em curso no país. Partindo do reconhecimento de que as internações em hospitais especializados em psiquiatria só devem ocorrer depois de esgotadas todas as alternativas terapêuticas ambulatoriais existentes, o ministro acrescenta que o modelo de atenção extra-hospitalar vinha demonstrando grande eficiência e eficácia no tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais. Assinalando os avanços obtidos nos últimos anos, em direção à

reversão do modelo psiquiátrico tradicional, hospitalocêntrico e asilar, revela que entre 1990 e 2000, houve redução de 57 hospitais psiquiátricos e diminuição de 30.000 leitos, os quais foram substituídos por mais de 100 serviços de cuidados extra-hospitalares e cerca de 2.000 leitos para assistência à saúde mental em hospitais gerais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000c).

Ademais, no que tange as alternativas de reabilitação e reintegração, verifica-se em 1999, a aprovação de uma Lei Federal (nº 9.867/1999), dispendo sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas sociais, com foco na (re)integração social e econômica dos cidadãos em desvantagem (BRASIL, 1999). Ainda que não seja uma legislação exclusiva para as pessoas acometidas por transtorno mental, considera como pessoa em desvantagem, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente e os egressos de hospitais psiquiátricos.

Nesse sentido, trata-se de uma legislação complementar à Reforma Psiquiátrica, não à toa, foi proposta pelo mesmo autor do Projeto de Lei 3.657/1989, o Deputado Federal Paulo Delgado. Por sua vez, esse instrumento termina por permitir o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários, viabilizando programas de trabalho assistido e a inclusão dos pacientes na dinâmica da vida diária, nos seus aspectos econômicos e sociais (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2004).

Nessa mesma linha, visando a assistência integral, a reabilitação psicossocial e a reintegração social dos egressos de hospitais psiquiátricos, o Ministério da Saúde resolve criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Trata-se da instituição de uma moradia ou residência, localizada, preferencialmente, na comunidade de origem do paciente, que dispõe de estrutura física e técnica para cuidar das pessoas acometidas por transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam autonomia, suporte social e laços familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000b).

Com isso se observa o efeito do fluxo de alternativas (*policies stream*) sobre as ações governamentais, sinalizando que as ideias com viabilidade técnica foram aproveitadas pelos formuladores de políticas. Com efeito, mesmo antes da aprovação da Lei 10.216/2001, estabeleceu-se uma dinâmica favorável a reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira.

Evidentemente, conforme dados da I Caravana de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, realizada no ano de 2000, ainda haveria um longo caminho até a concretização plena da Reforma Psiquiátrica. Em pleno início de milênio, a constatação foi de irregularidades, abandono e violência (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000).

Todavia, com a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001), se desencadearia um novo e mais intenso processo normativo para o alcance dos objetivos. Diferentemente do proposto no projeto original, o texto promulgado não extingue os hospitais psiquiátricos, porém define como prioridade o atendimento extra-hospitalar e o foco na reinserção social do usuário. Define os tipos de internação (voluntária, involuntária e compulsória), mas proíbe qualquer tipo de internamento em instituições com características asilares e desprovidas de assistência social, atendimento psicológico, atividades ocupacionais e lazer etc. Ademais, estabelece que a internação, em qualquer de suas modalidades, somente será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Assinala os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais, delegando ao Estado a responsabilidade pelo desenvolvimento de políticas públicas para a área, bem como atribui ao Ministério Público e/ou juiz competente, a responsabilidade pelo exame das condições de segurança do estabelecimento e à salvaguarda do paciente, nos casos de internação compulsória (BRASIL, 2001).

Em suma, a Lei da Reforma Psiquiátrica adentra profundamente no caldo primordial de política (*policy primeval soup*) e reitera a viabilidade técnica das alternativas propostas pelo movimento da saúde mental (*policy communities*).

3.2.2 Orçamento/Custo acessível

Esse quesito tem a ver com o dispêndio financeiro necessário para implementação de uma ideia. Desse modo, o segundo critério considerado pelos formuladores de políticas é puramente orçamentário. Alternativas que exigem muito recurso monetário, dificilmente serão aproveitadas e elevadas à agenda decisória (*agenda setting*), especialmente diante de um quadro governamental de restrição financeira. Por outro lado, alternativas com custos acessíveis e coerentes com a disponibilidade fiscal do governo, podem conseguir a atenção dos formuladores e tomadores de decisão (KINGDON, [1984] 2014).

Nos quadros anteriores, foi possível verificar o alto grau de aproveitamento das alternativas propostas pelo movimento da saúde mental (*policy communities*). Muitas ideias do caldo primordial de política (*policy primeval soup*) foram aplicadas em atos normativos e legislações, denotando sua viabilidade técnica. Entretanto, nos quadros seguintes, encontram-se explicações orçamentárias que corroboram esse aproveitamento.

Por meio do QUADRO 16, denota-se que o engajamento das comunidades de políticas (*policy communities*) transcendia a oferta de propostas paradigmáticas e operacionais para o funcionamento do modelo assistencial. Em todos esses eventos havia proposituras de como garantir orçamento e financiar essa nova modalidade de assistência, como, por exemplo, o redirecionamento de verbas.

QUADRO 16. Orçamento/Custo aceitável para a Política Nacional de Saúde Mental

Orçamento 1. Redirecionamento de verbas.	
Citação	Referência
“desativar, progressivamente, os contratos com as empresas privadas, que assumirão papel complementar dos serviços públicos, privilegiando-se os convênios com as universidades e outras instituições públicas, utilizando-se basicamente a rede pública”	Relatório Final da I Conferência Nacional Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 39)
“criar instrumentos que redirecionem os recursos destinados à rede manicomial hospitalar contratada ou conveniada em benefício da rede extra-hospitalar, entendida como ações programáticas de saúde mental na rede geral de saúde pública, com unidades básicas de saúde/centros de saúde; centros de convivência, oficinas terapêuticas e cooperativas; unidades ambulatoriais de tratamento intensivo (hospitais-dia, hospitais-noite, centro de atenção psicossocial; núcleo de atenção psicossocial etc.); lares abrigados e oficinas abrigadas (fora dos manicômios); bem como garantir o atendimento em saúde mental e emergências psiquiátricas em hospital geral”	Relatório Final da II Conferência Nacional Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992c, p. 14)

FONTE: Elaborado pelo autor.

À primeira vista, sem fazer referência aos elementos do fluxo político (*political stream*), seria possível inferir, que as propostas mais fáceis de serem implementadas, são aquelas que envolvem apenas a reversão do orçamento direcionado aos recursos hospitalares e da rede privada, em benefício da rede pública e extra-hospitalar. Ainda que, na prática, essa opção implique no surgimento de conflitos entre grupos de interesses, são propostas que sugerem uma simples alternância de escolhas para o agente governamental, sem a necessidade de submissão à outras esferas de poder. Todavia, por outro lado, já havia *feedbacks* que apontavam a ineficácia das

internações psiquiátricas e o alto custo que essa opção governamental acarretava (CEBES, 1980a)

Desse modo, parece que os formuladores de políticas bancaram a ideia. Com efeito, por meio da Portaria SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991, o Secretário Nacional de Assistência à Saúde inicia um processo de revisão dos procedimentos hospitalares e das AIH (Autorização de Internação Hospitalar), alterando o financiamento das ações e serviços de saúde mental. Da mesma forma, a Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, estabelece normas para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, dificultando o recadastramento de instituições com características asilares e carcerárias. Em contrapartida, incorpora novos procedimentos à tabela do SUS, em consonância com surgimento dos Hospitais-dia, CAPS e NAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991; 1992a).

Conforme definição oferecida pela Portaria SNAN nº 224/1992, os NAPS/CAPS representam unidades de saúde locais ou regionalizadas, que contam com uma população adscrita e definida pelo nível local. Oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, por meio de uma equipe multiprofissional. Podem ainda servir de porta de entrada para a rede de serviços e ações relativas à saúde mental, e prestam atendimento à pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. A depender das definições do gestor local, podem funcionar 24h por dia, durante os sete dias da semana, ou apenas durante os dias úteis, entre às 8h e 18h. Já o hospital-dia, representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, também ofertando programas e ações de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, de forma a substituir a internação integral. São desenvolvidas atividades diversas, em até cinco dias por semana, com uma carga horária de 8h diárias para cada paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992a).

Como visto, as deliberações adotadas pelo governo vão ao encontro do conjunto de alternativas oferecidas pelas comunidades de política (*policy communities*). Desse modo, o próprio governo atesta sua aprovação no quesito custo acessível e dá início ao processo de redirecionamento de verbas. Por sua vez, no quadro 17 encontram-se listadas as alternativas que correlacionam o financiamento do novo modelo de assistência em saúde mental ao orçamento constitucionalmente direcionado para o Sistema Único de Saúde – SUS.

QUADRO 17. Orçamento/Custo aceitável para a Política Nacional de Saúde Mental

Orçamento 2. Fundo de saúde SUS	
Citação	Referência
“Deverá ser constituído um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas sociais dos diversos Ministérios e aos distintos fundos sociais. Este orçamento será repartido por setor, cabendo ao de saúde uma parcela de recursos que constituirão o Fundo Único Federal de Saúde. Em nível estadual e municipal serão formados Fundos Únicos de Saúde de maneira análoga”	Relatório Final 8ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p.19)
“todo o orçamento do Ministério da Saúde deve ser centralizado no Fundo Nacional de Saúde. A transferência de recursos ao Fundos Estaduais e Municipais de saúde deve ser feita de forma regular e automática, vinculada à existência de Conselhos constituídos na forma da lei”	Relatório Final 9ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992b, p.29)
“os recursos para o financiamento do Sistema Nacional de Saúde serão provenientes da receita tributária da União, estados, municípios e Distrito Federal, nunca inferiores a 10% do PIB, e se constituirão num Fundo Único de Saúde, a ser administrado de forma colegiada pelos órgãos públicos e entidades representativas da sociedade”	Relatório I Conferência Nacional Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 16)

FONTE: Elaborado pelo autor.

Na época das 8ª CNS (1986) e 1ª CNSM (1987) não havia sido promulgada a nova Constituição Federal de 1988, tampouco havia base legal e normativa para o Sistema Único de Saúde, que somente foi criado pela Lei 8.080 de 1990. Nesse sentido, essas conferências foram essenciais não apenas por terem ditado as diretrizes para o novo sistema de saúde e modelo de assistência psiquiátrica, mas, especialmente, por terem estabelecido a fonte de financiamento para o emergente SUS. São essas proposições que chegam à Assembleia Nacional Constituinte e que servirão de base para o texto constitucional, garantindo sustentabilidade econômica para as políticas de saúde no Brasil.

Dessa forma, quando foi promulgada a Constituição Federal de 1988, instituiu-se o financiamento do Sistema Único de Saúde a partir de recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (Brasil, 1988, art. 198 § 1º). Enquanto os Estados, Distrito Federal e Municípios ficaram incumbidos de aplicar um percentual das receitas obtidas com seus impostos correspondentes, a União ficou responsável por aplicar no fundo da saúde, parte da corrente líquida de cada exercício financeiro, não podendo esse percentual ser inferior a 15% (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, a Lei Orgânica da Saúde estabelece a obrigatoriedade dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde. Define que os recursos financeiros

do Sistema Único de Saúde sejam depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. Com relação à esfera Federal, determina que todos os recursos financeiros originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, sejam administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde (BRASIL, 1990a). Por sua vez, a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre as transferências intergovernamentais e gestão dos recursos financeiros na área da saúde. Assim, determina que os recursos do Fundo Nacional de Saúde sejam alocados para o custeio de despesas do Ministério da Saúde, investimentos previstos em lei orçamentária ou no plano quinquenal do Ministério da Saúde, bem como para cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990b).

Dessa forma, coerentemente com as proposições levantadas nas comunidades de políticas e, considerando que a PNSM se insere, é gerida e operacionalizada no âmbito do SUS, se observa a constituição de um conjunto de leis e normativas com vistas a dar suporte financeiro às implementações no escopo geral da saúde, inclusive na área saúde mental, facilitando as escolhas dos formuladores de políticas e refletindo na sua agenda de decisão.

3.2.3 Valores Envolvidos/aceitação pública

Por fim, o terceiro critério que os formuladores de políticas observam é a existência de valores envolvidos na proposta alternativa. Normalmente, são as ideias que representam valores compartilhados que contam com maior aceitação pública e, conseqüentemente, têm a preferência dos tomadores de decisão (KINGDON ([1984] 2014; CAPELLA, 2005).

No QUADRO 18 são agrupados os extratos relacionados a valores e que fomentaram as deliberações das comunidades de política de saúde mental (*policy communities*).

QUADRO 18. Valores envolvidos na Política Nacional de Saúde Mental

Valores envolvidos e aceitação pública 1. Democracia, Trabalho, Direitos Humanos, Dignidade, Identidade, Cidadania e Liberdade	
Citação	Referência
“O Estado assegura a todos condições dignas de vida e acesso igualitário e gratuito às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com suas necessidades”	Relatório I Conferência Nacional Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 22)
“Consideramos que a saúde mental, enquanto aspecto de saúde de modo geral, é um direito inalienável de todo cidadão e sua garantia um dever da sociedade e do Estado”	Relatório I Conferência Nacional Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 39)
“A saúde é um dever do Estado e um direito de todos”	Relatório I Conferência Nacional Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 21)
“o conceito de cidadania implica na participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e no acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico”	Relatório I Conferência Nacional Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 21)
“a internação não deverá ser ato obrigatório do tratamento psiquiátrico, devendo ser estabelecidos os critérios da internação, envolvendo, neste ato, a defensoria pública, comissões multiprofissionais e a participação de setores organizados da comunidade, definindo o caráter dessa internação e o seu tempo de duração, revisado periodicamente”	Relatório I Conferência Nacional Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 23)
“Que se assegurem mecanismos e recursos legais de garantia do direito individual contra a internação involuntária (por exemplo: <i>habeas-corpus</i> , comunicação automática à autoridade judiciária competente, criação de tutela provisória para estes pacientes), visando a possível reversibilidade do estado de internação no período máximo de 72 horas”	Relatório I Conferência Nacional Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 23)
“que sejam criadas estruturas que proporcionem a reinserção no trabalho, através de Centros de Reabilitação, sendo o trabalho protegido de tal forma que se torne dispensável a aposentadoria compulsória”	Relatório I Conferência Nacional Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 23)
“Foi deliberada a proibição de internação compulsória, em respeito aos direitos de cidadania do doente mental, exceto em casos comunicados ao Ministério Público, que devem ser reavaliados em 48 horas, junto ao paciente, família e junta médica”	Relatório Final 9ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992b, p. 25)
os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: “a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis”	Declaração de Caracas (OPA/OMS, 1990)
“A democratização do Estado com o controle da sociedade civil é fundamento do direito à cidadania e da transformação da legislação de saúde mental”	Relatório II Conferência Nacional Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992c, p. 6)
“Assegurar que a internação psiquiátrica involuntária – aquela realizada sem o consentimento expresso do paciente em qualquer serviço de saúde ou recurso psiquiátrico -seja comunicada ao Ministério Público, à autoridade sanitária e ao Conselho Local de Saúde (através da Comissão de Saúde Mental ou de Reforma Psiquiátrica), no prazo de 48 horas. Deverá ser composta uma comissão interdisciplinar capaz de avaliar os diversos tipos de internação e procedimentos posteriores de proteção ao usuário, congregando representantes da administração	Relatório II Conferência Nacional Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992c, p. 23)

pública, de entidades profissionais, de usuários e da sociedade civil, e que se pronuncie sobre a necessidade e legalidade da internação	
“Criar normas, leis e regulamentos que exijam das instituições prestadoras de serviços de saúde a garantia de respeito aos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos”	Relatório II Conferência Nacional Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992c, p. 24)
“A Reforma Psiquiátrica tem na essência de sua motivação a busca incessante do direito e da cidadania. Desta forma, preconizam a reabilitação psicossocial das pessoas que apresentam transtornos mentais, mediante princípios como respeito e recontextualização das suas diferenças, preservação de sua identidade e cidadania”	MINISTÉRIO DA SAÚDE (2000a) 11ª Conferência Nacional de Saúde, p. 139

FONTE: Elaborado pelo autor.

No que tange aos valores compartilhados, verifica-se que as alternativas conjugavam e traziam em sua natureza, os valores humanos e sociais mais aceitos e buscados para aquele período político, social e histórico do Brasil. O país experimentava um período de ebulição popular com movimentos em prol da redemocratização do país, a exemplo do movimento pelas “diretas já” e dos próprios movimentos pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Dessa forma, caminhava para o término de um período autoritário, com restrição dos direitos civis e políticos (YASUI, 2010; DIAS, 2015; FERREIRA, 2018).

Nesse sentido, as proposições em torno do novo modelo de assistência psiquiátrica, localizadas naquele espaço político-histórico, se equiparavam à luta de toda uma nação, por um país melhor e mais justo. Assim, por traz das alternativas para a saúde mental, encontram-se o desejo de cidadania, dignidade, liberdade, justiça, democracia, direito à saúde e ao trabalho. São esses valores que sustentam as recomendações em favor dos serviços extra-hospitalares, dos serviços de reabilitação, das cooperativas sociais, do atendimento integral, do não encarceramento e da regulação da internação compulsória.

Por sua vez, esses valores são assumidos como princípios e fundamentos da República Federativa do Brasil, por meio da Constituição Federal de 1988, que logo no seu artigo primeiro, estabelece que a República Brasileira se constitui em Estado Democrático de Direito, alicerçado nos fundamentos da cidadania, dignidade da pessoa humana e valores sociais (BRASIL, 1988). Destarte, são respaldados e compartilhados pela Organização Mundial de Saúde e pelas Nações Unidas. Por meio da Declaração de Caracas, recomenda-se que todos os recursos, cuidados e tratamentos devam salvaguardar, invariavelmente, a dignidade e os direitos humanos e civis da pessoa (OPAS/OMS, 1990). Por seu turno, a ONU recomenda o cumprimento de 25 princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno

mental e para a melhoria da assistência mental, todos girando em torno das garantias de liberdade, dignidade, proteção de menores, vida em comunidade, tratamento justo e adequado (ONU, 1991).

Desse modo, se verifica que o conjunto essencial das alternativas (*policies*) em torno da agenda da Política Nacional de Saúde Mental, se ancorava nos valores mais aceitos socialmente. Por outra parte, se mostraram viáveis do ponto de vista técnico, bem como dispunham de orçamento e custo aceitável, o que explica, em parte, a ascensão desse tema à agenda governamental e, posteriormente, à decisória (*agenda setting*).

Por fim, é válido mencionar que foi verificado a existência de ideias aglutinadoras de sentido e que foram acatadas pelos formuladores de política, a exemplo de uma proposta surgida na II Conferência Nacional de Saúde Mental, que pedia a substituição do termo “Assistência Psiquiátrica” pela expressão “Assistência em Saúde Mental” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992c, p.10).

Ainda que não exigisse orçamento, nem viabilidade técnica, essa alternativa se traduz em profundo significado, pois representa o sentido de todo um movimento, que questionava a ênfase “psiquiatrocêntrica” no trato com a saúde mental. Além do mais, trata-se de uma representação emblemática, pois é a partir desse contexto que o termo saúde mental passa a ser empregado em substituição à assistência psiquiátrica e até em oposição ao termo “doença mental”. A título de exemplificação, a última legislação federal com efeito no setor de saúde mental era o Decreto Presidencial nº 24.559, de 3 de julho de 1934. Esse instrumento versava sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas. Entretanto, além desse dispositivo colocar o hospital psiquiátrico no centro do trato com a doença mental, se encarregou de inserir o rótulo de psicopata na pessoa com sofrimento mental. Trata-se de um termo estigmatizante e que repercute até os dias atuais. Com efeito, em atendimento à sugestão apresentada na II CNSM, o texto final da Lei 10216/2001 foi promulgado com a seguinte ementa: “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001), abarcando assim, todo um avanço semântico e epistemológico.

3.3 FLUXO POLÍTICO (*POLITICAL STREAM*)

O fluxo político compreende a dimensão política (*politics*) no contexto de formulação de políticas públicas. Trata-se do segmento onde as forças políticas debatem, se articulam, negociam e estabelecem coalizões em torno do encaminhamento de uma proposta ou política (KINGDON, [1984] 2014).

Assim como os demais fluxos, o fluxo político (*political stream*) pode se desenvolver de forma independente, sem, necessariamente, depender do reconhecimento de um problema ou das alternativas dispostas à mesa. Entretanto, é o único fluxo capaz de convergir com o fluxo do problema e abrir uma janela de oportunidade política (*policy window*) para determinada questão (*policy*). Sua movimentação, todavia, sofre influência de três elementos: do humor nacional (*national mood*); da ação exercida pelos grupos de interesse (*interest group*); e pelas mudanças internas (*turnover*) que ocorrem no governo (KINGDON ([1984] 2014; CAPELLA, 2005).

No próximo tópico são apresentados e discutidos os dados que revelam o humor nacional (*national mood*) que acompanhou a trajetória da agenda da Política Nacional de Saúde Mental. É esse elemento que sinaliza aos formuladores de políticas e tomadores de decisão sobre a existência de um ambiente favorável ou não, para que determinado tema avance para a agenda decisória (KINGDON, [1984] 2014; ZAHARIADIS, 2007; CAPELLA, 2005).

3.3.1 Humor Nacional (*national mood*)

O humor nacional (*national mood*) que permeia a agenda da Política Nacional de Saúde Mental, aqui delimitado entre o final da década de 1970 e o início do século XXI, foi marcado por intensas crises político-sociais e profundas transformações na ordem política nacional. Embora o avanço do problema da assistência psiquiátrica, na arena política, tenha se materializado por meio do Projeto de Lei 3.657/1989, sua gênese remonta às décadas de 1970 e 1980, num contexto sociopolítico-histórico de discussões e de mobilizações em prol da redemocratização do país, pela conquista de direitos sociais, pela mudança na relação entre Estado e sociedade civil, enfim, por um país melhor e mais justo (YASUI, 2010).

Por essa razão, a análise do humor nacional se correlaciona com diferentes períodos da história política brasileira. Perpassa pelos últimos anos no comando de Ernesto Geisel ([ARENA] 1974-1979) e pelo governo de João Figueiredo ([ARENA/PDS] 1979-1985), ainda no período da ditadura militar, mas já em processo de abertura política e preparação para redemocratização; depois avança pelo período compreendido pela Nova República, nos governos de Tancredo Neves (PMDB) e de José Sarney ([PMDB] - 1985-1990), quando estabeleceu-se a Assembleia Constituinte e aprovou-se a Nova Constituição de 1988; adentra nos governos de Fernando Collor ([PRN] – 1990 -1992) e de Itamar Franco ([PMDB] – 1992 – 1994), momento em que o país vivenciou a abertura de procedimento de *impeachment* contra o primeiro, mas também conheceu o Plano Real; contempla os dois mandatos do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995 – 2002), período em que se observa melhor controle inflacionário, maior incentivo à cultura, aumento na taxa de escolarização, barateamento de muitos remédios devido lei de incentivo aos medicamentos genéricos, todavia, pouco crescimento econômico, altas taxas de desemprego, conflito entre forças policiais e integrantes do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), além da implementação definitiva de políticas neoliberais no país; por fim, atinge o início do primeiro governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (PT), que ficou no comando da presidência entre 2003 e 2011 (BRASIL, 2023).

Destarte, o humor nacional responsável pela gênese da Política Nacional de Saúde Mental e agrupado no QUADRO 19, se relaciona ao período e processo de redemocratização no Brasil. Por comporem esse período, os eventos relacionados ao movimento *Diretas já!*, à Reforma Sanitária, à Assembleia Nacional Constituinte e à nova Constituição, foram concentrados no mesmo conjunto.

QUADRO 19. Humor Nacional para a Política Nacional de Saúde Mental

Humor nacional 1. Redemocratização, diretas já, Reforma Sanitária e Assembleia Nacional Constituinte, Constituição Cidadã.	
Citação	Referência
Redemocratização	
“esse processo situa-se, no caso brasileiro, no contexto histórico e político do renascimento dos movimentos sociais e da redemocratização do país, na segunda metade dos anos 70”	Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira (YASUI, 2010, p. 27)
“o percurso histórico da Reforma Psiquiátrica, desde seu nascimento, no contexto de retomada dos movimentos sociais e da	Rupturas e encontros: desafios da reforma

redemocratização do país, até a sua consolidação, com a atual política pública de saúde mental”	psiquiátrica brasileira (YASUI, 2010, p.163)
“A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração da renda e da propriedade fundiária, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista”	Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p.5)
“a evolução histórica desta sociedade desigual ocorreu quase sempre na presença de um Estado autoritário, culminando no regime militar, que desenvolveu uma política social mais voltada para o controle das classes dominadas, impedindo o estabelecimento de canais eficazes para as demandas sociais e a correção das distorções geradas pelo modelo econômico”	Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p.6)
“O desenvolvimento peculiar do capitalismo brasileiro, caracterizado por um modelo altamente concentrador, que se acentuou após o golpe militar de 64, determinou para nosso país uma organização social traduzida por profundas desigualdades, fundamentada em uma notável concentração de renda e de propriedade na mão de uma minoria”	Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p.11)
<i>Diretas já!</i>	
“em 1984, houve a campanha das Diretas-Já, que resgatou nossa capacidade coletiva de participação em eventos políticos grandiosos”	Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira (YASUI, 2010, p.14)
“Em pouco tempo, a campanha das <i>Diretas Já</i> espalhou-se por todo o território nacional, mobilizando amplos setores da sociedade brasileira, sobretudo após o engajamento total do PMDB”	Tancredo Neves e a redemocratização do Brasil (DIAS, 2015, p. 258)
“A campanha <i>Diretas Já</i> para eleição de presidente em 1984 mobilizou milhões de pessoas em atos públicos por todo o país, explicitando o repúdio ao governo militar e exigindo ampla participação popular nos fóruns de decisão política”	Estudo da Implementação da Política de Saúde Mental no Brasil. (PEREIRA, 2004, p. 96)
Reforma Sanitária e Assembleia Constituinte	
“Eram os tempos da Constituinte. Os atores da Reforma Sanitária lutavam pela conquista do direito à saúde, pelo estabelecimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)”	Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira (YASUI, 2010, p.15)
“A comissão relatora observa que este relatório espelha fielmente o momento político materializado na 8ª CNS, sendo, mais que nada, o resultado coerente desse momento”	Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p. 3)
“a reestruturação do sistema nacional de saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária”	Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p.10)
Para assegurar o direito à saúde a toda a população brasileira é imprescindível: “garantir uma Assembleia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática popular e exclusiva; assegurar na constituição, a todas as pessoas, as condições fundamentais de uma existência digna”; “implantar uma reforma agrária que responda às reais necessidades e aspirações dos trabalhadores rurais”	Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p.7-8)
“É necessário que se intensifique o movimento de mobilização popular para garantir que a Constituinte inclua a saúde entre as questões que merecerão atenção prioritária”	Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p.8)
“a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde 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”	Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p.8)
Recomendações à Constituinte: “Que seja encaminhada à Comissão de Sistematização da Assembleia Nacional Constituinte, a solicitação	Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental

de inclusão de um parágrafo terceiro ao item 1 do atual relatório da Comissão de Saúde (...)"	(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p.21)
Constituição Cidadã	
"Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL"	Constituição Federal (BRASIL, 1988)
"Quanto a ela, discordar, sim. Divergir, sim. Descumprir, jamais. Afrontá-la, nunca. Traidor da Constituição é traidor da Pátria."	Discurso de Ulysses Guimarães, in: (FERREIRA, 2018, p.72)

FONTE: Elaborado pelo autor.

O processo de redemocratização no Brasil compreende o período entre 1973, com a escolha, das Forças Armadas, pelo general Ernesto Geisel para presidente, e 1985, com o fim do mandato do general João Figueiredo e início do governo Sarney. Todavia, a instalação definitiva do Estado Democrático de Direito se daria com a nova Constituição (DIAS, 2015; FERREIRA, 2018). Nesse intervalo da história, foram aumentando, progressivamente, as garantias individuais e a liberdade de imprensa, até se alcançar a Nova República (1985), a nova Constituição (1988) e o primeiro presidente eleito pelo voto direto, Fernando Collor de Mello, em 1990.

Evidentemente, o retorno à democracia não ocorreu de forma gratuita e espontânea. Ainda que em meio à repressão, foi o resultado de um enfrentamento social frente à opressão, à miséria, à violência e às injustiças. Em meados da década de 1970, depois de um longo período de ditadura e de cerceamento às liberdades individuais, com intervenções no Congresso, suspensão de direitos políticos, censura à imprensa e à cultura, violência e repressão contra opositores, com prisões, torturas, desaparecimentos e mortes acidentais, associado, na esfera econômica, a um quadro de recessão, altíssima inflação, alto endividamento externo, intensa concentração de renda e desigualdade social, eclodem e se intensificam os movimentos de indignação e de oposição radical ao regime militar (DIAS, 2015; FERREIRA, 2018).

Sem corresponder às necessidades sociais e econômicas do país, obtendo os piores índices de aprovação e de insatisfação popular, instaurava-se uma profunda crise e instabilidade política no governo militar. Logo, contra uma oposição fortalecida e diante de um humor nacional (*national mood*) equivalente à uma bomba pronta para

explodir, restava ao poder militar, o reconhecimento do seu declínio (DIAS, 2015; FERREIRA, 2018).

É nesse espaço que se insere a luta pela reforma no modelo de assistência psiquiátrica no Brasil. Num período e momento – humor nacional – de profunda insatisfação social com o desempenho socioeconômico do governo militar e com a opressão exercida pelo regime (YASUI, 2010). A saúde pública encontrava-se abandonada e entregue aos interesses privados, a população em situação de pobreza e tendo sua liberdade e direitos civis e políticos cerceados. Inclusive, um perfeito retrato do período é encontrado no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Realizada em 1986, critica e aponta a estratificação e hierarquização da sociedade brasileira, caracterizada pela alta concentração de renda e desigualdade social, reflexo de um Estado autoritário, mais preocupado em desenvolver políticas sociais visando o controle das classes dominadas, do que corresponder às demandas sociais e corrigir as distorções geradas pela régias do capitalismo econômico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

Em resposta à crise instalada, o presidente Ernesto Geisel, com o apoio de Goubery do Couto e Silva e outros militares, como Orlando Geisel e João Figueiredo, propõe um projeto de abertura política de forma “lenta, gradual e segura”. Ainda que não fosse o desejo da oposição (MDB), que pleiteava uma distensão imediata, Geisel defendeu a necessidade de uma transição gradual e pactuada, numa tentativa de conciliar os desejos da oposição e dos defensores da redemocratização, com a resistência dos militares de linha mais dura, que insistiam com a manutenção do regime (DIAS, 2015; FERREIRA, 2018).

Tratava-se de um clima delicado, pois deixar o poder não era uma decisão unânime. Nesse sentido, a transição pactuada da ditadura para a democracia, com o retorno dos militares à caserna, envolveu acordos e uma medida de autoproteção para os militares. A Lei de Anistia foi imposta pelo governo de Figueiredo e versava sobre o perdão aos agentes que haviam cometido crimes contra os direitos humanos no período precedente. Da mesma forma, instituiu-se o retorno ao Pluripartidarismo, uma medida que tanto favorecia o processo democrático, como terminava com o monopólio da oposição exercida pelo MDB. É nesse momento que surgem outros partidos políticos, como PMDB, PDS, PDT e PT, por exemplo (FERREIRA, 2018).

Com isso, ainda que sob o comando militar, instaurava-se um processo de negociação e abertura política. No entanto, desde o golpe de 1964, a votação direta

para os cargos majoritários (Prefeito, Governador, Senador e Presidente da República) encontrava-se proibida. Enquanto os ocupantes desses cargos eram escolhidos por meio de Colégios Eleitorais, a população habilitada votava e elegia apenas os ocupantes dos cargos legislativos, como Vereador, Deputado Estadual e Deputado Federal (ROEDEL, 2014). Todavia, a luta pela redemocratização envolvia a crença e a esperança de que os problemas sociais e econômicos, apenas seriam resolvidos, quando os ocupantes dos cargos majoritários fossem escolhidos por meio do voto direto. Por conseguinte, junto com a abertura política e o surgimento de novos partidos políticos, o humor nacional (*national mood*) do período encontrava-se inflamado pela pressão social pela conquista do voto direto para os demais cargos, sobretudo para a função de Presidente da República (LYRA, 2005).

Nesse contexto, em 1980, em meio a grave crise econômica, com dívida externa somando 150 bilhões de dólares, inflação elevada, altos índices de desemprego e insatisfação popular, são aprovadas as eleições diretas para o cargo de Governador no Brasil. Essas eleições foram realizadas em 1982 e, ainda que o partido do regime militar (PDS) tenha conseguido eleger candidatos na maioria dos estados, candidatos da oposição foram eleitos em importantes estados, como Paraná, São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, quebrando a exclusividade e monopólio do mando militar no rumo dos acontecimentos (DIAS, 2015; FERREIRA, 2018). A julgar pelo momento histórico de ebulição social e de insatisfação com o regime, o sucesso alcançado pelo PDS nas urnas é digno de estranheza. Todavia, o governo militar se valia de uma propaganda altamente positiva, além de se esconder atrás de uma sigla denominada Partido Democrático Social, resultando em conflitos interpretativos e manipulação.

A luta pelo voto direto para Presidente da República ocorreria na sequência. Em 1983, o Deputado Federal Dante de Oliveira propôs uma Emenda Constitucional (EC 05/1983) visando garantir o voto direto para presidente já nas eleições de 1985. Por sua vez, esse intento terminou por estimular a mobilização de um movimento suprapartidário em favor da aprovação da emenda e do voto direto. Nascia assim o movimento “*diretas já*”, que entre 1983 e 1984, mobilizou milhares de pessoas pelo país, promovendo comícios e manifestações, levando multidões às ruas. Logo, o Humor Nacional (*national mood*) estava nas ruas e nos largos, clamando por democracia. No dia 25 de abril de 1984, quando a Câmara dos Deputados colocou a emenda em votação, as televisões transmitiram ao vivo e as pessoas, esperançosas,

se reuniram nas praças para acompanhar o processo. Contudo, a maior bancada da câmara pertencia ao partido do regime militar (PDS), então a emenda não foi aprovada, tendo sequência a abertura lenta, gradual e segura, conforme planejado por Geisel, gerando um clima de frustração generalizada, pois os setores mais amplos da sociedade, as camadas mais populares, queriam não apenas o retorno das liberdades individuais, mas poder escolher um governo que desse fim aquele quadro de dificuldades (LYRA, 2005; DIAS, 2015).

Com a emenda rejeitada, o próximo Presidente da República ainda seria conduzido de forma indireta. Entretanto, a oposição estava convencida de que a ditadura apenas terminaria quando houvesse eleição direta para presidente. Nesse contexto, aproveitando que o partido do regime militar estava dividido e com diversas dissidências (devido a apresentação do candidato Paulo Maluf para sucessão de Figueiredo nas eleições de 1985), a oposição se articulou e promoveu uma aproximação entre PFL e PMDB, formando um bloco chamado Aliança Democrática, que lançou a candidatura do governador mineiro, Tancredo Neves, para Presidente, com José Sarney, Governador do Maranhão, como Vice-presidente (FERREIRA, 2018).

O pacto pela democracia em torno da candidatura de Tancredo Neves envolvia um programa de governo comprometido com a aprovação das eleições diretas para presidente e com o Estado Democrático de Direito. Assim, dentre outras promessas, incluía a convocação de uma Assembleia Nacional Constituinte, o combate ao desemprego, a liberdade sindical e uma solução para a dívida externa. Se aproveitando do slogan “*diretas já*”, o tema da campanha, coordenada por Ulysses Guimarães, era “*Muda Brasil: Tancredo Já!*”. Dessa forma, mesmo se tratando de uma eleição indireta, Tancredo Neves recebeu imenso apoio popular. No Colégio Eleitoral, sua vitória se deu por 480 votos, ante 180 de Maluf (FERREIRA, 2018).

O humor nacional brasileiro (*national mood*) era tomado de esperança e do sentimento de patriotismo. A luta parecia ter valido à pena, a esperança no futuro era grande. Entretanto, o clima de euforia seria substituído por comoção e tensão na véspera do dia marcado para posse de Tancredo (15/03/1985). Nesse dia, o Brasil seria acordado com o anúncio da sua hospitalização. Seu tratamento envolveu uma série de cirurgias e, ao longo de duas semanas, a população acompanhou atentamente e otimista a divulgação dos boletins médicos na imprensa, com informações sobre seu estado de saúde. Contudo, no dia 21 de abril de 1985, o país

seria tomado de tristeza com a notícia do seu falecimento (DIAS, 2015; FERREIRA, 2018).

Com isso, José Sarney, o Vice-presidente eleito, assume definitivamente o governo do Brasil. Ainda que muitos estivessem inconformados e receosos com Sarney na presidência, haja vista seu passado próximo dos militares, este reitera todos os compromissos assumidos em torno do pacto pela democracia. Mantém todos os Ministérios escolhidos/costurados por Tancredo Neves e convoca imediatamente a Assembleia Constituinte, que se instala em 1986 e resulta na Carta de outubro de 1988, que Ulysses Guimarães chamou de “Constituição Cidadã” (LYRA, 2005; FERREIRA, 2018).

Dessa forma, José Sarney se torna o primeiro presidente civil após a ditadura militar. No seu governo (1985-1990), o humor nacional (*national mood*) foi influenciado, primeiramente, pela esperança na nova Constituição, que, definitivamente, enterrava o passado e inaugurava uma nova Era, regida pela liberdade, por segurança e direitos civis e políticos preservados. Ao longo do processo constituinte, criou-se um clima de cooperação e de ampla participação da sociedade na sua elaboração. Por meio da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), por exemplo, seus participantes elaboraram propostas e forneceram à Constituinte, as diretrizes para o setor de saúde. Da mesma forma, os participantes da I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) enviaram uma série de sugestões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986; 1988). Todavia, a participação era aberta à sociedade. Desse modo, tanto os movimentos sociais, como os cidadãos comuns podiam e enviaram cartas e propostas à Assembleia Nacional Constituinte (FERREIRA, 2018).

Fruto de uma experiência e exercício democrático, a Constituição foi promulgada no dia 05 de outubro de 1988, pelo presidente da assembleia, o Deputado Federal Ulysses Guimaraes, que a batizou de Constituição Cidadã. Além de instituir o Estado Democrático, a Carta apresenta inúmeros dispositivos que ampliam a participação popular na vida política do país. Ademais, assegura direitos civis e sociais, como educação, saúde, alimentação, segurança, previdência e assistencial social, que, desde sua promulgação, passam a ser considerados direito de todos e dever do Estado. No ato de promulgação, Ulysses Guimaraes assinala e immortaliza a frase “Quanto a ela, discordar, sim. Divergir, sim. Descumprir, jamais. Afrontá-la, nunca. Traidor da Constituição é traidor da Pátria” (FERREIRA, 2018). Nesse sentido,

o humor nacional (*national mood*) era influenciado pelas aspirações democráticas e pela esperança de um futuro melhor.

Por sua vez, será nesse clima de efervescência democrática que o projeto de Lei 3.657 de 1989 será apresentado e recepcionado pela Câmara dos Deputados. Tratava-se da primeira proposta jurídico-normativa com vistas à reformulação do modelo de Assistência Psiquiátrica no Brasil, visando a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, bem como a regulamentação da internação compulsória. Destarte, a inspiração democrática do período começa a refletir na agenda da Política Nacional de Saúde Mental.

Todavia, concomitantemente ao encerramento do processo constituinte, o governo Sarney caminhava para o término do seu mandato mergulhado numa crise política e econômica. Hiperinflação, greves, denúncias de corrupção, truculência e violência policial, crueldade contra trabalhadores e o assassinato do ambientalista Chico Mendes preenchiam os noticiários do país, paralelamente ao seu governo terminante. A inflação acumulada de 1989 somava 1.972,91%. Os índices de desemprego e os níveis de descrença e desesperança na população acompanhavam esse crescimento (FERREIRA, 2018; SALLUM JR, 2018). De qualquer modo, é nesse cenário crítico que se inaugura a primeira campanha e eleição direta para Presidente da República no Brasil redemocratizado

Esse contexto crítico na esfera política e econômica contribuiu para a ascensão e projeção nacional do candidato alagoano Fernando Collor de Mello (PRN – Partido da Reconstrução Nacional). Exaltando as denúncias de corrupção do período, a hiperinflação, acusando marajás e mordomias, e reclamando do gigantismo do Estado, o candidato alçou o apoio de setores importantes da sociedade brasileira. Seu plano de governo envolvia uma caçada aos marajás, o combate a corrupção, implementação de privatizações e a abertura da economia do país ao capital estrangeiro, por meio de uma reforma liberal. Foi com esse discurso que ganhou a aprovação do empresariado e da maior parte do eleitorado brasileiro, desbancando candidatos de maior renome e projeção nacional, como Ulysses Guimarães (PMDB), Mário Covas (PSDB), Leonel Brizola (PDT) e, no segundo turno, Luiz Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (FERREIRA, 2018; SALLUM JR, 2018).

Além da importância histórica desse período para a sociedade brasileira, representada pelo fim da transição democrática conduzida por Sarney e, pela primeira eleição direta para Presidente da República, esse cenário tem demasiada importância

para a agenda da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Paralelamente ao crepúsculo da renovação e à campanha presidencial que relevaria o primeiro presidente da Nova República, era apresentado no parlamento brasileiro, o Projeto de Lei 3.657/1989, dispendo sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos públicos no país. É esse instrumento que, vinte anos depois, será transformado em lei (Lei 10.216/2001) e reorientará a assistência em saúde mental no Brasil, encerrando um processo de disputas e garantindo a implementação de uma PNSM pautada nos direitos do cidadão e na oferta de serviços extra-hospitalares.

Com a vitória de Fernando Collor, instaurava-se uma atmosfera de esperança social com o futuro do novo governo, com mais de 71% da população acreditando que seria um governo ótimo e bom (SALLUM JR, 2018). Entretanto, a história revelaria suas contradições e, juntamente com o título de primeiro presidente eleito diretamente pelo voto, no Brasil redemocratizado, Collor receberia o rótulo de primeiro presidente a sofrer um *impeachment* após a redemocratização. No quadro 20, são listadas as informações que dão conta de ilustrar o humor nacional (*national mood*) em torno do seu governo.

QUADRO 20. Humor Nacional para a Política Nacional de Saúde Mental

Humor nacional 2. Impeachment	
Citação	Referência
“O debate intenso sobre as crises do Estado e do Governo fizeram também parte integrante dos temas que foram objeto de análise da etapa nacional da IX CNS (...) Nesse sentido, foi aprovada a ‘Carta da IX CNS à sociedade brasileira’ que tem como subtítulo FORA COLLOR e analisou a crise ética do governo, que, somada ao modelo de desenvolvimento econômico proposto gerou a ingovernabilidade em que se encontra o país”	Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992b, p. 8)
“o governo Collor levou o Brasil a uma tragédia sanitária jamais assistida”	Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992b, p. 15)
“conclamamos todas as forças democráticas do país a se mobilizarem pelo fim do Governo Collor e a efetiva punição dos responsáveis pelo roubo nos cofres públicos”	Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992b, p. 15)
“a nova Constituição Brasileira assegura o direito à saúde e prevê a criação de um sistema democrático comprometido com as necessidades da população. Apesar disso, esse governo violentou todos esses princípios e intensificou um período de desrespeito à Ética, à moral e ao interesse público sem precedentes.”	Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992b, p. 15)

“a consolidação da democracia e a instauração da justiça social exigem que cada brasileiro se una ao sentimento nacional de dar um basta à impunidade, à corrupção, à miséria.”	Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992b, p. 15)
---	---

FONTE: Elaborado pelo autor.

Conforme prometido, o governo Collor (1990-1992) cuidou de promover a liberalização da economia brasileira. Logo de início, por meio do Plano Collor, instituiu uma reforma monetária e medidas de reforma fiscal, reforma administrativa e novas políticas de renda, de cambio e comércio exterior. Assim, congelou preços e salários, criou tributos, como IOF, orientou privatizações, reduziu tarifas para importações e permitiu a entrada de capital estrangeiro no país, todavia, também bloqueou depósitos em contas e aplicações financeiras superiores a 50.000 cruzeiros, medidas sentidas, sobretudo, pelas classes proprietárias e empresariais, pelas classes médias profissionais e assalariados de maior renda (SALLUM JR, 2018).

De início, as medidas implementadas pareceram eficientes, resultando numa queda da inflação. Os índices caíram de 82,18% para 7,31% nos primeiros três meses. Contudo, logo voltaram a subir e chegaram em 20,91% em janeiro de 1991, denotando o fracasso do Plano Collor no seu objetivo central, que era “liquidar” a inflação. Em contrapartida, seu plano de privatização foi realizado com maior eficiência. Entre setembro de 1991 e outubro de 1992, 14 estatais foram privatizadas. Todavia, paralelamente, entre 1991 e 1992, denúncias de operações desonestas envolvendo ministros do governo e o seu tesoureiro de campanha, Paulo Cesar Farias, levaram à abertura de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI), gerando mais desgaste ao governo já enfraquecido (MENDES, 2013). Ao longo desse processo investigativo, novas denúncias surgiam, dentre as quais, uma do irmão do presidente, Pedro Collor, que revelou um esquema de fraude eleitoral, sonegação, falsificação de concorrência e favorecimento de empresários, em benefício do presidente. Desse modo, a euforia do início de governo e a redução inicial da inflação logo foi substituída por uma sensação de insegurança e descrença social. Por sua vez, foi nesse ambiente de denúncias e novas evidências materiais que o processo de *impeachment* contra Collor foi instaurado (CODAP, 2017; SALLUM JR, 2018).

Na ocasião da 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, os participantes deixam registrado suas impressões em relação ao governo de Fernando Collor. O acusam de ter desrespeitado o direito à vida, afirmam que sua gestão

provocou uma tragédia sanitária como jamais vista, em função de ter adotado uma administração indiferente aos problemas sociais, às questões ambientais e de saneamento, às necessidades estruturais do sistema de saúde, permitindo, por exemplo, o aumento de diversas doenças e o reaparecimento de mazelas antes controladas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992b).

A julgar pelo inflamado conjunto de críticas ao governo e, considerando os reiterados conclames de mobilização em favor de sua destituição, é possível inferir sobre o humor nacional (*national mood*) daquele período. Entretanto, paradoxalmente, é nesse ambiente conturbado, de revolta e de insatisfação social com o governo, especialmente por parte de setores da saúde, que as primeiras medidas em favor da reforma psiquiátrica são implementadas. A Lei 10.216 ainda demoraria quase dez anos para ser aprovada, todavia, as Portarias SNAS 189 de 1991 e SNAS 224 de 1992 abrem espaço para novas práticas e dispositivos terapêuticos no trato com a doença mental, abrindo caminho para uma mudança no modelo assistencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991; 1992a).

Nesse momento, o governo brasileiro já se encontrava comprometido com a Declaração de Caracas (1990) e com as Resoluções da ONU (1991), entretanto, nenhuma dessas portarias faz menção a essas recomendações e compromissos internacionais. Nesse sentido, considerando o humor nacional (*national mood*) experimentado pelo país nesse período, com notícias diárias de escândalos, fraudes e corrupção relacionados ao governo federal (MENDES, 2013), é razoavelmente possível que esses dispositivos tenham cumprido a missão de gerar agenda positiva para o governo.

Ao longo do seu governo, Collor não estabeleceu profundas e sólidas relações com o Congresso. Tendia a um exercício desarticulado dos demais poderes e pouco negociava com o parlamento. Ainda que tenha melhorado essa relação no decorrer do seu mandato, sua base de apoio e sustentação política era frágil. Desse modo, a partir do surgimento das denúncias que o desmoralizavam e, principalmente, com o início das mobilizações e manifestações em massa pedindo “*Fora Collor*”, sua permanência ficou insustentável. Assim, foi afastado provisoriamente do cargo em setembro de 1992 (SALLUM JR, 2018).

Na sequência, depois que a sua destituição foi aprovada na Câmara dos Deputados, em precedência à votação no Senado Federal, Collor anunciou sua renúncia à Presidência. Entretanto, o processo foi continuado e sua deposição

aprovada. Conforme previa a Constituição, a condenação também implicou na sua inabilitação por oito anos, para o exercício de qualquer função pública. Desse modo, no dia 29 de dezembro de 1992, seu vice, Itamar Franco, assume em definitivo o governo do Brasil (SALLUM JR, 2018; MOTTA, 2018).

Itamar Franco havia se distanciado do então presidente, Fernando Collor, devido divergências no plano econômico-financeiro. De perfil mais nacionalista, estadista e desenvolvimentista, contrastava com o perfil liberalizante do seu antecessor, todavia, contrariando a desconfiança dos setores mais liberais, sua política econômica não divergiu significativamente do governo anterior, pois os incentivos às importações e as privatizações continuaram (MOTTA, 2018).

No decorrer da gestão Itamar Franco (1992-1994), dois eventos são historicamente e especialmente marcantes. Em abril de 1993 foi convocado um plebiscito para que a população decidisse a forma e o sistema de governo que deveria vigorar no país. Entre Monarquia e República, entre Parlamentarismo e Presidencialismo, a população votou e escolheu a continuação da República Presidencialista (CODAP, 2017).

Ademais, já em meados de 1994, mesmo num ambiente de desconfiança social, devido a tantos planos fracassados, visando a estabilização econômica, a equipe do seu governo apresenta o Plano Real. Dentre as medidas previstas estavam o aumento na taxa de juros, novas privatizações, assim como a criação de uma nova moeda, o Real, com valor paritário ao dólar. O plano demonstrou imediata eficácia, reduzindo drasticamente a inflação. A taxa que estava na casa de dois dígitos no pré-plano foi reduzida para menos de 1% em seis meses de vigência, criando um clima de confiança e entusiasmo na população, que sentiu a redução nos preços e o aumento do poder de compra (MOTTA, 2018).

Todavia, o sucesso do Plano Real foi creditado ao Ministro da Fazenda de Itamar, Fernando Henrique Cardoso. Como o Real conquistava corações e mentes, logo, essa confiança e entusiasmo social foi revertida em popularidade, capital político e votos, elegendo FHC em 1994, já no primeiro turno, com 54,28% dos votos (MOTTA, 2018). Nesse ano, além da confiança no novo governo, o humor nacional brasileiro era de festividade, pois o Brasil havia conquistado o tetracampeonato na copa do mundo, nos Estados Unidos, ao vencer a final contra a Itália.

No que tange à agenda da Política Nacional de Saúde Mental, assim como no período anterior, observou-se um pequeno progresso, pois foram publicas as Portarias

SAS 145 de 1994, criando um mecanismo de supervisão, controle e avaliação dos estabelecimentos prestadores de assistência em saúde mental para o SUS e, a Portaria GM 1.720 de 1994, que marca a adesão do Brasil à celebração do dia 10 de outubro como Dia Mundial da Saúde Mental.

Destarte, desde o governo Fernando Collor, políticas econômicas neoliberais foram implementadas pelo país. Para efeito de explicação, uma teoria econômica neoliberal favorece fortemente os direitos individuais e a propriedade privada, pautando-se, principalmente, na redução da influência do Estado sobre a economia e no estímulo ao funcionamento de livre mercado e do livre comércio (HARVEY, 2008). Com isso, o Estado orientado por essa lógica econômica foca, sobremaneira, na liberalização do mercado e na redução do papel do Estado na economia, o que, na prática, implica, desregulamentações, abertura do mercado doméstico à concorrência estrangeira, privatizações, políticas de austeridade e redução do investimento em políticas públicas voltadas para o bem-estar social.

Nesse sentido, por meio dos relatórios finais das 9^a, 10^a e 11^o Conferências Nacionais de Saúde (CNS), realizadas, respectivamente, em 1992, 1996 e 2000, é possível verificar o grau de dificuldade experimentado pelo setor de saúde, em função da orientação econômica neoliberal, introduzida por Collor e aperfeiçoada por Fernando Henrique Cardoso. No QUADRO 21 encontram-se agrupadas as informações relacionadas a esse sistema econômico, registradas nas referidas CNS, mas que podem espelhar o humor nacional (*national mood*) de “mal-estar-social”, decorrente das consequências dessa opção governamental.

QUADRO 21. Humor Nacional para a Política Nacional de Saúde Mental

Humor nacional 3. Neoliberalismo	
Citação	Referência
“Esse quadro dramático se agrava com os efeitos de uma política econômica recessiva e privatizante que concentra renda, marginaliza e exclui milhões de pessoas, características do modelo neoliberal”	Relatório Final da 9 ^a Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992b, p. 15)
“o povo brasileiro vive a penúria de um modelo econômico que marginaliza e discrimina a maioria. Este modelo econômico aumenta a miséria e determina uma perspectiva de vida pequena.”	Relatório Final da 9 ^a Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992b, p. 15)
A IX CNS propõe como essencial à conquista da saúde: “a rejeição do projeto neoliberal, pelas consequências danosas que sua implementação vem causando à maioria do povo brasileiro,	Relatório Final da 9 ^a Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992b, p. 19)

combatendo-se, especificamente, a proposta da Seguridade Social que propõe a privatização da Saúde e da Previdência Social”	
“A despeito dos avanços institucionais e democráticos, as condições sanitárias e as instituições de saúde continuam em grave crise no Brasil. No centro deste processo do setor saúde, encontramos a política econômica de cunho neoliberal implementada pelo governo federal e parte dos governos estaduais. Imposta por países e organismos internacionais e pela elite financeira nacional, desenvolve-se esta nefasta política que produz dependência e endividamento interno e externo, empobrecimento, desemprego, quebra de direitos trabalhistas, exclusão social, doença e morte”	Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996, p. 13)
Sob o discurso da ‘modernização’ estabelece-se, de fato, o ‘Estado Mínimo’ para as políticas sociais e o ‘Estado Máximo’ para o grande capital financeiro nacional e internacional”	Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996, p. 13)
“Na raiz do agravamento da falta de qualidade de vida e de saúde da população está o projeto social e econômico do Governo Fernando Henrique que privilegia a lógica do ajuste econômico em detrimento das políticas sociais”	Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000a, p. 12)
“No Brasil as desigualdades sociais, a concentração de renda e a existência de um verdadeiro ‘estado de mal-estar-social’ produzem as condições que determinam a atual situação de saúde da população, onde o surgimento de doenças características das condições do desenvolvimento industrial e do estilo de vida das sociedades modernas soma-se à persistência de doenças típicas da pobreza e do subdesenvolvimento”	Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000a, p. 19)
“A ótica economicista, própria do neoliberalismo, transforma a saúde e a vida em mercadorias e, assim, desvincula-as dos valores humanos. As pessoas não são vistas, o que importa são as planilhas de custo e a acumulação e concentração do capital. Desprezando e virando as costas para as recomendações das últimas Conferências Nacionais de Saúde, o Governo FHC tem sido um fiel cumpridor das orientações do Fundo Monetário Internacional”	Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000a, p. 19)

FONTE: Elaborado pelo autor.

Ao longo do seu primeiro mandato (1995-1998), Fernando Henrique Cardoso (FHC) conseguiu manter a inflação sob controle, entretanto, mantendo uma das maiores taxas de juros do planeta. Deu continuidade à política privatizante de Fernando Collor, quebrando o monopólio estatal sobre a exploração de petróleo e nas telecomunicações (CODAP, 2017). Em nome do controle inflacionário, sua atuação envolveu a adoção de medidas neoliberais, reduzindo o tamanho do Estado, praticando rígido controle fiscal e arroxando os gastos públicos (refletindo no humor nacional e nos apontamentos da 10ª e 11ª CNS). Um dos pilares do seu projeto governamental estava na inserção do Brasil na economia globalizada, pois acreditava que isso reduziria os preços internos e contribuiria no controle da inflação. Dessa forma, setores tradicionalmente protegidos, como a indústria têxtil, sofreram forte abalo com a entrada de produtos similares e mais baratos, oriundos dos países asiáticos (MOTTA, 2018).

Ainda que politicamente e economicamente estável, não houve crescimento econômico significativo no período. Além do mais, registraram-se altos índices de desemprego e conflitos entre forças policiais e integrantes do MST - Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (CODAP, 2017). A questão agrária já havia sido tema de discussão e proposição na 8ª CNS e 1ª CNSM, quando se salientou a necessidade de uma reforma agrária eficiente com vistas a garantir o direito social à saúde. Da mesma forma, críticas em relação a concentração de renda e riquezas, como grandes latifúndios *versus* trabalhadores rurais sem terra estiveram presentes nesses relatórios, evidenciando não apenas a relevância da questão, mas demonstrando sua perenidade e a necessidade de políticas públicas para lidar com o fenômeno (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986; 1988).

Em 1997, aprovou-se uma Emenda Constitucional permitindo a reeleição de prefeitos, governadores e Presidente da República. Em vista disso, e devido ao seu governo estável, politicamente e economicamente, sobretudo associado às bases solidas e uma ampla coalizão partidária, foi possível a Fernando Henrique Cardoso, conquistar uma nova e confortável vitória nas urnas, já no primeiro turno, com 53,06% dos votos (MOTTA, 2017).

Na segunda gestão de FHC (1999-2002), medidas mais impopulares foram implementadas. Ainda que seu Ministério da Saúde tenha deixado marcas importantes, como a implementação de programas de prevenção e promoção de saúde, reduzindo o número de óbitos devido ao HIV, por exemplo, além da aprovação da Lei de Incentivo aos Medicamentos Genéricos, que promoveu o barateamento de uma infinidade de remédios, o governo permitiu a desvalorização da moeda vigente (Real), que, desde então, se distanciava do dólar. Além disso, o apelo recorrente ao FMI forçou o cumprimento de um programa de maior austeridade e redução dos gastos públicos (CODAP, 2017, MOTTA, 2018).

Em apenas três anos, 45 empresas públicas foram privatizadas, dando margem ao surgindo de denúncias de irregularidades e favorecimentos ilícitos nesse processo. Em 2001, na reta final do seu mandato, o Brasil experimentou um apagão elétrico, com uma crise no setor energético e posterior adoção de medidas de racionamento, gerando indignação e prejuízos para muitas empresas. Ademais, em meio a grave crise econômica, juros altos, desemprego, baixos salários, aumento da dívida externa, o governo FHC encerraria sua gestão com uma aprovação de apenas 23% (MOTTA, 2018). Nem mesmo a conquista do pentacampeonato pela seleção brasileira, na copa

do mundo de 2002, modificou a descrença no seu governo, criando a oportunidade de vitória para o candidato da oposição, Luiz Inácio Lula da Silva. Ainda que num clima misto de esperança e desconfiança, Lula vence as eleições no segundo turno, com 61% dos votos, impedindo que o candidato indicado por FHC, José Serra, desse continuidade ao governo tucano (CODAP, 2017; MOTTA, 2018).

No que tange a agenda da PNSM, houve estabilidade ao longo do primeiro governo de FHC, não havendo registro de nenhum avanço ou mudança. Todavia, paradoxalmente ao seu governo conturbado no seu segundo mandato, é nesse período que ocorrem as principais mudanças na agenda da política de saúde mental. Por seu turno, esse processo é creditado às mudanças internas no governo (*turnover*) e serão discutidas mais adiante.

QUADRO 22. Humor Nacional para a Política Nacional de Saúde Mental

Humor nacional 4. Tempo da Esquerda	
Citação	Referência
“A posse do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e de sua equipe em janeiro de 2003 marcou um novo momento histórico para o Brasil. A participação popular no governo federal deixou de ser mera formalidade, tornou-se uma ação política concreta”.	Relatório da 12 ^a Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p 13)
“No ambiente de esperanças criado com a eleição do Presidente Lula, a iniciativa do Ministro da Saúde, Humberto Costa, de antecipar a 12 ^a CNS com a finalidade de produzir orientações para a formulação do Plano Nacional de Saúde do novo Governo, promoveu um clima de confiança e de grande expectativa, ao mesmo tempo em que estabeleceu o desafio de concluir uma tarefa de grande envergadura no início de mandato”.	Relatório da 12 ^a Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p 17)

FONTE: Elaborado pelo autor.

No relatório final da 12^a Conferência Nacional de Saúde, menciona-se o ambiente de esperanças criado com a eleição do Presidente Lula. Refletindo o humor nacional (*national mood*) de boas expectativas que se instalava, os participantes assinalaram confiança e grande expectativa com relação aos reflexos da sua gestão para a área de saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Pela primeira vez na história brasileira, uma candidatura reconhecidamente de esquerda conquistava o cargo de Presidente da República. Ainda que o perfil de Lula representasse boa parte do eleitorado (origem pobre, retirante nordestino e trabalhador braçal), gerando, assim, identificação e voto, por outra parte, sua radicalidade criava insegurança e desconfiança em outro segmento da população.

Nesse sentido, foi a adoção de uma postura mais moderada e pragmática, ao longo da campanha de 2002, que possibilitou a quebra de algumas barreiras e garantiu sua vitória (SÁ MOTTA, 2018).

Seu governo inicia em 2003, sob desvalorização do real e alta inflação, aumento da dívida pública, elevada taxa de desemprego e fraco crescimento econômico. Todavia, as medidas iniciais do seu governo demonstraram-se eficientes, pois a partir do segundo ano do seu mandato, a inflação reduziu, a moeda se valorizou frente ao dólar, a taxa de desemprego caiu e o crescimento econômico avançou, provocando entusiasmo e euforia. A desconfiança inicial do mercado financeiro e dos empresários foi revertida em confiança e investimentos. O valor e o volume das exportações brasileiras cresceram bastante, principalmente produtos minerais e da agroindústria. O crescimento no afluxo de capitais externos para o Brasil contribuiu para o acúmulo de uma imensa reserva em dólar, que chegou a 300 bilhões. A dívida externa caiu e o país passou de devedor a credor do FMI (SÁ MOTTA, 2018).

Esse bom desempenho permitiu ao governo investir em políticas sociais e de redistribuição de renda, como o programa Fome Zero e Bolsa Família, o que não apenas contribuiu para retirar milhões de pessoas da linha da miséria, mas influenciou no aquecimento da economia. Todavia, também se originava uma fonte de polêmicas, pois críticos e oposição tanto questionavam a eficiência dos programas, como acusavam o governo de assistencialista e de fazer uso desses programas para fins eleitorais (CODAP, 2017; SÁ MOTTA, 2018).

O governo de Luiz Inacio Lula da Silva segue até 2010, pois é reeleito nas eleições de 2006. Entretanto, para fins da presente análise, apenas o início do seu primeiro mandato será considerado. Evidentemente, muitos elementos, positivos e negativos, marcaram o restante do seu governo. Ao mesmo tempo que o quadro econômico melhorava e estabilizava, que a pobreza reduzia, que políticas afirmativas e educacionais eram implementadas, ainda no final do seu primeiro mandato, o humor nacional (*national mood*) seria influenciado pela primeira grande crise política do seu governo, desencadeada pelo “escândalo do mensalão”. Todavia, considerando a delimitação dessa pesquisa (1978-2003), assinala-se, aqui, o humor nacional do seu início de mandato, quando se instalava um clima de euforia, entusiasmo e de esperança social no futuro, corroborando o slogan da sua campanha “a esperança vai vencer o medo” e refletindo no avanço da agenda da PNSM. Embora a Reforma Psiquiátrica já se encontrasse praticamente consolidada quando Lula assumiu o

governo, ainda assim ocorreram mudanças importantes na agenda. Por sua vez, são creditadas às mudanças internas (*turnover*) e serão discutidas mais adiante.

3.3.2 Grupos de Interesse (*interest group*)

Conforme apresentado no capítulo 2, a agenda governamental é fortemente influenciada pela presença dos grupos de interesse (*interest group*) na arena política. Esses grupos correspondem às forças políticas organizadas, como movimentos sociais, partidos políticos, associações, sindicatos etc. Por seu turno, sua atuação pode ocorrer em favor ou desfavor de uma questão, contribuindo tanto para o estabelecimento do consenso, como para a instalação do conflito em torno da causa (KINGDON, [1984] 2014; CAPELLA, 2005).

Essas forças têm o poder de, rapidamente, disseminar informações e influenciar a percepção da sociedade acerca de um assunto. Desse modo, os formuladores de políticas e tomadores de decisão são sensíveis a eles, não raro, apenas elevam uma questão à agenda decisória quando observam a existência de considerável apoio (KINGDON, [1984] 2014; CAPELLA, 2005).

No caso da reformulação da Assistência Psiquiátrica brasileira, a proposição inicial de extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos recebeu apoio favorável de diversos grupos de interesse, como Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) e do Partido dos Trabalhadores (PT), todavia, ao longo do processo de sua tramitação, surgiram grupos de interesses contrários à medida, como Associação de Familiares e a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH). Ainda que nesse caso específico o consenso tenha se estabelecido na reta final, é válido mencionar que os formuladores de políticas e tomadores de decisão, podem, eventualmente, elevar uma demanda à agenda decisória mesmo na ausência de apoio por grupos de interesse. Nesses casos, evidentemente, o custo político é aumentado (KINGDON, [1984] 2014; CAPELLA, 2005).

Na sequência, entre os quadros 23 e 28, esses grupos mais implicados no fluxo político e na trajetória da agenda da Política Nacional de Saúde Mental são citados e discutidos. Cumpre registrar, que desde o início do fluxo do problema, diversas entidades marcaram presença e influenciaram na caracterização e reconhecimento do problema. Pode-se citar o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), o Movimento de Renovação Médica (REME), a Associação Brasileira de Psiquiatria

(ABP), Conselhos Profissionais, Sindicatos etc. Entretanto, a despeito da impossibilidade de identificar todos esses grupos, haja vista que muitas vezes se confundem com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), considera-se que nem todos esses grupos tiveram atuação direta no fluxo político.

QUADRO 23. Grupos de Interesse na Política Nacional de Saúde Mental

Grupos de Interesse 1. Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)	
Citação	Referência
“pretende-se, aqui, focar a Reforma Psiquiátrica brasileira como um processo que se inicia em fins da década de 70, com o surgimento de um novo ator, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que desempenha, durante um longo período, o principal papel, tanto na formulação teórica quanto na organização de novas práticas”	Loucos pela Vida (AMARANTE, 1998, p. 88)
“Nos últimos anos da década de 70, forma-se no Brasil o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que passa a protagonizar os anseios e as iniciativas pela reforma da assistência psiquiátrica nacional”	Loucos pela Vida (AMARANTE 1998, p. 12)
“o projeto do MTSM assume um caráter marcado pela crítica ao saber psiquiátrico que, a partir de então, vem delineando o surgimento da atual concepção de reforma psiquiátrica”	Loucos pela Vida (AMARANTE, 1998, p. 13)
“O MTSM é o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado como um movimento ou entidade da saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental”	Loucos pela Vida (AMARANTE, 1998, p. 57)
“O movimento dos trabalhadores em saúde mental é o ator e sujeito político privilegiado na conceituação, divulgação, mobilização e implantação das práticas transformadoras. É no seio do MTSM que se funda um exercício regular e sistemático de reflexão e crítica ao <i>status quo</i> psiquiátrico, e de onde surgem, ainda, as propostas teóricas e a práxis de uma nova política de saúde mental”	Loucos pela Vida (AMARANTE, 1998, p. 106)

FONTE: Elaborado pelo autor.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi o primeiro e mais importante ator coletivo no início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Sua origem remonta o início de 1978, a partir de uma crise instalada nos hospitais administrados pela Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), no Rio de Janeiro. Por meio de um singular ato de coragem, em plena ditadura, um grupo de médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII) registra no livro de ocorrências do plantão do pronto-socorro as irregularidades da unidade hospitalar (CEBES, 1980a; AMARANTE, 1998). Suas denúncias transcendem as questões trabalhistas e revelam a condição humana degradante em que operavam a maioria dos hospitais psiquiátricos brasileiros.

Essas primeiras denúncias tornaram-se públicas e, numa demonstração de corroboração, os trabalhadores receberam apoio imediato do Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). Além disso, em conjunto com os trabalhadores dos demais hospitais administrados pela DINSAM, deu-se início a uma longa greve, que terminaria com a demissão de 260 estagiários e profissionais. O caso extrapola os hospitais da DINSAM e alcança repercussão nacional, sendo debatido e discutido ao longo de vários meses pela imprensa e por importantes entidades da sociedade civil, como conselhos e sindicatos (CEBES, 1980b; AMARANTE, 1998).

Tendo em vista que tais denúncias refletiam a realidade da assistência psiquiátrica operada pelo país, essa crise e repercussão termina por mobilizar e ajuntar trabalhadores em torno de uma causa, dando origem ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), considerado o ator e sujeito político fundamental no projeto de reformulação da assistência psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 1998).

Esse movimento nunca foi institucionalizado, tampouco quis ser identificado como associação ou entidade da saúde, todavia, se caracterizava por ser um movimento múltiplo e plural, aberto a participação de profissionais de todas as categoriais e diferentes instituições. Seu objetivo era constituir um espaço de luta, debate e encaminhamentos de propostas para a transformação do modelo assistencial psiquiátrico. Dessa forma, com o apoio do CEBES e de outras associações e sindicatos, passa a organizar debates, encontros e congressos, onde são discutidas desde a precariedade do sistema, a exploração dos trabalhadores e da clientela, as barbaridades que ocorrem nos manicômios, o problema da privatização do setor, tal como coadunam ideias e alternativas em torno da reformulação do sistema assistencial (AMARANTE, 1998; YASUI, 2010).

Nesse sentido, o MTSM contribui significativamente para a caracterização do problema da assistência psiquiátrica brasileira (*problem stream*), na medida em que sinaliza e compartilha para o pleno social a existência de uma condição inadmissível no setor de saúde mental. Da mesma forma, atua no processo de formulação de alternativas para a área (*policy stream*).

Além das influências preventivo-comunitárias que já circulavam pelo MTSM e que se transformavam em propostas baseadas em reformulações preventivas, multidisciplinares e extra-hospitalares, a partir dos eventos com participação e

palestra de integrantes de mentores da Rede de Alternativas à Psiquiatria e do movimento Psiquiatria Democrática Italiana, o pensamento de Franco Basaglia passou a exercer fundamental influência na conformação do pensamento crítico do movimento dos trabalhadores. Basaglia era um crítico da psiquiatria tradicional e questionava a necessidade do hospício. Defendia uma abordagem de reinserção territorial e cultural do paciente na sua comunidade, contrastando com as práticas operativas do manicômio, que giravam em torno do isolamento, das fortes medicações e procedimentos agressivos, como eletrochoques (AMARANTE, 1998; PEREIRA, 2004).

Desse modo, concomitantemente à evolução dos encontros e eventos, as alternativas para a área também evoluíram, passando a considerar não apenas a necessidade de um tratamento digno, mas o respeito à cidadania dos pacientes e a extinção dos hospitais psiquiátricos. São essas proposições que constam dos relatórios finais das 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987-1992), assim como são essas orientações que embasam o Projeto de Lei 3.657/1989, um dispositivo que assinala o lançamento do problema na arena política.

Desde 1985, muitos integrantes do MTSM passaram a ocupar significativa parcela dos postos de chefia de programas estaduais e municipais de saúde mental, especialmente na região sudeste do país. Desse contexto resulta a realização do I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, em 1985, na cidade de Vitória – ES, encontro no qual os dirigentes, muitos oriundos do movimento dos trabalhadores, discutem suas práticas e criam mecanismos para o desenvolvimento e fortalecimento das ações no campo da saúde mental. Além de vislumbrarem a redução do número de leitos psiquiátricos, transformando em recursos extra-hospitalares, como hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, lares protegidos etc., decidem investir na ideia de realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Não obstante, na ocorrência da 8ª CNS (1986) que representou um marco pela abertura à participação popular e de partidos políticos, associações de moradores e de usuários, pastorais e sindicatos etc.), um dos membros do MTSM propõe a realização de uma conferência temática na área de saúde mental. Essa proposição é deliberada pela CNS e a I CNSM se realiza em 1987, sob gerenciamento e forte influência do movimento dos trabalhadores em saúde mental.

Com isso se verifica a dinâmica e funcionamento do MTSM dentro do fluxo político (*political stream*) da PNSM. Não apenas como um grupo de interesse

empenhado na inserção de seu projeto na agenda governamental, mas por estar implicado nos próprios núcleos decisórios. Ainda que seu poder de mando esteja pulverizado nos estados, suas ações e implementações terminam por influenciar decisões na esfera federal. Como exemplo, no fluxo do problema são listadas as experiências bem-sucedidas dos CAPS/NAPS das cidades de Santos e São Paulo, tal como as legislações adotadas pelos estados e inspiradas nas propostas do PL 3.657/1989, pois para esta análise, tais elementos são considerados símbolos e *feedback* para os formuladores de políticas na esfera federal.

Contudo, MTSM começa se transformar e perder sua identidade original ainda no final da década de 1980. Em dezembro de 1987, ocorre o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru – SP. Nesse momento, havia uma certa preocupação quanto ao fato de o processo de reforma psiquiátrica estar se institucionalizando e se confundindo com o Estado. Desse modo, o congresso serviu para resgatar e fortalecer a ideia original do movimento, que versava sobre desinstitucionalização. Adotando o lema “por uma sociedade sem manicômios”, o evento colocava em destaque a questão da loucura no âmbito sociocultural. Criava-se uma utopia norteadora para as propostas assistenciais, ao mesmo tempo em que se recuperavam as discussões sobre segregação e violência institucional (YASUI, 2010).

Desse encontro participaram lideranças municipais, técnicos, familiares, usuários, estudantes e muitas outras pessoas. Dentre as deliberações, aprovou-se em plenária o Manifesto de Bauru, representando um novo momento do próprio movimento, que se coloca firmemente contra o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizada, representada pelos manicômios. Destarte, delibera-se por eleger o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial. O encerramento do evento é marcado por uma passeata pelas ruas de Bauru, da qual participaram centenas de pessoas pedindo a extinção dos manicômios (CRP, 1997; YASUI, 2010).

Desse modo, o encontro de Bauru assinala o nascimento de outro movimento social: o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MLA). Assim como o MTSM, o MLA não buscou institucionalizar-se, permanecendo como um movimento social autônomo, plural e independente. Entretanto, se diferenciava do MTSM em sua amplitude, já que se afastava do caráter exclusivamente teórico e técnico e congregava tanto profissionais, como familiares, usuários e qualquer outro que se identificasse com o seu ideário (YASUI, 2010).

Em acréscimo, diferentemente do MTSM, buscava se colocar em posição de independência do aparelho estatal, pois acreditava que a política de conciliação entre interesses do setor empresarial e demandas do movimento, terminava por beneficiar a permanência do modelo asilar (YASUI, 2010). Em contrapartida, se estabelece como um movimento politicamente ativo e militante pela causa antimanicomial não somente no ceio social, mas dentro da arena política, conforme se observa nos extratos do QUADRO 24.

QUADRO 24. Grupos de Interesse na Política Nacional de Saúde Mental

Grupos de Interesse 2. Movimento da Luta Antimanicomial (MLA)	
Citação	Referência
Sobre o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental: “Um congresso também histórico pelo nascimento do Movimento da Luta Antimanicomial – marcado pelo lema “Por uma sociedade sem manicômios” e pela escolha do dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial”	Rupturas e Encontros (YASUI, 2010, p.15)
“o Manifesto de Bauru, aprovado na plenária e distribuído no dia da passeata, marcou o nascimento de um novo movimento: o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial”	Rupturas e Encontros (YASUI, 2010, p.46)
“03 a 06 de dezembro - II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru, no Estado de São Paulo, quando os trabalhadores incluem os usuários e seus familiares e passa a se denominar Movimento Nacional de Luta Antimanicomial”	Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil (LAPS,1987b)
No I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial (1993): “Os trabalhos se desenvolveram em torno de um tema comum que caracterizava o MLA como um movimento social, plural, independente, autônomo e que devia manter alianças com outros movimentos sociais. Marcava um avanço de movimento identificado como dos Trabalhadores de Saúde Mental para um movimento social mais amplo”	Rupturas em Encontros (YASUI, 2010, p.60)
“O movimento social em saúde mental adotou a bandeira do projeto de lei como o seu principal foco de discussão e ação, participando ativamente na mobilização da sociedade de forma a tentar obter seu apoio no ideário de construção de uma “sociedade sem manicômios”.	Estudo da Implementação da Reforma Psiquiátrica (PEREIRA, 2004, p. 114)
“Uma primeira frente, representada pelo movimento social em saúde mental, denominado <i>Movimento Nacional de Luta Antimanicomial</i> , se posicionava favorável à ideia original e foi reconhecido como signatário do projeto apresentado à Câmara dos Deputados em 1989”	Estudo da Implementação da Reforma Psiquiátrica (PEREIRA, 2004, p. 158)
“Um dos argumentos apresentados pelo Senador foi a garantia dada pelo Deputado Paulo Delgado de defesa do projeto aprovado no Senado durante o segundo turno de discussão na Câmara dos Deputados, caso o texto estivesse de acordo com o Movimento de Luta Antimanicomial”	Estudo da Implementação da Reforma Psiquiátrica (PEREIRA, 2004, p. 137)
“Tanto no projeto original, fruto do esforço do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, de familiares, de usuários, de profissionais da área e da sociedade que quer ver o louco integrado na vida social, como o substitutivo do Senado são produtos de grande esforço”	Estudo da Implementação da Reforma Psiquiátrica (PEREIRA, 2004, p. 148); I Caravana (CAMARA DOS DEPUTADOS,2000)

FONTE: Elaborado pelo autor.

Em função do PL 3.657/1989 versar sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, o MLA adotou fortemente sua bandeira. Além de promover a discussão em torno da proposta e de mobilizar a sociedade em busca de apoio para o ideário de construção de uma sociedade sem manicômios, se fazia presente na arena política, influenciando e sensibilizando parlamentares em prol da aprovação do projeto. Dessa forma, se constituiu num forte grupo de interesse em favor da agenda da PNSM. Não à toa, os próprios parlamentares citavam, recorrentemente, a necessidade de corresponder aos anseios do Movimento de Luta Antimanicomial (PEREIRA, 2004).

No Parlamento, o Dep. Paulo Delgado (PT), autor do PL 3.657/1989, era tido como representante signatário do ideário do MLA. Desse modo, quando o projeto chegou na Câmara dos Deputados e foi submetido às comissões de Constituição, Justiça e de Redação (CCJR) e de Seguridade Social e Família (CSSF), o reconhecimento de sua importância foi unânime e sua aprovação facilitada. Ainda que na votação em plenária tenha havido manifestação em favor da Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), condicionando sua aprovação à inserção dessa entidade nas discussões, mesmo assim, depois de acordo fechado entre as lideranças, o projeto foi colocado em votação e aprovado em dezembro de 1990 (PEREIRA, 2004).

Além da provável articulação do Partido dos Trabalhadores, há que se considerar a influência das aspirações democráticas do período (*national mood*). O Brasil estava adentrando numa Nova República democratizada, com muitos desses parlamentares tendo participado da Assembleia Nacional Constituinte. Qualquer manifestação contrária a uma proposta versando sobre cidadania e dignidade humana, estaria em desacordo com os anseios sociais imperantes no país. Não obstante, a tramitação do projeto no Senado Federal seria mais longa e difícil. É nessa arena que o embate político entre os interesses da FBH e os anseios do MLA se tornam mais evidentes.

No entanto, antes de abordar o grupo de interesse constituído pela FBH, opta-se por descrever o papel do Partido dos Trabalhadores enquanto grupo de interesse. Embora o deputado Paulo Delgado, tenha assumido o papel de mediador e interlocutor do ideário do movimento social, empreendedor político no campo da saúde mental, dentro da arena política, sua movimentação encontrava amplo respaldo da sua sigla, um partido tradicionalmente articulado e sensível às causas populares (PEREIRA, 2004). No QUADRO 25, algumas citações reforçam essa relação entre o deputado Delgado, o Partido dos Trabalhadores e agenda da PNSM.

QUADRO 25. Grupos de Interesse na Política Nacional de Saúde Mental

Grupos de Interesse 3. Partido dos Trabalhadores	
Citação	Referência
“Em 12 de setembro de 1989, o Projeto de Lei 3657 (Câmara dos Deputados, 1989) foi apresentado na ‘Ordem do Dia’, do Plenário da Câmara dos Deputados, pelo Deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores (PT), de Minas Gerais”	Estudo da Implementação da Reforma Psiquiátrica (PEREIRA, 2004, p. 108)
“Durante todo o processo de tramitação do projeto no Congresso Nacional o Deputado Paulo Delgado foi um importante interlocutor e defensor dos interesses dos doentes mentais, sendo associado diretamente ao projeto, que inclusive ficou conhecido nacionalmente pelo seu nome”	Estudo da Implementação da Reforma Psiquiátrica (PEREIRA, 2004, p. 109)
Foi salientado, na justificação do requerimento de destaque para supressão do art. 5º, feito pela Bancada do PT, que os hospitais psiquiátricos não teriam demonstrado disposição de transformar a forma de atendimento durante os últimos anos, o que reforçaria a necessidade de mecanismos que garantissem a diminuição dessa forma de atendimento”	Estudo da Implementação da Reforma Psiquiátrica (PEREIRA, 2004, p. 151)
“Com a eleição para prefeitos, em 1989, a cidade de Santos, na gestão do Partido dos Trabalhadores (PT), produziu uma experiência singular que, de certa forma, abrangeu as duas características mais marcantes da Reforma Psiquiátrica ao longo da década de 1980”	Rupturas e Encontros (YASUI, 2010, p.47)

FONTE: Elaborado pelo autor.

Ainda que o Deputado Paulo Delgado pudesse representar pessoalmente os interesses do Partido dos Trabalhadores na Câmara dos Deputados, diversas experiências em consonância com a Reforma Psiquiátrica brasileira foram creditadas aos integrantes do Partido dos Trabalhadores, corroborando o partido como grupo de interesse. A bancada do PT não apenas votava em favor do projeto e da reforma psiquiátrica, como intercedia em favor dos interesses antimanicomiais, apontando as atrocidades encontradas na Assistência Psiquiátrica em pleno ano 2000 (PEREIRA, 2004).

Nesse sentido, a experiência inspiradora e promissora do Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) em Santos, no ano de 1989, apenas foi possível em virtude de a gestão municipal encontrar-se sob controle do Partido dos Trabalhadores. Foi nesse contexto, após a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, acusada de inúmeras barbaridades no trato com os pacientes, que foi criado um sistema de ações e serviços em saúde mental, efetivamente substitutivos à internação psiquiátrica (YASUI, 2010).

Destarte, na esteira do PL 3.657/1989 e da experiência positiva dos NAPS/CAPS, muitas legislações foram aprovadas pelo país, visando garantir políticas

locais de saúde mental, orientadas em serviços extra-hospitalares e nos direitos dos usuários. Assim, entre 1990-1997, sete estados (Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul) e o Distrito Federal atualizaram suas normas legislativas para a área. Não obstante, a autoria da maior parte desses atos esteve sob membros do PT.

Nessa mesma linha, outra legislação de grande importância para o bojo da Reforma Psiquiátrica brasileira é a Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999. Trata-se de um dispositivo que orienta a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais no Brasil, um recurso complementar à Reforma, possibilitando o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial e a reintegração socioeconômica de pacientes psiquiátricos e egressos de internações psiquiátricas. Todavia, é mais uma legislação proposta pelo Deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores.

Mais adiante, novamente confirmando a influência desse grupo de interesse na agenda da Política Nacional de Saúde Mental, coincidindo com o início da gestão petista no Governo Federal, inúmeros e importantes atos normativos são implementados. Tem-se o Decreto presidencial de 28 de maio de 2003, instituindo um Grupo de Trabalho Interministerial para avaliar e apresentar propostas de revisão a política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool e de regulação para a propaganda de bebidas alcoólicas no território nacional. Ademais, no dia 31 de julho desse mesmo ano, o Presidente da República promulga a Lei nº 10.708, produto desse mesmo governo, instituindo um auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, dando origem ao Programa De Volta Para Casa e impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico.

Da mesma forma, por meio da Portaria GM nº 457, de 16 de abril de 2003, o Ministro da Saúde cria um grupo de trabalho intraministerial (GAOD) para o estabelecimento das diretrizes de uma política de saúde para a área de álcool e outras drogas. A portaria GM nº 1.455, de 31 de julho de 2003, define a transferência de fundos e o incentivo financeiro para que todos os CAPS cadastrados entre 2002 e 2003 pudessem implantar equipamentos.

Logo mais, em comemoração ao Dia Mundial da Saúde Mental, a Portaria GM nº 1.946, de 10 de outubro de 2003, determina a criação de um Grupo de Trabalho destinado a elaborar propostas de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Nesse mesmo dia, a Portaria GM nº 1.947, aprovou o

Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência, prevendo e destinando recursos para a implantação de 70 CAPSi (infantil) em municípios estratégicos, até dezembro de 2004.

Ainda nesse período, a Portaria GM nº 2.077, de 31 de outubro de 2003 implementa a regulamentação da Lei nº 10.708/2003, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial na assistência em saúde mental, garantindo os benefícios de reintegração à pessoa portadora de transtorno mental e egressa de internamento psiquiátrico. Nesse mesmo dia, por meio da Portaria GM nº 2.078, o Ministro da Saúde institui uma Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”, composta pelos representantes de diversos segmentos e instituições da área, coordenada pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério.

Ademais, entre maio e dezembro de 2003, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde emitiu 18 portarias homologando o cadastramento de CAPS pelo Brasil. Com isso, verifica-se que o início da gestão petista no Governo Federal foi emblemático no trato e nos rumos da política de saúde mental. Ainda que esse conjunto de informações esteja relacionado a abertura de uma janela de oportunidades (*policy window*) para a PNSM, por ora, cumpre exaltar e ressaltar a atuação do Partido dos Trabalhadores enquanto grupo de interesse.

Por outro lado, independentemente da filiação partidária, a partir da década de 1990, a trajetória da agenda da PNSM foi impactada, significativamente, pelo desempenho do Ministério da Saúde, órgão no qual se insere a atuação não apenas do Ministro de Estado, mas dos demais atores implicados na pasta, como assessores e coordenadores de saúde. No QUADRO 26, são listadas citações em torno da atuação desse Ministério e que justificam sua indicação como grupo de interesse.

QUADRO 26. Grupos de Interesse na Política Nacional de Saúde Mental

Grupos de Interesse 4. Ministério da Saúde	
Citação	Referência
A Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde (COSAM) “para favorecer a reforma psiquiátrica – no sentido da superação do modelo manicomial – estabelece normas que disciplinam a prestação de serviços não-manicomiais por parte do setor privado contratado, como hospitais-dias, lares abrigados, oficinas protegidas etc.”	Loucos pela Vida (AMARANTE, 1988, p. 115)

<p>“No início da década de 90 o Ministério da Saúde publicou instrumentos normativos visando incentivar a criação de serviços de atenção psicossocial, inspirados nas experiências bem-sucedidas dos NAPS, em Santos, e do CAPS, de São Paulo”</p>	<p>Estudo da Implementação da Reforma Psiquiátrica (PEREIRA, 2004, p. 119)</p>
<p>“O secretário nacional de Assistência à Saúde e presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos artigos 141 e 143 do Decreto n.º 99.244, de 10 de maio de 1990. Considerando a necessidade de melhorar a qualidade da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais; considerando a necessidade de diversificação dos métodos e técnicas terapêuticas, visando a integralidade da atenção a esse grupo e; considerando finalmente a necessidade de compatibilizar os procedimentos das ações de saúde mental com o modelo assistencial proposto, resolve: 1. Aprovar os Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental” (coloca os procedimentos NAPS/CAPS, como oficinas terapêuticas e atendimento grupal, no rol de serviços financiados pelo SUS)”</p>	<p>Portaria SNAS 189 de 9 de novembro. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991)</p>
<p>“o secretário nacional de Assistência à Saúde e presidente do INAMPS, no uso das atribuições do Decreto n.º 99.244, de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4.o da Portaria 189/91, acatando exposição de motivos (17/12/91), da Coordenação de Saúde Mental do Departamento de Programas de Saúde da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas” (Regulamenta todos os serviços de saúde mental, determinando a adoção de serviços alternativos à internação nos hospitais psiquiátricos, além de propor o funcionamento e as equipes dos CAPS/NAPS)</p>	<p>Portaria SNAS 224 de 29 de janeiro. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992a)</p>
<p>“A estratégia conciliadora que o substitutivo do Senador Rocha demonstrava foi explicitada no discurso do próprio Senador em plenário. Relatou os entendimentos entre ele, o Senador Lucídio Portella e o Ministério da Saúde na elaboração da proposta apresentada, que haviam sido possibilitados pela interferência do Senador Sérgio Machado, líder do PSDB, partido do governo”</p>	<p>Estudo da Implementação da Reforma Psiquiátrica (PEREIRA, 2004, p. 136)</p>
<p>“O texto consolidado, relativo à questão da saúde mental, apresentado pelo Relator Senador Sebastião Rocha, ao plenário do Senado Federal, suscita incontestemente manifestação de concordância do Ministério da Saúde”</p>	<p>Estudo da Implementação da Reforma Psiquiátrica (PEREIRA, 2004, p. 136); (SENADO FEDERAL, 1999, p. 1965)</p>

FONTE: Elaborado pelo autor.

A partir de 1991, se espelhando nas experiências dos primeiros CAPS e NAPS, o Ministério da Saúde, de forma emblemática, edita as Portarias SNAS 189/1991 e 224/1992, assinalando o início de uma convergência entre os interesses do movimento social em prol de uma reforma psiquiátrica e os rumos da Assistência em Saúde Mental no Brasil. Ainda que outros dispositivos tenham sido implementados pelo Ministério da Saúde, sobretudo nos anos 2001 e 2002, após a aprovação da Lei 10.216/2001 (em parte, devido a necessidade de atualização das regulamentações em vista dessa mais recente Lei Federal), proporcionando significativo avanço na agenda decisória da PNSM, a importância simbólica e paradigmática, dos atos normativos do início da década de 1990, para a agenda da PNSM, se deve ao fato de

que, antes mesmo da aprovação da Lei 10.216/2001, estavam possibilitando uma modificação no modelo de assistência psiquiátrica tradicional, dispendo sobre aprovação, financiamento e regulamentação dos CAPS/NAPS no Brasil.

Dessa forma, além de criar a exigência de adoção de serviços alternativos e complementares ao internamento pelos hospitais psiquiátricos, os dispositivos desse período permitiram aos gestores municipais e estaduais, a possibilidade de contar com o financiamento do SUS na implementação de Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial. Por sua vez, favoreceram a expansão desses dispositivos extra-hospitalares. Com isso, o número de CAPS/NAPS espalhados pelo Brasil chegou a 154 em 1996 e 502 em 2003. O crescimento mais expressivo ocorre entre 2001 e 2002, na esteira da aprovação da Lei 10.216/2001, quando o número desses equipamentos passou de 295 para 424 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Por conseguinte, corroborando o papel de grupo de interesse do Ministério da Saúde, é possível verificar ao longo do processo de tramitação do Projeto de Lei nº 3.657/1989 no Congresso, que esse ministério era consultado e influenciava nas deliberações sobre possíveis acordos e estabelecimento de consenso. Por exemplo, ao colocar em votação uma emenda substitutiva no Senado, o senador relator menciona a existência de consenso entre membros da Casa e o Ministério da Saúde (SENADO FEDERAL, 1999a; PEREIRA, 2004).

Por outro lado, nem todos os grupos de interesse que adentraram na arena política estavam dispostos a apoiar a proposta de reforma na assistência psiquiátrica. Um grupo de interesses oriundo das faculdades de medicina e composto por professores, ex-professores e psiquiatras residentes, buscou desconstruir a proposta, atacando o caráter ideológico e não-científico do projeto em tramitação, e sustentando a necessidade de construção de uma assistência médica hospitalar com base nas modernas contribuições da psiquiatria científica. Esse grupo não via sentido no abandono do hospital e tampouco no envolvimento do poder judiciário como sujeito avaliador das internações. Ainda que sua maior atuação envolvesse publicações em revistas/institutos de pesquisas e divulgação de manifestos e abaixo assinados, fazia chegar suas ideias aos membros do Senado Federal, que, por vezes, buscavam atender seus interesses em textos substitutivos (PEREIRA, 2004).

Não obstante, desde o final da década de 1970, diferentes associações de usuários e familiares foram criadas pelo país. Como exemplo, pode-se citar a Associação de familiares e usuários de Barbacena; a SOSINTRA, no Rio de Janeiro;

a Associação Loucos pela vida, em torno do hospital do Juqueri/SP; a Associação Franco Basaglia, ao redor do CAPS Professor Luiz Cerqueira/SP; a Associação Franco Rotelli, à volta do NAPS de Santos, dentre outras. Nesses casos, uma motivação comum envolvia o espírito dessas associações: a necessidade de encontrar melhores formas de lidar e de participar do tratamento de seus familiares. Dessa forma, buscavam contribuir e até militavam em conselhos e conferências de saúde, se confundindo com o Movimento da Luta Antimanicomial (AMARANTE, 1998).

No entanto, nenhuma dessas entidades merece o mesmo destaque, na agenda da PNSM, que a Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM) do Rio de Janeiro. Criada, inicialmente, na capital do estado, mas depois se expandindo para outros municípios, essa associação nutria e compartilhava do sentimento de preocupação com um eventual processo de desospitalização. Desse modo, durante o processo de tramitação do Projeto de Lei 3.657/1989, se fez representar ativamente na arena política, em meio às discussões parlamentares, com vistas a marcar posicionamento e alertá-los sobre os efeitos maléficos que àquela propositura legislativa representava, ao mandar para rua e deixar em desamparo os doentes mentais (SENADO FEDERAL, 1995b; PEREIRA, 2004).

No QUADRO 27, encontram-se extratos que indicam a participação dessas entidades ao longo do processo de formação da agenda da PNSM, sobretudo no fluxo político e no interior da arena política.

QUADRO 27. Grupos de Interesse na Política Nacional de Saúde Mental

Grupos de Interesse 5. Associações de Familiares dos Doentes Mentais	
Citação	Referência
“Uma segunda frente aglutinava três grupos distintos, porém complementares: os proprietários dos hospitais psiquiátricos, através da Federação Brasileira de Hospitais (FBH); a Associação de Familiares dos Doentes Mentais (AFDM) e psiquiatras ligados as universidades, representando a “psiquiatria científica-acadêmica”	Estudo da Implementação da Reforma Psiquiátrica (PEREIRA, 2004, p. 158)
“Ante a ameaça do projeto de lei, a FBH rearticula-se em torno da luta pela rejeição do projeto no senado federal, esteve presente em todos os debates importantes, divulgando notícias na grande imprensa, organizando lobbies e inclusive, patrocinando a criação de uma associação de familiares de doentes mentais: a Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM), inicialmente no Rio de Janeiro, onde a FBH é mais forte, depois, em outros municípios.	Loucos pela Vida (AMARANTE, 1998, p. 115)
Uma outra associação importante é a SOSINTRA, fundada no Rio de Janeiro, em 1979, e até hoje existente e atuante. Foi criada a partir da necessidade de os familiares encontrarem formas melhores de lidar e	Loucos pela Vida (AMARANTE, 1998, p. 119)

participar do tratamento dos seus problematizados – uma expressão alternativa para referir-se aos doentes, proposta por esta sociedade. É um movimento que nasce da constatação da insuficiência da assistência pública (e contratada pelo setor público), que busca soluções na participação dos próprios familiares e problematizados”	
“a partir dos trabalhos de preparação da I Conferência Nacional de Saúde Mental que a SOSINTRA se afirma como entidade importante e presente no cenário das políticas públicas”	Loucos pela Vida (AMARANTE, 1998, p. 119)
“Com o aparecimento do projeto de lei 3.657/89, a SOSINTRA torna-se um movimento social importante no setor, não apenas no Rio de Janeiro, a debater e a apoiar o projeto, explicitando aspectos que traduzem sua independência e autonomia em relações aos demais movimentos”	Loucos pela Vida (AMARANTE, 1998, p. 120)
“Concordando com a preocupação de um número significativo de pessoas – familiares e amigos de doentes mentais, psiquiatras e organizações – que fizeram chegar a esta Casa, à Comissão de Assuntos Sociais e a esta Relatoria suas opiniões e apreensões sobre os possíveis reflexos de uma desinstitucionalização brusca sobre os doentes com grave dependência institucional”	Estudo da Implementação da Reforma Psiquiátrica (PEREIRA, 2004, p. 124); (Senado Federal, 1995a)
“na opinião do Presidente da Associação de Familiares dos Doentes Mentais (AFDM), Sr. Zedyr Macedo, que ‘declara, sem meias palavras, que o projeto acabará com o único tipo de assistência organizada para o doente mental’	Estudo da Implementação da Reforma Psiquiátrica (PEREIRA, 2004, p. 158); (Senado Federal, 1995b)

FONTE: Elaborado pelo autor.

Diferentemente das associações compostas por usuários, que tendem a assumir posições mais radicais e estruturais, lutando contra internações compulsórias, práticas violentas da psiquiatria e a defender teorias não-biológicas na explicação das doenças mentais, é comum que movimentos de familiares compartilhem do entendimento à volta do determinismo biológico das doenças, facilitando o processo de medicalização do problema (AMARANTE, 1998). Contudo, ainda que a alternativa de desinstitucionalização mexa com o imaginário dos familiares e possa representar causa legítima de preocupação, existe uma contradição em torno da AFDM. Essa associação foi instituída pela própria Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), em resposta à criação do Movimento da Luta Antimanicomial.

A FBH representou os interesses do setor hospitalar privado na arena política. Desse modo, algumas citações acerca dessa entidade encontram-se agrupadas no QUADRO 28.

QUADRO 28. Grupos de Interesse na Política Nacional de Saúde Mental

Grupos de Interesse 6. Federação Brasileira dos Hospitais (FBH)	
Citação	Referência
“Em fins dos anos 80, a FBH torna-se uma entidade praticamente restrita aos ‘empresários da loucura’ (praticamente todos os associados e membros da diretoria são proprietários de hospícios), e aglutina, quase exclusivamente, os segmentos mais arcaicos do empresariado nacional dos mais variados setores e da saúde”	Loucos pela Vida (AMARANTE, 1998, p. 119)
“A FBH torna-se, por um longo tempo, o principal ‘inimigo’ não apenas do movimento pela reforma psiquiátrica, mas também do movimento sanitário”	Loucos pela Vida (AMARANTE, 1998, p. 114)
“na ânsia de defender os interesses do setor privado, a FBH participa dos Simpósios de Saúde da Câmara dos Deputados, que torna-se um importante fórum de luta política e ideológica no campo da saúde”	Loucos pela Vida (AMARANTE, 1998, p. 114)
A FBH “volta a merecer importância significativa após a aprovação, pela Câmara dos Deputados, do Projeto de Lei 3.657, em 1989, do deputado Paulo Delgado – que – como já mencionado, propõe a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos públicos no Brasil, controlando a expansão e a contratação dos hospitais psiquiátricos que prestam serviços ao Estado”	Loucos pela Vida (AMARANTE, 1998, p. 115)
“aparece em cena a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), através da exigência do PTB de que a instituição fosse ouvida na tramitação do projeto, como forma possível de acordo para votação final”	Estudo da Implementação da Reforma Psiquiátrica (PEREIRA, 2004, p. 112)
“Ante a ameaça do projeto de lei, a FBH rearticula-se em torno da luta pela rejeição do projeto no senado federal, esteve presente em todos os debates importantes, divulgando notícias na grande imprensa, organizando lobbies e inclusive, patrocinando a criação de uma associação de familiares de doentes mentais: a Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM), inicialmente no Rio de Janeiro, onde a FBH é mais forte, depois, em outros municípios”	Loucos pela Vida (AMARANTE, 1998, p. 115)

FONTE: Elaborado pelo autor.

A Federação Brasileira de Hospitais (FBH) assume essa denominação em 1973, embora existisse desde 1966. Até o final da década de 1980, essa instituição foi bastante favorecida pela ditadura militar, na medida que prestava serviços médicos ao Ministério da Previdência. Esse período é conhecido pela intensificação do processo de privatização da assistência médica no Brasil, sobretudo na área previdenciária. Houve grande investimento na assistência psiquiátrica, sobremaneira na internação hospitalar. Em 1977, por exemplo, 96% dos recursos do orçamento da previdência eram gastos com internação psiquiátrica (CEBES, 1980a).

Entretanto, a partir da década de 1980, com o advento do processo de redemocratização, em maio à crise financeira no setor previdenciário, com o crescimento dos movimentos populares e das críticas à privatização da saúde pública, o reinado da FBH restou ameaçado. Ademais, com o surgimento dos planos de

medicina de grupo que atraíram os médicos e empresários mais visionários, essa federação chegou ao final da década praticamente restrita aos empresários da loucura (AMARANTE, 1998).

Desse modo, a partir do surgimento do Movimento da Luta Antimanicomial e, em meio à aprovação do PL 3.657/1989 na Câmara dos Deputados, além de patrocinar a AFDM, essa entidade buscou garantir a manutenção dos hospitais psiquiátricos por meio de *lobbies* e articulações dentro do Senado Federal, tornando-se o principal inimigo da Reforma Psiquiátrica no Brasil (AMARANTE, 1998; PEREIRA, 2004).

No Senado Federal, a força dos grupos de interesse contrários à proposta mostrou maior potência, alcançando textos substitutivos próximos aos seus interesses. A pressão desses grupos era tamanha, especialmente da FBH, que, em dado momento, um senador chegou a pedir a presença de um representante legítimo do Movimento da Luta Antimanicomial para contrapor às investidas contrárias à proposta. Todavia, ao final da tramitação no Senado (21/01/1999), em meio à influência dos grupos de interesse de apoio a proposta, criou-se consenso pela aprovação de uma proposta substitutiva (ANEXO 2). Sob forte pressão dos opositoristas, prevaleceu o entendimento em torno da “não extinção” dos hospitais psiquiátricos (PEREIRA, 2004)

O texto substitutivo do Senado instituíra direitos ao paciente acometido de transtornos mentais; criava critérios para os internamentos; envolvia o Ministério Público nos casos de internações involuntárias; e orientava que as internações apenas ocorressem nos casos de insuficiência dos recursos extra-hospitalares. Entretanto, ainda permitia o financiamento público e a construção de hospitais psiquiátricos nas regiões sem estrutura assistencial adequada (SENADO FEDERAL, 1999b).

Depois de aprovado no Senado, o texto retornou à Câmara dos Deputados e foi recolocada para discussão no início de 2001. Nessa época os deputados estavam sob influência da I Caravana de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados. Desse modo, encontravam-se sob o impacto dos horrores encontrados nas clínicas e hospitais psiquiátricos. Logo, essa atmosfera contribuiu para a supressão do artigo que autorizava a construção e financiamento de novos hospitais psiquiátricos (PEREIRA, 2004). O texto final aprovado não extingue os hospitais psiquiátricos, todavia, institui direitos e proteção aos doentes. Estabelece critérios e condições para

o internamento e reorienta o modelo de assistência, adotando como regra e prioridade assistencial, a utilização de dispositivos alternativos à hospitalização (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, o texto ainda foi considerado progressista e próximo ao ideário da Reforma Psiquiátrica. O Projeto de Lei 3.657/1989 foi aprovado na Câmara dos Deputados no final de março de 2001 e sancionado pelo Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, no dia 01 de abril de 2001, quando se transforma na Lei 10.216/2001. Por conseguinte, essa nova legislação foi exaltada no relatório final da III CNSM, uma conferência que já adotou a temática “cuidar sim, excluir não” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

3.3.3 As mudanças internas no governo (*Turnover*)

Completando a análise do fluxo político, verifica-se a influência das trocas internas no governo sobre a agenda da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). As mudanças internas, que Kingdon ([1984] 2014) se refere como *turnover*, correspondem, principalmente, às trocas de comando em posições estratégicas da estrutura governamental, como alternância de Presidente da República e Ministros de Estados, assim como às alterações na composição do congresso. De acordo com Kingdon, o idealizador do MSF, a agenda governamental pode sofrer alterações radicais em função dessas mudanças, sobretudo no início de um novo governo, quando ocorrem as chamadas mudanças de jurisdição, isto é, aquela típica reestruturação ministerial e de secretarias dos inícios de mandato.

Para Kingdon ([1984] 2014), ainda que grupos de interesses influenciem significativamente no clima político e nas mudanças da agenda, são principalmente o humor nacional e as mudanças que ocorrem no interior do governo que promovem o desencadeamento das principais alterações na agenda governamental. Nesse sentido, a investigação desse mecanismo do fluxo político é primordial.

Conforme já abordado no tópico sobre humor nacional, a agenda da PNSM perpassa por diferentes governos, haja vista que a luta pela transformação no modelo de assistência psiquiátrica se inicia em 1978 e se confunde com os movimentos populares em prol da redemocratização do Brasil. Entretanto, as mudanças internas nos governos com efeito sobre o fluxo político da reforma psiquiátrica ocorrem a partir do governo Sarney. No QUADRO 29 são selecionados extratos com referência ao *turnover* e à agenda PNSM.

QUADRO 29. *Turnover* da Política Nacional de Saúde Mental

Turnover 1. Governo José Sarney (1985 – 1990)	
Citação	Referência
“Nos primeiros dias de seu governo como presidente interino, Sarney autorizou o ministro do Trabalho a reabilitar 164 dirigentes sindicais que perderam o mandato por razões políticas, entre eles, Luiz Inácio Lula da Silva, Jair Meneguelli e Olívio Dutra. Suspendeu mais de cem concessões de canais de rádio e televisão realizadas por Figueiredo seis meses antes deste deixar o mandato, assim como mandou reexaminar trezentos projetos de lei enviados ao final daquele governo. Outra medida democratizante foi receber a diretoria da União Nacional dos Estudantes (UNE) e devolver a autonomia dos últimos 31 municípios considerados área de segurança nacional. O Ministério do Trabalho suspendeu legislação que proibia associações entre sindicatos de diferentes categorias profissionais, legalizando, desse modo, as centrais sindicais.”	José Sarney e a transição democrática (FERREIRA, 2018, p.47-48)
“em maio (1985), Sarney enviou ao Congresso Nacional o chamado Emendão. Tratava-se de uma série de iniciativas democratizantes, como: estabelecer eleições diretas para presidente da República em dois turnos, assim como para prefeitos das chamadas áreas de segurança nacional; estender aos analfabetos o direito de votar; legalizar os partidos comunistas e organizações como a UNE; alterar a legislação de modo a facilitar a criação de novos partidos políticos, entre outras. Em junho, ele enviou a proposta de emenda constitucional para convocar uma Assembleia Nacional Constituinte. Além disso, pôs fim à censura, um dos mais repudiados componentes do entulho autoritário”.	José Sarney e a transição democrática (FERREIRA, 2018, p.49)

FONTE: Elaborado pelo autor.

Sarney tomou posse no dia 15 de março de 1985, no lugar de Tancredo Neves, que falecera antes de assumir o governo. Nessa época, Sarney não tinha um plano de governo, todavia, manteve o ministério escolhido por Tancredo Neves e assumiu todos os compromissos em torno do programa da Aliança Democrática, em vistas a reestabelecer a democracia no Brasil (FERREIRA, 2018).

No entanto, justamente por esse motivo, as decisões iniciais do governo Sarney influenciaram substantivamente os rumos da agenda da PNSM. Ainda que não tenham impacto direto e imediato, todavia, à medida que abrem caminhos para a redemocratização do país, estabelecendo eleições diretas para presidente da República, autorizando organizações sociais, convocando Assembleia Nacional Constituinte e a própria 8ª Conferência Nacional de Saúde, que serviu de base para o capítulo sobre saúde na Constituição de 1988, tais ações criam sustentação e ambiente para a luta pela reforma psiquiátrica, bem como pavimentam o caminho da PNSM.

Ao longo de sua gestão, Sarney contou com quatro Ministros de Saúde: Carlos Correia de Menezes Sant'anna (15/03/85 a 13/02/86); Roberto Figueira Santos (14/02/86 a 22/10/87); Luiz Carlos Borges da Silveira (23/10/87 a 16/01/89); Seigo Tsuzuki (17/01/89 a 14/03/90). O Ministro que permaneceu por mais tempo, ficou no governo por 20 meses, reflexo do governo conturbado do Presidente José Sarney.

Ainda que nesse período, em desdobramento da 8ª CNS, tenha havido a convocação para a I Conferência Nacional de Saúde Mental, o que se constituiu num elemento emblemático da agenda da PNSM, o governo Sarney não adotou qualquer medida progressista para o setor de saúde mental. Pelo contrário, no período da Nova República, os diretores que assumiram a gestão da DINSAM eram declaradamente contrários ao projeto do MTSM. Ademais, em 1988, durante a gestão do ministro Borges da Silveira, houve uma intervenção do Ministério da Saúde no Centro Psiquiátrico Pedro II e na Colônia Juliano Moreira, onde adeptos da psiquiatria preventivo-comunitária realizavam experimentações. Esse feito contou com o apoio de blindados do Exército e de agentes armados do Departamento de Polícia Federal, remontando os momentos mais duros da ditadura. Por sua vez, essa intervenção foi motivada por demandas e interesses do setor privado e dos adeptos das correntes psiquiátricas tradicionais (AMARANTE, 1998)

Desse modo, a importância do *turnover* no governo Sarney para a PNSM se restringe, basicamente, aos efeitos da transição democrática e da convocação para as 8ª CNS e 1ª CNSM. Assim, como resultado simbólico desse período, surgem a Constituição Federal de 1988, que dará suporte à luta por direitos e cidadania para as pessoas acometidas de transtornos mentais e, por sua vez, o Sistema Único de Saúde, que servirá de abrigo e financiamento para a PNSM.

Contudo, em 1986 houve eleições para deputados e senadores. São os deputados eleitos nesse pleito que compõem a Assembleia Nacional Constituinte. Além disso, é nessa eleição que Paulo Delgado (PT/MG) se elege pela primeira vez como Deputado Federal. Desse modo, o *turnover* do congresso influenciará diretamente a agenda da reforma psiquiátrica, pois é a partir do Projeto de Lei 3.657/1989, apresentado por Delgado, que a questão da assistência psiquiátrica é lançada na arena política. Em acréscimo, são esses mesmos deputados, recém-saídos da Assembleia Constituinte e mergulhados em águas democráticas, que aprovam esse projeto na Câmara dos Deputados, no dia 14 de dezembro de 1990.

QUADRO 30. *Turnover* da Política Nacional de Saúde Mental

Turnover 2. Governos Collor/Itamar (1990 – 1994)	
Citação	Referência
“Dia 15 de março de 1990, quinta-feira, quando Fernando Collor tomou posse da Presidência da República, o fez embalado de grande esperança popular” (...) “em seu discurso de posse no plenário do Congresso Nacional, reiterou a orientação econômica liberal que adotaria e enfatizou que o objetivo central do início de seu governo ‘não é conter a inflação: é liquidá-la’. A seguir o presidente recebeu de José Sarney, já no Palácio do Planalto, o cargo e a faixa presidencial, assinou as primeiras medidas que extinguíam órgãos públicos e criavam ministérios e nomeou seus ministros”	O governo e o Impeachment de Fernando Collor de Mello (SALLUM JR, 2018, p.207)
“Collor afinal deixou a Presidência em 2 de outubro de 1992, depois que a Câmara dos Deputados, em sessão de 29 de setembro, decidiu por ampla maioria autorizar a abertura do processo de impeachment do presidente. Havia chegado a hora de Itamar, agora ‘presidente interino’, mostrar a sua proposta de ‘entendimento nacional’, cujos componentes não chegaram a causar grande surpresa. Para abrigar um maior número de aliados, ampliou a quantidade de pastas ministeriais, com o desmembramento de algumas já existentes e a elevação de secretarias ao status de ministério”	A ESTABILIZAÇÃO E A estabilidade: do Plano Real aos governos FHC (MOTTA, 2019, p. 288)

FONTE: Elaborado pelo autor.

A julgar pela inspiração e programa de governo do presidente Fernando Collor de Mello, inclinado a reduzir gastos públicos e focado no aspecto econômico, já seria possível antever seu grau de comprometimento com a área de saúde. Não à toa, no relatório final da 9ª CNS (1992), seu governo é acusado de promover uma tragédia sanitária no país. Seu governo não favoreceu o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, reduzindo investimentos e provocando o aumento de doenças e ressurgimento de outras que já se encontravam sob controle (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992b).

Ao longo de seu mandato, contou com três ministros de saúde: Alceni Guerra (15/03/90 a 23/01/92); José Goldemberg (24/01/92 a 12/02/92); e Adib Jatene (13/02/92 a 01/10/92). O primeiro foi o mais duradouro e, a despeito das críticas gerais e do cenário de dificuldades, imposto pelas circunstâncias político-econômicas, conseguiu investir em imunização, na implantação de Centros Integrados de Apoio à Criança e na nacionalização da atuação dos agentes comunitários de saúde, obtendo, em razão dessas ações, premiação pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef).

Por sua vez, o *turnover* decorrente da chegada do presidente Collor também envolveu alterações nas coordenadorias de saúde mental do Ministério da Saúde.

Desse modo, entre 1991 e 1992, assume a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, o neurologista Domingos Sávio Nascimento Alves, um defensor da reversão no modelo hospitalocêntrico em favor dos serviços alternativos, comunitários e extra-hospitalares. Esse contexto possibilita um marco histórico na trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois nas esteiras das experiências bem-sucedidas dos CAPS (São Paulo) e NAPS (Santos), o Secretário Nacional de Assistência à Saúde e presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, Ricardo Akel, publica as portarias SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991 e SNAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992.

Esses dispositivos representam uma revolução na assistência em saúde mental, pois no período anterior à essas portarias, as resoluções do Ministério da Saúde apenas previam remuneração para internação psiquiátrica e consulta ambulatorial. Desde então, a portaria nº 189/1991 institui, no rol de serviços remunerados pelo SUS, a remuneração dos procedimentos adotados pelos CAPS/NAPS, como atividades de atendimento de grupo e oficinas terapêuticas, por exemplo. Por conseguinte, a portaria nº 224/1992, regula os serviços prestados pelos Hospitais Psiquiátricos e as normas de atendimento e funcionamento dos CAPS/NAPS, como atividades desenvolvidas e equipe técnica mínima necessária para funcionamento.

Desse modo, o *turnover* do período favoreceu significativamente a agenda da PNSM, elevando, finalmente, a questão da assistência mental à agenda decisória. Em razão da presença de defensores da reforma psiquiátrica entre os espaços decisórios do governo, sobretudo nos anos 90, há referência desse período como institucionalização da Reforma Psiquiátrica (YASUI, 2010). Entretanto, ainda é necessário considerar o humor nacional instalado no país entre 1991 e 1992. Ainda que esse humor nacional se encontrasse sob influência das aspirações democráticas, desde outubro de 1990, o governo do presidente Collor se viu envolvido em denúncias graves de corrupção e de outros atos ilícitos. Essas acusações se intensificam entre 1991 e 1992, com denúncias e escândalos ocupando as manchetes dos principais veículos de comunicação (MENDES, 2013). Desse modo, os avanços na área de saúde mental podem, ainda, representar um esforço governamental, na tentativa de criar agenda positiva para o governo.

Ainda que, nos últimos anos, o Brasil tenha construído uma política nacional de saúde mental com reconhecimento da Organização Mundial da Saúde, se pautando

nos direitos humanos, na qualidade e eficiência assistencial, adotando um viés extra-hospitalar e se afastando dos interesses mercantilistas do setor privado (AMARANTE, 2017), a rede de atenção psicossocial não deixa de representar maior visibilidade para o governo. Enquanto o hospital que exclui se coloca afastado da sociedade, os centros de atenção psicossocial inclusivos são localizados nos centros urbanos, nos bairros, na comunidade, criando uma sensação de maior presença do poder público e, por sua vez, refletindo em maior visibilidade do governante. Entretanto, a construção de uma rede de atenção demora alguns anos, logo, não deveria ser essa a intenção do governo Collor.

O *turnover* em torno da chegada de Itamar Franco ao posto de Presidente da República não reflete em mudanças significativas na agenda da PNSM. Entretanto, ao longo do seu governo, realizou a troca de Ministros da Saúde por três vezes: Jamil Haddad (08/10/92 a 18/08/93); Saulo Moreira (19/08/93 a 29/08/93); e Henrique Santilho (30/08/93 a 31/12/94). Por sua vez, esse *turnover* favoreceu a agenda da PNSM, já que o último ministro, na condição de presidente do Conselho Nacional de Saúde, editou a Resolução nº 93, de 2 de dezembro de 1993, constituindo uma Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, com os objetivos de definir estratégias para o cumprimento das resoluções da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Desse modo, diferentemente dos seus antecessores, Henrique Castilho assume oficialmente o compromisso de seguir com a reforma psiquiátrica no Brasil. Ao longo de sua gestão no Ministério da Saúde, publicou a Portaria GM nº 1.720, de 4 de outubro de 1994, marcando a adesão do Brasil à celebração do dia 10 de outubro como Dia Mundial da Saúde Mental, reafirmando sua postura em favor da saúde mental.

Ademais, outro elemento importante para a agenda da PNSM e decorrente desse processo de *turnover*, é a chegada da psicóloga Eliane Maria Fleury Seidl (1993-1994) na Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, uma personagem declaradamente a favor da reformulação da assistência psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2017).

Desse modo, em consideração às deliberações do Colegiado de Coordenadores Estaduais de Saúde Mental, no dia 25 de agosto de 1994, o Secretário de Assistência à Saúde edita a Portaria SAS nº 145, criando um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental, com o objetivo de acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do Sus, a

correta aplicação das normas em vigor, o que se constituiu num importante instrumento de qualificação da assistência psiquiátrica hospitalar do SUS. Ademais, nesse mesmo dia, essa secretaria edita a Portaria SAS nº 147, ampliando a portaria MS/SNAS nº 224/92 e criando a exigência de um projeto terapêutico por parte das instituições psiquiátricas. A depender da necessidade de cada paciente, esse projeto deveria englobar serviços de avaliação médico-psicológica e social, atendimento individual, grupal e familiar, preparação para alta e garantia de referência para a continuidade do tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994a; 1994b).

Assim sendo, o *turnover* do período permitiu importantes avanços da agenda de saúde mental, demonstrando que o tema ocupou a agenda governamental e ascendeu a agenda decisória em função de uma troca ministerial.

QUADRO 31. *Turnover* da Política Nacional de Saúde Mental

Turnover 3. Governos FHC (1995 – 2002)	
Citação	Referência
Janeiro de 1995. “As frentes dispostas diante do novo governo se desdobravam para além do cenário interno. A inserção do Brasil na economia globalizada era, sem dúvida, um dos pilares do projeto governamental. A começar pelo papel que esta poderia desempenhar no controle da inflação e na queda dos preços internos, mediante a redução do protecionismo e a abertura do mercado brasileiro à competição internacional”	A estabilização e a estabilidade: do Plano Real aos governos FHC (MOTTA, 2018, p. 298)
“O processo, iniciado no governo Collor, se acelerou no de FHC, quando a receita anual da privatização, entre 1995 e 1998, pulou de menos de 2 bilhões de dólares por ano para mais de 35 bilhões”	A estabilização e a estabilidade: do Plano Real aos governos FHC (MOTTA, 2018, p. 298)

FONTE: Elaborado pelo autor.

Conforme se observa, o projeto de governo de FHC se encontrava fortemente direcionado para a área econômica. Inicialmente, nomeou como Ministro de Saúde, o médico Adib Janete (01/01/95 a 06/11/96), que já tinha sido ministro de saúde no governo Collor. Entretanto, ao longo do seu governo, quatro ministros estiveram à frente do Ministério da Saúde. Além de Adib, José Carlos Seixas (07/11/96 a 12/12/96), Carlos Albuquerque (13/12/96 a 30/03/98) e José Serra (31/03/98-31/12/98). Ademais, entre 1996 e 1997, esteve na Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, o neurologista Domingos Sávio Nascimento Alves; e entre 1997 e 1998, o médico Alfredo Schechtman, ambos defensores declarados do processo de

reversão no modelo hospitalocêntrico em favor dos serviços alternativos, comunitários e extra-hospitalares (AMRANTE, 2017).

Todavia, no decorrer do primeiro mandato de FHC, não se observa nenhuma alteração na agenda da PNSM. Entre 1995 e 1999, nenhum ato normativo relacionado à área de saúde mental foi publicado, indicando uma estabilidade na agenda. Em razão dos dispositivos editados nos governos passados, houve uma tímida expansão do número de serviços substitutivos pelo país e uma pequena redução do número de leitos hospitalares. De 154 CAPS em 1996, para 231 em 1998; de 72.514 leitos hospitalares em 1996, para 70.323 em 1998 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Por sua vez, a eleição de 1994 produziu um *turnover* no Congresso Nacional com significativo impacto na agenda da PNSM. Em 1995, tomam posse do Senado, o senador Lúcio Alcantara (PSDB), o senador José Eduardo Dutra (PT) e o senador Sebastião Ferreira Rocha, do PP – Partido Progressista (SENADO FEDERAL, 2023). O senador Lúcio Alcantara já havia participado das discussões do PL 3.657/1989 na Câmara dos Deputados e no final do ano de 1995, apresentou parecer e favorável à aprovação do projeto e acrescentou quatro novas emendas à proposta. Ainda que o senador não fosse favorável à íntegra do projeto original, aprovado na Câmara dos Deputados, e embora sua proposta não tenha sido aprovada pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS), sua atuação representa o retorno da Saúde Mental à agenda, depois de quatro anos dormente no Congresso (PEREIRA, 2004).

Ademais, a atuação do Senador José Eduardo Dutra (PT), aliado do Deputado Paulo Delgado (PT), revela seu papel de empreendedor de política, já que, por diversas vezes, tentou recuperar e emplacar as premissas do projeto original no texto substitutivo do Senado Federal. Todavia, depois de Paulo Delgado, o maior empreendedor nesse processo, foi o Senador Sebastião Ferreira Rocha. Em 1998, este senador assume a relatoria da proposta e inicia a elaboração de um novo texto substitutivo. Sensível à causa original, se mostrou um ator extraordinário na busca pelo consenso, na construção de acordos e no enfrentamento dos grupos de interesses contrários ao projeto e a favor da manutenção dos hospitais psiquiátricos. É devido à sua atuação, argumentação e espírito conciliador que o texto aprovado em plenária, no dia 24 de janeiro de 1999, se aproxima do ideário original, não obstante, ainda permita a construção e o financiamento de hospitais psiquiátricos no país (PEREIRA, 2004).

Nessa época, o governo de Fernando Henrique Cardoso encontrava-se no início do seu segundo mandato (1999-2002). Entretanto, no último ano do seu primeiro governo, havia nomeado José Serra para o cargo de Ministro da Saúde, que, por sua vez, entrega a Coordenação Nacional de Saúde Mental para a médica e professora, Ana Maria Fernandes Pitta (1998-2000), uma defensora declarada da reforma psiquiátrica (AMARANTE, 2017). Com efeito, esse *turnover* resultaria num retorno da PNSM à agenda decisória do governo.

Primeiramente, o Ministro da Saúde, José Serra, que permanece no cargo desde o final do primeiro mandato de FHC, até, praticamente, ao longo de todo o seu segundo governo (31/03/98 a 20/02/02), contribuiu com as discussões finais, no Senado Federal, manifestando apoio e concordância com a aprovação do texto substituto ao PL 3.657/1989, apresentado pelo senador Sebastiao Rocha, versando sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos” e redirecionando o modelo assistencial” (SENADO FEDERAL, 1999b; PEREIRA, 2004).

Em seguida, depois de cinco anos sem a edição de quaisquer atos normativos para a área de Saúde Mental, por meio da Portaria GM nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, e “considerando o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica em curso no país” e a Política Nacional de Medicamentos, o Ministro da Saúde assegura medicamentos básicos de saúde mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde, possibilitando que estados e municípios implementem programas de farmácia básica nessa área (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Ademais, enquanto presidente do Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 298, de 2 de dezembro de 1999, José Serra constitui a Comissão de Saúde mental, com objetivo de assessorar o plenário do CNS na formulação de políticas na área de Saúde Mental. A composição dessa comissão envolveu representantes de diversas instituições, inclusive do Movimento da Luta Antimanicomial (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1999). Ainda que essa resolução não tenha produzido efeito substantivo e imediato, constituiu uma evidência da disposição dos atores envolvidos e da ascensão da PNSM à agenda decisória.

Reforçando a agenda da PNSM nesse ano de 1999, no dia 10 de novembro foi aprovada a Lei nº 9.867, dispondo sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas sociais, versando sobre a (re)integração social de cidadãos em desvantagem. Tratava-se de uma legislação proposta em 1994, na Câmara dos Deputados, pelo Deputado Federal Paulo Delgado (PT). Sua vinculação à agenda decisória da PNSM

resulta do fato dessa norma representar um valioso e complementar instrumento à Reforma Psiquiátrica, pois permite o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para pacientes psiquiátricos e egressos de internações, possibilitando a reintegração social e econômica desses cidadãos (BRASIL, 1999).

Outro *turnover* no governo de FHC, com impacto sobre a agenda decisória da PNSM, decorre da ascensão à Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, no ano 2000, do psiquiatra Pedro Gabriel Delgado. Tratava-se de um importante ator na luta antimanicomial, haja vista ser irmão do Deputado Paulo Delgado e, inclusive, tê-lo auxiliado na redação do projeto de Lei 3.657/1989. Desse modo, ocorria um importante *turnover*, na metade do segundo mandato de FHC, em favor da agenda da PNSM. Um reflexo desse período é observado com a Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, quando o Ministro da Saúde instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, colocando-os como modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Instituídos em resposta às recomendações da II CNSM, realizada em 1992, os Serviços Residenciais Terapêuticos são moradias ou casas assistidas, localizadas, preferencialmente, na comunidade, destinada a cuidar das pessoas com transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência. Em vista disso, a portaria GM 106/2000 não apenas revela o retorno da PNSM à agenda decisória, como se torna crucial na consolidação do processo de substituição do modelo tradicional, pois permite a realização de uma estrutura de cuidados extremamente oposta à cultura hospitalocêntrica.

Ainda no ano 2000, José Serra edita a Portaria GM nº 799, de 19 de julho, instituindo um Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental. Nesse dispositivo, o governo já admite que o modelo de atenção extra-hospitalar tem demonstrado grande eficiência e eficácia no tratamento de pacientes acometidos de transtornos mentais. Outrossim, por meio da Portaria GM nº 1.220, de 7 de novembro, José Serra regulamenta os Serviços Residenciais Terapêuticos, criados pela Portaria nº 106/2000, criando uma tabela de serviços, para fins de cadastro e financiamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000b; 2000c; 2000d).

Desse modo, o ano 2000 se constituiu em solo fecundo para a agenda da PNSM. A chegada de José Serra e dos coordenadores de saúde mental engajados com a reforma psiquiátrica produziu importantes mudanças na PNSM.

Por sua vez, o ano de 2001 seria ainda mais promissor. Logo no início do ano, a PNSM é coroada com a promulgação da Lei 10.216, de 6 de abril, o instrumento jurídico-normativo mais importante desse processo, cujo qual viria garantir e selar o avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Dispondo sobre direitos e reorientando a assistência em saúde mental, encerrava um longo período de grandes disputas e sinaliza que a reforma seria um caminho sem volta.

Alguns dias antes da sanção presidencial da Lei 10.216/2001, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde já havia emitido uma portaria (SAS nº 111, de 3 de abril de 2001), alterando a sistemática de Autorização de Internamento Hospitalar para internações psiquiátricas de longa permanência. Todavia, com o advento da Lei 10/216/2001, em consonância com a nova legislação, diversos dispositivos deveriam ser revistos e atualizados. Assim, uma nova leva de publicações ocorreria no ano 2002.

A título de complementação, com a saída de José Serra para disputar a eleição presidencial de 2002, assume o Ministério da Saúde, o economista Barjas Negri, o qual permanecesse até o final do mandato tucano (21/02/02 a 31/12/02). Entretanto, ao longo desse período, continua na Coordenação Nacional de Saúde Mental, o psiquiátrica Pedro Delgado.

Desse modo, o último ano da gestão FHC manteve solo fértil para a agenda da PNSM. Na esteira da Lei 10216/2001, o Ministro da Saúde editou 7 portarias entre os meses de janeiro e dezembro. Dentre as quais, pode-se citar a regulamentação da internação psiquiátrica a partir das definições da nova legislação federal (GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002); atualização da portaria 224/92 (que regulamentou os CAPS/NAPS), acrescentando novos parâmetros e ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência (Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002); a criação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas (GM nº 816, de 30 de abril de 2002); e a determinação para que internações apenas ocorram depois de tentadas todas as alternativas e esgotados os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede de assistência (GM 2.391 de 26 de dezembro de 2002).

Além do mais, uma Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e Justiça (nº 628 de 2 de abril de 2002), aprovou o Plano Nacional de Saúde no Sistema

Penitenciário, envolvendo assistência em saúde mental para detentos. Por sua vez, a Secretaria de Atenção à Saúde, entre janeiro e dezembro de 2002, editou 5 portarias, dentre as quais, a Portaria SAS nº 189, de 20 de março de 2002, que institui novos procedimentos ambulatoriais na tabela do SUS, ampliando os procedimentos realizados pelos CAPS; e a portaria SAS nº 305, de 3 de maio de 2002, que aprova as normas de funcionamento e cadastramento para CAPSad – Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de Álcool e outras Drogas.

Entre setembro e dezembro de 2002, também foram publicadas 35 portarias de cadastramento de CAPS, pela Secretaria de Atenção à Saúde. Dessa forma, se verifica que os efeitos do *turnover* no governo FHC, combinados com o *turnover* do Congresso, resultaram na concretização instrumental da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Entretanto, o eminente *turnover* em razão da eleição de Luiz Inácio Lula da Silva para Presidente da República, manteria ativada a agenda da PNSM.

QUADRO 32. *Turnover* da Política Nacional de Saúde Mental

Turnover 4. Governo Lula (2003)	
Citação	Referência
“A vitória eleitoral de Luiz Inácio Lula da Silva e do Partido dos Trabalhadores em 2002 foi um marco importante na história brasileira. Após as tentativas fracassadas de 1989, 1994 e 1998, finalmente o operário metalúrgico e sindicalista chegou ao poder. Pela primeira vez uma candidatura claramente de esquerda ganhava as eleições presidenciais no Brasil, com a novidade extra de ter no comando alguém com o perfil de Lula, retirante nordestino e trabalhador braçal”	O Lulismo e os governos do PT: ascensão e queda (SA MOTTA, 2018, p. 534)

FONTE: Elaborado pelo autor.

Quando Lula assume o governo, o processo de Reforma Psiquiátrica encontrava-se avançado. Todavia, o *turnover* do início do seu mandato ainda proporcionaria alterações importantes na agenda da PNSM. Quem assumiu o Ministério da Saúde, foi o médico Humberto Costa. Pós-graduado em Medicina Geral Comunitária e Psiquiatria, era um entusiasta da Reforma Psiquiátrica. Quando foi Deputado Estadual de Pernambuco, apresentou o projeto de lei que deu origem à Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994, versando sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde, além de regulamentar a internação psiquiátrica involuntária no estado (PERNAMBUCO, 1994). Para

Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, foi mantido o psiquiátrica Pedro Gabriel Delgado, irmão do Deputado Paulo Delgado (PT). Desse modo, criava-se uma equipe engajada na causa e um ambiente favorável à agenda da saúde mental.

Por conseguinte, logo no início do seu mandato, o presidente Lula publica o Decreto 28 de maio de 2003, instituindo Grupo de Trabalho Interministerial para avaliar, rever, propor e discutir a política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool e regulamentar a propaganda de bebidas alcoólicas no território nacional. Além disso, no dia 31 de julho de 2003, o presidente sanciona a Lei nº 10.708, instituindo o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Essa legislação havia sido proposta pelo próprio Governo Federal, no dia 25 de maio de 2003, tendo sido aprovada em curtíssimo espaço de tempo. Desse modo, se verifica os efeitos positivos do *turnover* presidencial para a agenda da PNSM. O próprio Presidente da República demonstrou engajamento e contribuição pessoal para mudança na agenda, corroborando, inclusive, o Partido dos Trabalhadores enquanto grupo de interesse.

No âmbito ministerial, o Ministro da Saúde do governo Lula assumiu protagonismo. Entre abril e outubro, editou seis portarias. Instituiu Grupo de Trabalho para estabelecer diretrizes para a Política de Álcool e Outras Drogas (GM nº 457, 16/04/2003); definiu incentivo financeiro para compra de equipamentos pelos CAPS (GM nº 1.455, 31/07/2003); criou Grupo de Trabalho destinado a elaborar proposta de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (GM nº 1.946, 10/10/2003); aprovou o Plano Estratégico para Expansão dos Centros de Atenção para a Infância e Adolescência, o qual prevê a implantação de 70 CAPSi em municípios estratégicos, até dezembro de 2004 (GM nº 1.947, 10/10/2003); regulamentou a Lei nº 10.708/2003, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para a assistência em saúde mental (GM nº 2.077, 31/10/2003); e instituiu a Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” (GM nº 2.078, 31/10/2003).

Por fim, a Secretaria de Atenção à Saúde, entre maio e dezembro de 2003, editou 19 portarias, dentre as quais, dezoito para cadastramento de novos CAPS e uma para homologar resultados de vistorias realizadas em hospitais psiquiátricos (SAS nº 150, 18/06/2003).

Destarte, no que tange à mudança na agenda da PNSM no período compreendido entre 2002 e 2003, se faz necessário assinalar uma característica

importante. Juntamente com o avanço da agenda, houve uma amplificação da política, permitindo a inserção de questões relacionadas ao uso nocivo de álcool e drogas; à saúde mental infantojuvenil; e à saúde mental nos espaços penitenciários.

3.4 JANELA POLÍTICA (*POLICY WINDOW*)

Uma vez encerrada a caracterização e análise dos fluxos político, problema e alternativas (*political, problem and policy stream*), resta verificar e interpretar os períodos de abertura de janela de oportunidade (*policy window*) para a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). É esse momento que permite a convergência (*coupling*) entre os três fluxos e, conseqüentemente, a ascensão de um tema à agenda decisória. Dessa forma, se constituiu no elemento central do modelo de Kingdon – MSF (KINGDON, [1984] 2014).

A janela de oportunidade política ou *policy window* é desencadeada principalmente pelos fluxos do problema (*problem*) e político (*political*), haja vista que que o fluxo das alternativas e soluções (*policy*) somente é acionado e chega na agenda governamental, depois que o problema foi reconhecido e que o ambiente político criou/identificou oportunidade para o aproveitamento dessa proposta (KINGDON, [1984] 2014; CAPELLA, 2005). Essas aberturas podem ocorrer de forma periódica e programada, a exemplo de uma troca de governo depois de um trâmite eleitoral, ou de modo imprevisível, quando geradas por eventos fortuitos, todavia, uma janela política não costuma permanecer aberta por muito tempo.

O acoplamento entre os fluxos é fortemente influenciado pelos empreendedores de política (*policy entrepreneurs*). Segundo Kingdon ([1984] 2014), são esses atores que promovem a convergência entre eles. Costumam ser indivíduos integrantes (ou não) do governo, com extenso conhecimento sobre uma área e com boas conexões políticas. Quanto mais recursos esses empreendedores dispuserem (tempo, dinheiro, energia, relações), tanto mais fácil será realizar a junção (*coupling*) entre os fluxos. De todo modo, o fato é que quando ocorre essa convergência entre os fluxos, os formuladores de políticas se encontram diante de um problema reconhecido, de uma alternativa viável disponível e de um clima político favorável a

ascensão da questão à agenda decisória (KINGDON, [1984] 2014; ZAHARIADIS, 2007; CAPELLA, 2005).

Para Kingdon ([1984] 2014), ainda que grupos de pressão e movimentos sociais influenciem significativamente no clima político e nas mudanças da agenda, são sobretudo o humor nacional e as mudanças que ocorrem no interior do governo que criam as melhores oportunidades para abertura de janela política. Por sua vez, essa sua premissa é corroborada pela presente análise. Ao longo do período analisado e com base das fontes e referências consultadas, as mudanças mais significativas na agenda da PNSM ocorreram, justamente, devido às mudanças internas do governo (*turnover*).

O modelo de assistência psiquiátrica começa a ser delineado como problema no final da década de 1970, por meio de denúncias e da constatação de um sistema de prestação de serviços oneroso, indigno, cruel e ineficiente para o tratamento das pessoas acometidas de transtornos mentais, sobretudo por parte dos equipamentos do setor privado, muito bem remunerados pelo governo. A partir disso e paralelamente, o fluxo de alternativas começa a se desenvolver e a produzir um “caldo” de propostas alternativas. Esse conjunto de ideias provinha das comunidades de políticas, formadas e representadas, inicialmente, por trabalhadores de saúde mental, depois por usuários e familiares. Essas ideias se coadunam em encontros, congressos e conferências, ocorridos entre o final de década de 1970 e ao longo da década de 1980, porém, coerentes com o humor nacional do período, compartilhavam dos anseios sociais experimentados por diversos movimentos populares, que lutavam pelo fim da violência, por liberdade, direitos políticos e civis, cidadania e justiça, enfim, pelo retorno da democracia.

A busca por dignidade, direitos e cidadania era um propósito social universal naquele momento, não exclusivo aos doentes mentais. Todavia, esse humor nacional de fervor democrático resultou na Constituição Federal de 1988 e com isso, se revelou uma inconsistência entre o texto constitucional e a realidade do modelo assistencial em saúde mental. Desse modo, a menção desse processo se justifica devido creditar-se a esse contexto, o início do fluxo político da Política Nacional de Saúde Mental.

A partir de 1986, os relatórios da Conferência Nacional de Saúde de 1986 e Conferência Nacional de Saúde Mental de 1987 já rondavam a agenda governamental. Entretanto, nesse período, o problema da saúde mental não parecia atingir e atrair a atenção dos formuladores de políticas. Embora houvesse um

problema bem caracterizado, um grupo de alternativas disponíveis, grupos de interesse favoráveis e até um humor nacional favorável, nem todas as condições necessárias para o fluxo político avançar encontravam-se estabelecidas.

No entanto, em 1989, o Deputado Paulo Delgado (PT) propõe o Projeto de Lei nº 3.657/1989, versando sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por serviços alternativos, além de regulamentar as internações compulsórias. Com isso, Paulo Delgado se torna o primeiro e mais importante empreendedor político da PNSM, responsável por lançar o problema da assistência em saúde mental na arena política, bem como oferecer uma proposta jurídico-normativa como alternativa. Conforme mencionado, no final da década de 1980, o humor nacional encontrava planando em ares democráticos, o que permitiu uma fácil aprovação do projeto de lei apresentado por Delgado. Demorou pouco tempo (15 meses) até ser aprovado em duas comissões, votado em plenário e despachado para apreciação do Senado Federal.

A partir de 1990, tanto havia maior clareza sobre o problema da assistência psiquiátrica, como existia significativo número de alternativas disponíveis. Acordos firmados em conferências internacionais (CARACAS - 1990) e resoluções de órgãos internacionais (ONU – 1991) pressionavam a agenda governamental em prol de espaço para a saúde mental. Desse modo, por conseguinte, entre o final de 1991 e o início de 1992, é possível vislumbrar a abertura da primeira janela política (*policy window*) para PNSM e, conseqüentemente, uma convergência entre os fluxos do problema, das alternativas e político.

Em função de trocas internas no governo Collor (*turnover*), ascendeu à Coordenadoria Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, o neurologista Domingos Sávio Nascimento Alves, um defensor declarado da reversão no modelo hospitalocêntrico em favor dos serviços alternativos, comunitários e extra-hospitalares (AMARANTE, 2017). Nesse instante, criou-se um ambiente político favorável à mudança, contando, inclusive, com grupos de interesse de apoio à proposta de transformação no modelo assistencial. Desse modo, na função de coordenador e no papel de empreendedor de política, essa coordenadoria realiza a convergência entre os fluxos, elevando a PNSM à agenda decisória.

Por conseguinte, o Secretário Nacional de Assistência à Saúde e Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, Ricardo Akel, publica as portarias SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991 e SNAS nº 224 de 29

de janeiro de 1992, versando, respectivamente, pela inclusão dos procedimentos adotados pelos CAPS/NAPS, como atividades de atendimento de grupo e oficinas terapêuticas, no rol de serviços remunerados pelo SUS; e regulamentando os serviços prestados pelos Hospitais Psiquiátricos, definindo normas de atendimento e funcionamento para essas instituições e para os CAPS/NAPS. Com isso, além da atuação psiquiátrica, criava-se a exigência de oferta de psicoterapia individual e de grupo; assistência social; enfermagem e terapia ocupacional. Regulava-se os hospitais-dia, os serviços ambulatoriais e os de emergência, enfim, vislumbrava-se a constituição de uma mudança significativa na agenda da PNSM.

QUADRO 33. Janela Política para a Política Nacional de Saúde Mental

Janela política 1		
Período	Atores visíveis envolvidos	Produto da agenda
NOV/1991 a JAN/1992	Fernando Collor de Mello (Presidente) Alceni Guerra (Ministro da Saúde) Ricardo Akel (Sec. Nac. Assist. Saúde) Domingos S. N. Alves (Coord. Saúde Mental)	NAPS/CAPS

FONTE: Elaborado pelo autor.

No final de 1993, a PNSM retorna à agenda governamental e decisória. No dia 02 de dezembro, o CNS edita a Resolução nº 93, constituindo uma Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, com os objetivos de definir estratégias para o cumprimento das resoluções da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Em seguida, no dia 4 de outubro de 1994, o Ministério da Saúde edita a Portaria GM nº 1.720, marcando a adesão do Brasil à celebração do dia 10 de outubro como Dia Mundial da Saúde Mental. Antes disso, no dia 25 de agosto de 1994, o secretário de Assistência à Saúde, Gilson de Cássia Marques de Carvalho, havia editado as Portarias SAS nº 145 e 147, respectivamente, criando um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental; e instituindo a exigência de projeto terapêutico por parte das instituições psiquiátricas.

Desse modo, tais dispositivos revelam a abertura de uma nova janela política e o retorno da saúde mental à agenda decisória do governo. A explicação para essa convergência entre os fluxos, novamente resulta de mudanças internas (*turnover*) no decorrer do governo de Itamar Franco. Em *turnover* de Ministros da Saúde, assume o

Ministério, o médico progressista Henrique Santilho (30/08/93 a 31/12/94). Ainda que na posição de tomador de decisão, também atua como empreendedor de política, pois, diferentemente dos seus antecessores, resgata as resoluções da II Conferência de Saúde Mental, cujo inteiro teor envolvia a instituição de uma reforma psiquiátrica.

Dessa forma, se confirma outra premissa de Kingdon ([1984] 2014): primeiro se convergem os fluxos político e do problema, em seguida se aciona o fluxo das alternativas. Entretanto, além de Henrique Castilho, é necessário assinalar que esse *turnover* também produziu a chegada da psicóloga Eliane Maria Fleury Seidl, na Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (1993-1994). Tratava-se de um personagem declaradamente favorável à reformulação da assistência psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2017). Desse modo, considera-se que essa coordenadoria tenha assumido o papel de empreendedor de política e contribuído para convergência entre os fluxos.

QUADRO 34. Janela Política para a Política Nacional de Saúde Mental

Janela política 2		
Período	Atores visíveis envolvidos	Produto da agenda
DEZ/1993 a OUT/1994	Itamar Franco (Presidente) Henrique Santilho (Ministro da Saúde) Gilson de C. M. Carvalho (Sec. Nac. Assist. Saúde) Eliane Maria Fleury Seidl (Coord. Saúde Mental)	<ul style="list-style-type: none"> • Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica; • Dia Mundial da Saúde Mental; • Sistema de Supervisão e Avaliação da Assistência Saúde Mental; <ul style="list-style-type: none"> • Projeto Terapêutico Nas instituições.

FONTE: Elaborado pelo autor.

Depois disso, uma nova abertura de janela política para a PNSM somente ocorre em 1999. Novamente, em razão de *turnover*, tanto no Congresso Nacional, como no interior do governo. Nessa época, o governo de Fernando Henrique Cardoso encontrava-se no início do seu segundo mandato (1999-2002), todavia, havia realizado uma troca no Ministério da Saúde no primeiro semestre de 1998. Com isso, ascenderam José Serra ao Ministério da Saúde e a médica e professora, Ana Maria Fernandes Pitta, uma defensora declarada da reforma psiquiátrica.

Com efeito desse *turnover*, registram-se, primeiramente, as manifestações do Ministro da Saúde, apoiando e concordando com o texto substituto ao PL 3.657/1989,

apresentado pelo senador Sebastião Rocha (PEREIRA, 2004). Ainda sobre esse projeto, resgata-se que o *turnover* provocado pela eleição de 1994, permitiu a entrada, no Senado Federal, de atores importantes para o estabelecimento de janelas de oportunidade (*policy window*) para a PNSM, como o senador José Eduardo Dutra (PT) e o senador Sebastião Ferreira Rocha (PP). Ambos assumiram o papel de empreendedores de políticas, sobretudo Sebastião Rocha. Com isso, o projeto foi aprovado no Senado Federal em 1999.

Desse modo, em razão do *turnover* instalado no Ministério da Saúde em 1998, criou-se uma nova janela de oportunidade (*policy window*) para a PNSM e, conseqüentemente, uma nova convergência entre os fluxos. A evidência dessa janela transcende às manifestações do Ministro da Saúde junto ao Congresso Nacional e se materializa em diversos dispositivos normativos, com vistas a sustentar uma reforma na assistência psiquiátrica. Com isso, medicamentos básicos de saúde mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde são assegurados (Portaria GM nº 1.077/1999) e uma Comissão de Saúde mental é instituída, visando assessorar o plenário do CNS na formulação de políticas na área de Saúde Mental (Res. CNS nº 298/1999).

Além disso, promulgava-se no dia 10 de novembro de 1999, a Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999, a Lei das Cooperativas Sociais. Ainda que não seja exclusiva à saúde mental, essa legislação, proposta por Paulo Delgado, favorece fortemente a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Por essa razão, insere-se na agenda da PNSM e credita-se sua aprovação à janela de oportunidades aberta para saúde mental nesse período.

QUADRO 35. Janela Política para a Política Nacional de Saúde Mental

Janela política 3		
Período	Atores visíveis envolvidos	Produto da agenda
JAN/1999 a DEZ/1999	Fernando Henrique Cardoso (Presidente) José Serra (Ministro da Saúde) Ana Maria Fernandes Pitta (Coord. Saúde Mental) Paulo Delgado (Dep. Federal) Sebastião Rocha (Senador) José Dutra (Senador)	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovação Reforma Psiquiátrica no Senado Federal; • Farmácia de Medicamentos básicos para Saúde Mental; • Comissão de Saúde Mental; • Lei das Cooperativas Sociais.

FONTE: Elaborado pelo autor.

Um novo *turnover* ocorre no Ministério da Saúde no ano 2000. Dessa vez, assume a Coordenação Nacional de Saúde Mental, o psiquiatra Pedro Delgado, irmão do Deputado Federal Paulo Delgado e um entusiasta pela Reforma Psiquiátrica. Desse modo, a janela de oportunidades para a PNSM se abre novamente com a chegada desse novo empreendedor de políticas. Juntamente com o Ministro da Saúde, José Serra, realizam a convergência dos fluxos e mantêm a saúde mental na agenda decisória.

Reflexo dessa abertura de janela e ascensão à agenda decisória pode ser observado pela instituição dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, colocando-os como modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, no âmbito do SUS (Portaria GM nº 106/2000) e pela criação do Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental (Portaria GM nº 799/2000).

QUADRO 36. Janela Política para a Política Nacional de Saúde Mental

Janela política 4		
Período	Atores visíveis envolvidos	Produto da agenda
FEV/2000 a NOV/2000	Fernando Henrique Cardoso (Presidente) José Serra (Ministro da Saúde) Pedro Delgado (Coord. Saúde Mental)	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos; • Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações em Saúde Mental.

FONTE: Elaborado pelo autor.

Por sua vez, essa mesma configuração do Ministério da Saúde e política, elevaria a Saúde Mental à agenda decisória do governo e do congresso entre fevereiro e abril do ano 2001. Com isso, o Secretário de Assistência à Saúde altera a sistemática de Autorização de Internamento Hospitalar para internações psiquiátricas de longa permanência (Portaria SAS nº 111/2001) e, principalmente, se vislumbra a aprovação final do Projeto de Lei nº 3.657/1989 na Câmara dos Deputados, com sua transformação na Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001 – a Lei da Reforma Psiquiátrica.

Conforme se observa, entre a janela política considerada número 4 e a de número 5, há um curto espaço temporal. Entretanto, embora a saúde mental se

encontrasse envolta da agenda governamental nesse período, não houve ascensão à agenda decisória. Uma possível explicação seria, justamente, à espera, do Ministério da Saúde, pela aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica.

QUADRO 37. Janela Política para a Política Nacional de Saúde Mental

Janela política 5		
Período	Atores visíveis envolvidos	Produto da agenda
MAR/2001 a ABR/2001	Fernando Henrique Cardoso (Presidente) José Serra (Ministro da Saúde) Renilson Rebe de Souza (Sec. Assistência em Saúde) Pedro Delgado (Coord. Saúde Mental) Paulo Delgado (Deputado Fed.)	<ul style="list-style-type: none"> • Autorização de Internamento Hospitalar para internações psiquiátricas de longa permanência; • Lei da Reforma Psiquiátrica.

FONTE: Elaborado pelo autor.

Em função da candidatura do ministro José Serra à Presidência da República, um novo turnover acontece e o economista Barjas Negri assume o Ministério da Saúde. Todavia, o psiquiátrica Pedro Delgado continua na Coordenação Nacional de Saúde Mental. Logo, considerando a aprovação da Lei nº 10.216/2001, uma nova janela deveria ser aberta para produção e atualização dos dispositivos normativos e regulatórios, em consonância com o novo instrumento jurídico-normativo.

Possivelmente em função do *turnover* entre os Ministros de Saúde, ou devido a necessidade de estudo e preparação para implementação da política, essa abertura de janela política não ocorreu imediatamente após a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica. Somente no início de 2002, uma nova janela de oportunidade se abre e a PNSM retorna à agenda decisória. Dessa janela surgem diversos dispositivos normativos voltados à assistência em saúde mental. Por exemplo, o Ministro da Saúde, regulamenta as instituições hospitalares especializadas em psiquiatria; e as internações involuntárias (GM nº 251/2002; GM nº 2.391/2002); atualiza e amplia a Regulamentação para os CAPS (GM nº 336/2002); cria o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas (GM nº 816/2002); e determina que internações ocorram somente depois de tentadas todas as alternativas e esgotados os recursos extra-hospitalares (GM 2.391/2002). Além

disso, uma Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e Justiça (nº 628/2002), aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

Por sua vez, a Secretaria de Atenção à Saúde instituiu novos procedimentos na tabela do SUS, ampliando os procedimentos realizados pelos CAPS (SAS nº 189/2002); aprovou as normas de funcionamento e cadastramento para CAPSad (SAS nº 305/2002); e entre setembro e dezembro desse ano, publicou 35 portarias de cadastramento de CAPS.

QUADRO 38. Janela Política para a Política Nacional de Saúde Mental

Janela política 6		
Período	Atores visíveis envolvidos	Produto da agenda
JAN/2002 a DEZ/2002	Fernando Henrique Cardoso (Presidente) José Serra (Ministro da Saúde – 31/03/98 – 20/02/02) Barjas Negri (Ministro da Saúde 21/02/02 – 31/12/02) Renilson Rebe de Souza (Sec. Assistência em Saúde) Pedro Delgado (Coord. Saúde Mental)	<ul style="list-style-type: none"> • Regulamentação das instituições hospitalares especializadas em psiquiatria; • Regulamentação das internações involuntárias; • Atenção aos usuários de álcool e drogas; • Serviços extra-hospitalares como prioridade; • Saúde mental no sistema penitenciário; • Novos procedimentos dos CAPS; • Normas para CAPSad; • Ampliação do número de CAPS

FONTE: Elaborado pelo autor.

Como visto, como efeito dos *turnovers* no governo FHC, combinados com *turnovers* no Congresso, terminam por abrir diversas janelas políticas para a PNSM entre 1999 e 2002, quando os atores envolvidos (empreendedores de política, formuladores de políticas/tomadores de decisão) eficientemente realizam a convergência entre os fluxos e, praticamente, concretizam a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Entretanto, a Reforma Psiquiátrica seguiria seu processo, e novas construções surgiriam com *turnover* provado pelas eleições de 2002, que elegeu Luiz Inacio Lula da Silva (PT). Corroborando Kingdon, quanto ao efeito do turnover no início dos mandatos, observa-se importantes tomadas de decisão já no início de 2003, em favor da PNSM.

Em complemento a essas importantes e iniciais tomadas de decisão, é válido ressaltar a nomeação do médico psiquiatra Humberto Costa como Ministro da Saúde, um entusiasta pela Reforma Psiquiátrica, e a manutenção do psiquiatra Pedro Delgado no posto de Coordenador Nacional de Saúde Mental. Dessa equipe coesa e aquecida em torno do tema, resultaria uma imediata abertura de janela política e ascensão da PNSM à agenda decisória do governo.

Como resultado desse acesso à agenda decisória, o presidente Lula instituiu um Grupo de Trabalho Interministerial para avaliar, rever, propor e discutir a política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool e regulamentar a propaganda de bebidas alcoólicas no território nacional (Decreto 28/2003); envia para o Congresso Nacional, em regime de urgência, proposta para instituição de auxílio-reabilitação psicossocial, cujo projeto é rapidamente aprovado e transformado na Lei nº 10.708/2003, instituindo o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

No âmbito ministerial, o Ministro da Saúde edita portarias para: instituir Grupo de Trabalho para estabelecer diretrizes para a Política de Álcool e Outras Drogas (GM nº 457/2003); criar incentivo financeiro para compra de equipamentos pelos CAPS (GM nº 1.455/2003); constituir Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (GM nº 1.946/2003); para aprovar Plano Estratégico para Expansão dos Centros de Atenção para a Infância e Adolescência (GM nº 1.947/2003); bem como para regulamentar e acompanhar o programa “De Volta Para Casa” (GM nº 2.077/2003; GM nº 2.078/2003). Por sua vez, entre maio e dezembro de 2003 a Secretaria de Atenção à Saúde, editou 18 (dezoito) portarias para cadastramento de novos CAPS.

Desse modo, considerando o intervalo entre o primeiro procedimento e o último, é possível verificar que a janela política para a saúde mental esteve aberta entre maio e dezembro de 2003, período em que os fluxos foram convergidos, resultando em significativas decisões e avanços na agenda da PNSM.

QUADRO 39. Janela Política para a Política Nacional de Saúde Mental

Janela política 7		
Período	Atores visíveis envolvidos	Produto da agenda
MAI/2003 a DEZ/2003	Luiz Inácio Lula da Silva (Presidente) Humberto Costa (Ministro da Saúde) Jorge Solla (Sec. Assistência em Saúde) Pedro Delgado (Coord. Saúde Mental)	<ul style="list-style-type: none"> • Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras drogas; • Auxílio-reabilitação psicossocial – “De Volta Para Casa” • Suporte financeiros para os CAPS; • Fórum Nacional de Saúde Mental da Criança e adolescente; • Ampliação do número de CAPS

FONTE: Elaborado pelo autor.

Ao longo do período analisado (1978-2003), o problema da assistência psiquiátrica foi ficando cada vez mais evidente e bem caracterizado (*problem stream*). Da mesma forma, infinitas propostas encontravam-se prontas e em condições de serem exequíveis (*policies stream*), restava o estabelecimento de um cenário político favorável (*political stream*) para que uma janela de oportunidade se abrisse (*policy window*).

Entretanto, após mais de dez anos de instalação dos fluxos do problema e das alternativas, surge a primeira janela de oportunidade para a saúde mental no ano de 1991. De acordo com Kingdon, uma janela de oportunidade é criada em função da convergência entre o fluxo político e o fluxo problema, o que se confirma por meio desse exercício. Ainda que o humor nacional tenha influenciado na abertura da primeira janela de oportunidades, foi, sobretudo, as mudanças internas no governo (*turnover*) que desencadearam essas alterações na agenda. Desse modo, ao longo desta análise, foram contabilizadas 7 (sete) aberturas de oportunidades para a Saúde Mental, ocorridas entre os anos 1991 e 2003.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por que alguns temas se tornam importantes para um governo, enquanto tantos outros permanecem à espera de atenção? A explicação parte da verificação e identificação dos componentes formadores dos fluxos do problema (*problem stream*); das soluções e alternativas (*policies stream*) e do fluxo político (*political stream*), bem como da abertura de uma janela de oportunidade (*policy window*) e da convergência entre esses três fluxos (*coupling*).

Nesse sentido, ascenderão à agenda decisória aquelas demandas bem caracterizadas e definidas, com alternativas exequíveis e prontas para serem utilizadas e, especialmente, quando dispõem de ambiente político favorável à mudança. Com efeito, essa investigação buscou identificar e sistematizar os elementos constitutivos de cada fluxo da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) para então, chegar nas janelas de oportunidade que permitiram a reversão do modelo assistencial hospitalocêntrico, em favor de alternativas substitutivas e extra-hospitalares, de base comunitária e territorial.

Destarte, partindo do fluxo do problema, identificando os indicadores, eventos, crises/símbolos e *feedbacks* que caracterizavam a existência de um problema na assistência psiquiátrica; seguindo pela identificação das alternativas e verificação (*ex-post-facto*) da sua viabilidade técnica, custo e valores envolvidos; até chegar no fluxo político, com a identificação dos grupos de interesse, humor nacional e mudanças internas no governo (*turnover*), foi possível visualizar o conjunto de denúncias acerca de uma assistência em saúde mental precária, indigna, desumana, onerosa e ineficiente, bem como verificar a existência de alternativas para uma assistência em saúde mental substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, e baseada nos princípios da cidadania do indivíduo, assim como, na esfera política, compreender quais mudanças internas no governo (*turnover*) e quais os principais empreendedores de política (*policy entrepreneurs*) contribuíram para a abertura de janelas de oportunidade (*policy window*) e a convergência entre os fluxos (*coupling*), elevando, assim, o problema da saúde mental à agenda decisória.

Evidentemente, ainda que sob percalços, a PNSM que se constituiu nos últimos anos é ampla e robusta, contemplando uma Rede de Assistência em Saúde Mental e abrangendo diferentes frentes, como tratamento às pessoas com problemas com álcool e drogas; atendimento especializado às crianças e adolescentes; atenção em

saúde mental no sistema judiciário etc. Contudo, ressalta-se que o presente estudo se concentrou na agenda decisória da PNSM entre 1978 e 2003, com foco na mudança relacionada ao seu aspecto mais paradigmático, ou seja, no processo de reversão do modelo de Assistência Psiquiátrica centrado no hospital e na rede privada, para um modelo de Assistência em Saúde Mental, regido por recursos extra-hospitalares e essencialmente público.

Os resultados permitem identificar que as mudanças internas que ocorreram ao longo dos governos (*turnover*) influenciaram substancialmente a agenda da PNSM. Foram, sobretudo, a chegada de atores e empreendedores de políticas, em postos estratégicos do governo ou no Congresso Nacional, que possibilitaram a abertura de oportunidades, a consequente convergência entre os fluxos, e a ascensão do problema da assistência em saúde mental à agenda decisória do Governo Federal. Com base na documentação e referências consultadas, entre 1991 e 2003 foram abertas sete janelas de oportunidades, provocando não somente alteração na agenda, mas, essencialmente, promovendo a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil e implementação da Política Nacional de Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

- AGUM, Ricardo; RISCASO, Priscila; MENEZES, Monique. Políticas Públicas: Conceitos e Análise em Revisão. **Revista Agenda Política**, São Carlos – SP: vol. 3, n. 2, julho/dezembro, 2015.
- ALCÂNTARA, Vírnia P.; VIEIRA, Camilla A. L.; ALVES, Samara V. A. Perspectivas acerca do conceito de saúde mental: análise das produções científicas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: 27(1):351-361, 2022.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar; COELHO Maria T. A.; PERES, Maria F. T. O conceito de saúde mental. **Revista USP**, São Paulo: n. 43, p. 100-125, set/nov, 1999.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, [1995] 1998.
- AMARANTE, Paulo. Resolução do Ministério da Saúde é retorno à política manicomial e atende ao mercado. **Centro de Assuntos Estratégicos da Fiocruz**, 2017. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/702#:~:text=Paulo%20Amarante%20denuncia%20que%20a,com%20vistas%20a%20seus%20interesses%22>. Acessado em: 13 de jun. de 2023.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo H. G. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 763-774, 2017.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v. 23, n. 6, p. 2.067-2.074, 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ARAÚJO, Luísa; RODRIGUES, Maria L. Modelos de Análise das Políticas Públicas. **Sociologia, problemas e práticas**, nº 83, p. 11-35, 2017.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Geração Editorial, São Paulo: 2013.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BARRETO, Lima. **O cemitério dos vivos**. Fundação Biblioteca Nacional. Rio de Janeiro: 1920.

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

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

BAUMGARTNER, Frank R.; JONES, Bryan D. **Agendas and Instability in American Politics**. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1993.

BERNARDES, Anita G.; GUARESCHI, Neusa. Estratégias de Produção de Si e a Humanização no SUS. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília: 27 (3), 462-475, 2007.

BIRKLAND, Thomas A. Agenda Setting in Public Policy. In: FISCHER, Frank; MILLER, Gerald J. SIDNEY, Mara S. (orgs.) **Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics, and Methods**. Boca Raton/London/New York: CRC Press, 2007.

BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JR, B. & AMARANTE, P. (Orgs.) **Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

BRASIL. Decreto n. 82, de 18 de julho de 1841. Homologa a fundação do Hospício de Pedro II, anexo ao hospital da Santa Casa da Misericórdia, para tratamento de alienados. **Revista Médica Brasileira**. Rio de Janeiro: 1841. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/text/d82.php#:~:text=Decreto%20Fundando%20hum%20Hospital%20destinado,de%20Hospicio%20de%20Pedro%20Segundo>. Acessado em: 27 de jan. de 2023.

BRASIL, Decreto n. 142-A, de 11 de janeiro de 1890. Desanexa do Hospital da Santa Casa de Misericórdia desta capital o Hospício de Pedro II, que passa a denominar-se Hospital Nacional de Alienados. **Coleção de Leis do Brasil**, Rio de Janeiro: p. 23, vol. 1 fasc. 1, 1890. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-142-a-11-janeiro-1890-513198-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acessado em: 27 de jan. de 2023.

BRASIL, Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a assistência a alienados. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro: 1903. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acessado em: 28 de jan. de 2023.

BRASIL, Decreto 15.831, de 25 de maio de 1921. Regulamenta o manicômio judiciário. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro: 1921. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14831-25-maio-1921-518290-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=MAIO%20DE%201921-.Art.,federaes%2C%20apresentarem%20sintomas%20de%20loucura>. Acessado em: 28 de jan. de 2023.

BRASIL. Decreto n. 24.559, de 03 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Rio de

Janeiro: 1934. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559impressao.htm. Acessado em: 27 de jan. de 2023.

BRASIL. Decreto nº 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961. Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2.312 de 3 de setembro de 1954, de normas gerais sobre defesa e proteção da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília: 1961. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-49974-a-21-janeiro-1961-333333-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=Regulamenta%2C%20sob%20a%20denomina%C3%A7%C3%A3o%20de,que%20lhe%20confere%20o%20art.>. Acessado em: 28 de jan. de 2023.

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

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

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a criação do SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília: 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acessado em: 28 de jan. de 2023.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm#:~:text=L8142&text=LEI%20N%C2%BA%208.142%2C%20DE%2028%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acessado em: 08 de set. de 2023.

BRASIL. Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9867.htm Acessado em 20 de jun. de 2023.

BRASIL. Lei 10.216, de 06 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, DF: **Diário Oficial da União**, 2001.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**, Brasília: 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm#:~:text=LEI%20No%2010.708%2C%20DE,transtornos%20mentais%20egressos%20de%20interna%C3%A7%C3%B5es. Acessado em: 28 de jan. de 2023.

BRASIL. Emenda Constitucional. **EC nº 95 de 15 de dezembro de 2016**. Institui o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2016. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.

Acessado em: 28 de jan. de 2023.

BRASIL. Presidência da República. Ex-presidentes. **Biblioteca da Presidência da República**, 2023. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes> Acessado em: 23 de out. de 2023.

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

CAMPOS, Luiz F. L. **Métodos e Técnicas de Pesquisa em Psicologia**. Alínea Editora, Campinas – SP: 2001.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. São Paulo: Forense Universitária, 6ª ed. 2009.

CANGUILHEM, Georges. **La Santé: Concept Vulgaire et Question Philosophique**. Toulouse, Sables, 1990.

CAPELLA, Ana C. N. Estudos sobre formação da agenda de políticas públicas: um panorama das pesquisas no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro: 54(6):1498-1512, nov. - dez. 2020.

CAPELLA, Ana C. N. Formação da Agenda Governamental: Perspectivas Teóricas. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, ago. 2005, Caxambu: **ANPOCS**, 2005. Disponível em: <https://www.anpocs.com/index.php/papers-29-encontro/gt-25/gt19-21/3789-acapella-formacao/file>. Acessado em: 27 de jan. de 2023.

CAPES. Periódicos. **Ministério da Educação**, 2022. Disponível em: <https://www-periodicos-capes-gov-br.ez1.periodicos.capes.gov.br/index.php/sobre/quem-somos.html>. Acessado em: 27 de jan. de 2023.

CAPONI, Sandra. Saúde como abertura ao risco. In Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CARVALHO, Sérgio R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.

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

CEARA. Lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências. **Banco Eletrônico de Leis Temáticas**, 1993. Disponível em: <https://belt.al.ce.gov.br/index.php/legislacao-do-ceara/organizacao-tematica/trabalho-administracao-e-servico-publico/item/1445-lei-n-12-151-de-29-07-93-d-o-de-12-08-93> Acessado em : 20 de jun. de 2023.

CEBES. A psiquiatria no Âmbito da Previdência Social. **Saúde em Debate**. Nº 10 – abril/maio/junho de 1980a. Disponível em: https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.9&pesq=&x=52&y=19 Acessado em: 15 de ago. de 2023.

CEBES. Condições de Assistência ao Doente Mental. **Saúde em Debate**. Nº 10 – abril/maio/junho de 1980b. Disponível em: https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.9&pesq=&x=52&y=19 Acessado em: 15 de ago. de 2023.

CERQUEIRA, Luiz. **Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

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

CODAP. Brasil: da redemocratização aos dias atuais. **UFS**, 2017. Disponível em: https://codap.ufs.br/uploads/page_attach/path/8564/3_ANO_Brasil_-_da_redemocratizacao_aos_dias_atuais.pdf Acessado em: 13 de set. de 2023.

COHEN, Michael D.; MARCH, James G.; OLSEN, Johan P. A Garbage Can Model of Organizational Choice. **Administrative Science Quarterly**. SAGE, Vol. 17, No. 1, p. 1-25, mar,1972.

COMPARATO, Fabio K. Ensaio sobre o juízo de constitucionalidade de políticas públicas. In: BANDEIRA DE MELLO, C. A. (org.). **Estudos em homenagem a Geraldo Ataliba**. V.2. São Paulo: Malheiros, 1997.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) **Resolução nº 298**, de 2 de dezembro de 1999. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_99.htm Acessado em 23 de jun. de 2023.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (CRP). **Trancar Não é Tratar: liberdade é o melhor remédio**. 2ª Ed. **Conselho Regional de São Paulo**, 1997.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (CRP). Nota de posicionamento do sistema conselhos de Psicologia frente aos retrocessos da Política Nacional de Saúde Mental. **Conselho Reg. de Psic. de Santa Catarina**, Florianópolis: 2020. Disponível em: <https://crpsc.org.br/noticias/nota-de-posicionamento-do-sistema-conselhos-de-psicologia-frente-aos-retrocessos-da-politica-nacional-de-saude-mental>. Acessado em: 27 de jan. de 2023.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro: v. 18, n. 3, 2020.

DEARING, James W.; Rogers, Everett M. **Agenda-Setting**. Thousand Oaks, CA: SAGE. 1996.

DIAS, Rodrigo F. Tancredo Neves e a redemocratização do Brasil. **Temporalidades**, Revista de História. V. 7, n. 3 set/dez, 2015.

DISTRITO FEDERAL. Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995. Fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências. **Sistema Integrado de Normas Jurídicas do DF**, 1995. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/48934/Lei_975_12_12_1995.html#:~:text=pública%C3%A7%C3%A3o%20desta%20Lei,-.Art.,de%20Sa%C3%BAde%20do%20Distrito%20Federal. Acessado em: 20 de jun. de 2023.

DYE, Thomas D. **Understanding Public Policy**. Englewood Cliffs, N.J.: PrenticeHall. 1972.

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

ENGEL, Magali G. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios** (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 323-365, 2012.

ESPÍRITO SANTO. Lei nº 5.267, de 10 de setembro de 1996. Dispõe sobre direitos fundamentais das pessoas consideradas doentes mentais e dá outras providências. Leis Estaduais, 1996. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/es/lei-ordinaria-n-5267-1996-espírito-santo-o-governador-do-estado-do-espírito-santo> Acessado em: 13 de set. de 2023.

FERNANDES, Cristofthe J. **Reforma psiquiátrica (im)possível?** estudo documental e analítico (2008 a 2017). 2018. 137f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza: 2018.

FERREIRA, Jorge. **O presidente acidental: José Sarney e a transição democrática**. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília A. N. O tempo da Nova República: Da transição à crise política de 2016. Civilização Brasileira, 2018.

FONSECA, João J. S. **Metodologia da Pesquisa Científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

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

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. Perspectiva, São Paulo: ([1972] 2004).

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Trad. de Roberto Machado. 6ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

GAMA, Carlos A. P.; CAMPOS, Rosana T. O.; FERRER, Ana L. Saúde Mental e Vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo: 17(1), 69-84, mar. 2014

GIANNOTTI, J. A. Durkheim: vida e obra. In: DURKHEIM, E. Os pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

GIL, Antonio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GLOBO. Ao assumir Ministério da Saúde, Nísia Trindade promete revogações, diz que gestão será pautada pela ciência e anuncia indígena no secretariado. **G1.globo.com**. 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/noticia/2023/01/02/nisia-trindade-e-apresentada-como-nova-ministra-da-saude.ghtml>. Acessado em: 27 de jan. de 2023.

GOOD, Byron J.; GOOD, Mary J. D. The Meaning of Symptoms: a Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice, in L. Eisenberg e A. Kleinman (eds.), **The Relevance of Social Science for Medicine**. Dordrecht, Holland, D. Reidel Publishing Co, pp.165-96, 1980.

GOTTEMS, Leila B. D.; PIRES, Maria R. G. M.; CALMON, Paulo C. D. P.; ALVES, Elioenai D. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.2, p.511-520, 2013.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações**, caps. 3 e 4. Ed. Loyola, 2008.

HOBBS, Thomas. **Leviatã. Matéria, forma e poder de um Estado eclesiástico e civil**. (Tradução de João Paulo Monteiro e Maria Beatriz Nizza da Silva). 3. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

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

KINGDON, John W. Como chega a hora de uma ideia. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (Orgs.). **Políticas Públicas** - Coletânea Volume 1, p. 219-224. 2007.

KLEINMAN, Arthur. Depression, Somatization and the New Cross-cultural Psychiatry, in **Social Science and Medicine**, v. 11, pp. 3-10, 1977.

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

KYRILLOS NETO, Fuad; DUNKER, Christian I. L. Depois do Holocausto: Efeitos Colaterais do Hospital Colônia em Barbacena. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 23, n. 3, p. 952-974, dez. 2017.

LAPS. Visita do psiquiatra italiano, Franco Basaglia ao Brasil. **Memória da Reforma Psiquiátrica** no Brasil, Fiocruz, 1979. Disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/46> Acessado em: 20 de jul. de 2023.

LAPS. Primeiro Centro de Atenção Psicossocial. **Memória da Reforma Psiquiátrica** no Brasil, Fiocruz, 1987a. Disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/58> Acessado em: 20 de jul. de 2023.

LAPS. II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde mental, onde acontece a criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. **Memória da Reforma Psiquiátrica** no Brasil, Fiocruz, 1987b. Disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/61> Acessado em: 12 de out. de 2023.

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

LASSWELL, Harold. **The decision process: seven categories of functional analysis**. College Park: University of Maryland Press, 1956.

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

LIMA, Aluísio F. Os movimentos regressivos-progressivos da reforma psiquiátrica brasileira. In: LIMA, Aluisio F. **(Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização**. p. 15-34. 1. ed. Curitiba: 2018.

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

LYRA, Teresa C. (ed.). **Redemocratização do Brasil – 20 anos**. Pronunciamentos Proferidos na Sessão Especial do Senado Federal em Comemoração aos 20 anos de Redemocratização do País. Deadline, Brasília – DF, 2005.

LOWI, Theodor. **American Business, Public Policy, Case Studies and Political Theory**, *World Politics*, 16: 677-715, 1964

LOWI, Theodor. Four Systems of Policy, Politics, and Choice. **Public Administration Review**, 32: 298-310, 1972.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Angela, LUZ; Rogério, MURICY, Katia. **Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAIA, Mateus. Lula intensificará agenda presencial no Alvorada na próxima semana. **Poder 36**, 2023. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/governo/lula-intensificara-agenda-presencial-no-alvorada-na-proxima-semana/> Acessado em: 02 de nov. de 2023.

MASSA-ARZABE. Patrícia H. Dimensão Jurídica das políticas públicas. In: BUCCI, M. P. D. **Direito Administrativo e Políticas Públicas**. São Paulo: Saraiva, 2002.

MENDES, Priscila. Relembre casos do governo Collor que envolveram PC Farias. *Globo.com*, 2013. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2013/05/relembre-casos-do-governo-collor-que-envolveram-pc-farias.html> Acessado em: 23 de set. de 2023.

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

MESSAS, Guilherme P. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro: v.15, n. 1, p. 65-98, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAS GERAIS. Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995. Dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental. **Leis Estaduais**, 1995. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/mg/lei-ordinaria-n-11802-1995-minas-gerais-dispoe-sobre-a-promocao-da-saude-e-da-reintegracao-social-do-portador-de-sofrimento-mental-determina-determina-a-implantacao-de-aco-es-e-servicos-de-de-saude-mental-substitutivos-aos-hospitais-psi-quiaticos-e-a-extincao-progressiva-destes-regu-lamenta-as-internacoes-especialmente-a-involunta-ria-e-da-outras-providencias>. Acessado em 20 de ago. de 2023.

MINAS GERAIS. Lei nº 12.684, de 1º de dezembro de 1997. Altera a Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental e dá outras providências. **Leis Estaduais**, 1997. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/mg/lei-ordinaria-n-12684-1997-minas-gerais-altera-a-lei-no-11-802-de-18-de-janeiro-de-1995-que-dispoe-sobre-a-promocao-da-saude-e-da-reintegracao-social-do-portador-de-sofrimento-mental-e-da-outras-providencias> Acessado em 24 de set. de 2023.

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

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SNAS. Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental. **Biblioteca virtual em saúde**, 1991. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-160259>. Acessado em: 20 de jun. de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAS. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Dispõe sobre a criação dos CAPS. **Diário Oficial da União**. Brasília: 1992a. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf. Acessado em: 28 de jan. de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório Final da **9ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1992b.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAS. Portaria SAS nº 145, de 25 de agosto de 1994. Dispõe sobre a criação de um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Brasília: 1994a. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=833 Acessado em: 24 de mar. de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 1.720, de 4 de outubro de 1994. Dispõe sobre a adesão do Brasil à celebração do dia 10 de outubro como Dia Mundial da Saúde Mental. **Biblioteca Virtual em Saúde**, 1994b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13898.html> Acessado em 20 de mar. de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório Final da **10ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 1.077, de 24 de agosto de 1999. Dispõe sobre a implantação do Programa para aquisição dos medicamentos essenciais para a área de Saúde Mental. Diário Oficial da União, 1999. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html Acessado em 24 de set. de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório Final da **11ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 2000a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre a criação dos serviços residenciais terapêuticos em saúde mental, no âmbito do sistema único de saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. **Diário Oficial da União**, Brasília: 2000b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html>. Acessado em: 28 de jan. de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 799, de 19 de julho de 2000. Dispõe sobre a instituição do Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental. Diário Oficial da União, 2000c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0799_19_07_2000.html Acessado em 18 de set. de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 1.220, de 7 de novembro de 2000. Dispõe sobre a regulamentação dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Diário Oficial da União, 2000d. Disponível em: <https://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria1220.pdf> Acessado em: 24 de set. de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório Final da **III Conferência Nacional de Saúde Mental**, Brasília, 2002a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a regulamentação dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2002b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acessado em: 28 de jan. de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório Final da **12ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 2003.

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

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Diário Oficial da União**, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acessado em: 28 de jan. de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). **Diário Oficial da União**. Brasília: 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html. Acessado em: 28 de jan. de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informativo sobre Saúde Mental e Política Nacional de Saúde Mental. **gov.br**, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental#:~:text=A%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde,cuidados%20espec%C3%ADficos%20em%20sa%C3%BAde%20mental>. Acessado em: 28 de jan. de 2023.

MOTTA, Marly. **A estabilização e a estabilidade: do Plano Real aos governos FHC (1993-2002)**. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília A. N. O tempo da Nova República: Da transição à crise política de 2016. Civilização Brasileira, 2018.

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

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação: memórias da Conferência Regional para a reestruturação da assistência psiquiátrica. **Declaração de Caracas**. Caracas, Venezuela, 11-14 nov. 1990.

OXFORD, Languages. Dictionary of English. **Oxford University Press**, 2023. Disponível em: <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/us/>. Acessado em: 28 de set. de 2023.

PARANA. Lei nº 11.189, de 9 de novembro de 1995. Dispõe sobre condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares, de cidadãos com transtornos mentais. **Leis Estaduais**. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/pr/lei-ordinaria-n-11189-1995-parana-dispoe-sobre-condicoes-para-internacoes-em-hospitais-psiquiatricos-e-estabelecimentos-similares-de-cidadaos-com-transtornos-mentais> Acessado em: 20 de ago. de 2023.

PASSOS, Izabel C. F. **Loucura e Sociedade**: Discursos, práticas e significações sociais. Belo Horizonte, Editora Argumentum, 2009.

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

PERNAMBUCO. Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994. Dispõe sobre a substituição progressiva dos Hospitais Psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências. **Alepe Legis**, 1994. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=3997&tipo=#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.064%2C%20DE%2016,involunt%C3%A1ria%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias>. Acessado em: 20 de set. de 2023.

PETERS, Guy B. **American Public Policy**. Chatham, N.J.: Chatham House. 1986.

PICCININI, Walmor J. História da Psiquiatria: Luís da Rocha Cerqueira (1911-1984). **Psychiatry on line Brasil**, Vol. 9, nº 6, jun. 2004. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/ano04/wal0604.php> Acessado em: 13 de ago. de 2023.

PITTA, Ana M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v. 16, n. 12, p. 4.579-4.589, 2011.

RAEDER, Silvio. Ciclo de políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. **Perspectivas em Políticas Públicas**, Belo Horizonte: Vol. VII, nº 13, p. 121-146, jan/jun, 2014.

RIO GRANDE DO NORTE. Lei nº 6.758, de 4 de janeiro de 1995. Dispõe sobre a adequação dos hospitais psiquiátricos, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, construção de unidades psiquiátricas e dá outras providências. **Leis Estaduais**, 1995. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rn/lei-ordinaria-n-6758-1995-rio-grande-do-norte-dispoe-sobre-a-adequacao-dos-hospitais-psiquiatricos-leitos-psiquiatricos-em-hospitais-gerais-construcao-de-unidades-psiquiatricas-e-da-outras-providencias> Acessado em: 24 de jun. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Assembleia Legislativa, Porto Alegre, 1992. Disponível em: https://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_IDNorma=15281 Acessado em: 20 de jun. de 2023.

ROCHEFORT, David A. Agenda setting, problem definition, and their contributions to a political policy analysis. In N. Zahariadis. (Org.), **Handbook of public policy agenda setting**. Cheltenham, Northampton: Edward Elgar, 2016.

ROEDEL, Patrícia. Anos 60 e 70: ditadura e bipartidarismo. Política e Administração Pública, **Câmara dos Deputados**, 2014. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/noticias/143270-anos-60-e-70-ditadura-e-bipartidarismo/>

Acessado em: 22 de out. de 2023.

SÁ MOTTA, Rodrigo P. **O lulismo e os governos do PT: ascensão e queda**. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília A. N. O tempo da Nova República: Da transição à crise política de 2016. Civilização Brasileira, 2018.

SABATIER, Paul A. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. **Journal of Public Policy**, v. 6, n. 1, p. 21-48, 1986.

SABATIER, Paul A. **Theories of Policies Process**. Westview Press, 2007.

SALLUM JR, Brasília. **O governo e o impeachment de Fernando Collor de Mello**. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília A. N. O tempo da Nova República: Da transição à crise política de 2016. Civilização Brasileira, 2018.

SAMPAIO, Maria L.; BISPO-JUNIOR, José P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro: v. 19, 2001.

SCHMIDT, Joao P. Para estudar políticas públicas: Aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. **Revista do Direito**. Santa Cruz do Sul – RS: v. 3, n. 56, p. 119-149, set/dez. 2018.

SECCHI, Leonardo. **Política Públicas**: Conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2ª Edição. Cengage Learning. São Paulo: 2013.

SENADO FEDERAL. Voto em separado, vencido, do Senador Lúcio Alcântara 'ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991. **Diário do Senado Federal**. P. 5513-5518, de 13 de dezembro de 1995a.

SENADO FEDERAL. Declaração de voto na Comissão de Assuntos Sociais, sobre Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991. **Diário do Senado Federal**. P. 5518-5551, de 13 de dezembro de 1995b.

SENADO FEDERAL. Substitutivo do Senado ao projeto de lei da Câmara, nº 8, de 1991: votação em turno suplementar. **Diário do Senado Federal**. P. 1958-1970, de 22 de janeiro de 1999a.

SENADO FEDERAL. Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. **Diário do Senado Federal**, p. 1968-1969, 22 de janeiro de 1999b.

SENADO FEDERAL. Bolsonaro veta título de heroína da pátria para Nise da Silveira. **Senado Notícias**, Brasília: 2022. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/05/25/bolsonaro-veta-titulo-de-heroina-da-patria-para-nise-da-silveira>. Acessado em: 23 de jan. de 2023.

SENADO FEDERAL. Senadores. Legislatura atual e Legislaturas anteriores. **Senado Federal**, 2023. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/senadores> Acessado em 23 de jun. de 2023.

SILVA, Ana L. A.; FONSECA, Rosa M. G. S. Projeto copiadora do CAPS Luís Cerqueira: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 36 (4) Dez 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pn3ZGK9jgDyBqr4PXHZxZxQ/#> Acessado em 03 de out. de 2023.

SILVA, Emanuel L. F. **Análise comparada das políticas de banda larga do Brasil e dos Estados Unidos**: Conformação da agenda decisória e o papel da universidade. Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba: 2020.

SILVEIRA, Denise T.; CÓRDOVA, Fernanda P. A pesquisa científica. In: **Métodos de Pesquisa**. Org: GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. Editora da UFRGS. Porto Alegre: 2009.

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

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre: ano 8, nº 16, jul/dez, p. 20-45, 2006.

SOUZA, Liliane. Intervenção na ‘Casa dos Horrores’ completa 30 anos em Santos, SP. **Globo.com**, 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/santos-regiao/noticia/2019/05/03/intervencao-na-casa-dos-horrores-completa-30-anos-em-santos-sp.ghtml> Acessado em 20 de jul. de 2023.

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

THOENIG, Jean C. L'analyse des politiques publiques, in M. Grawitz and J. Leca (eds) **Traité de Science Politique**, tome no 4, Paris: Presses Universitaires de France, pp 1-60, 1985.

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. **Regimento Interno**, Curitiba – Pr: 2019. Disponível em: <https://politicaspUBLICAS.weebly.com/regimento-interno.html>. Acessado em 27 de jan. de 2027.

VASCONCELOS, Marta C.; SILVA, Christian L.; ROTTA, Cristiano V. Políticas públicas em saúde, sistema único de saúde e o papel do legislativo municipal: Um estudo sobre os projetos de Lei Ordinária na área da saúde da cidade de Curitiba no período 2008–2011. **Revista Brasileira de Planejamento e Desenvolvimento**. Curitiba: v. 4, n. 2, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Classification of Functioning, Disability and Health: ICDH-2**. Geneva: WHO; 2001.

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

YASUI, Silvio. Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, v. 18, n. 2, p. 585-589, 2011.

YOUNG, Allan. The Discourse on Stress and the Reproduction of Conventional Knowledge, in **Social Science and Medicine**, 148, pp. 133-46, 1980.

ZAHARIADIS, Nikolaos. Setting the agenda on agendasetting: definitions, concepts, and controversies. In N. Zahariadis. (Org.), **Handbook of public policy agenda setting**. Cheltenham, Northampton: Edward Elgar, 2016.

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

ZANARDO, Gabriela L. P.; LEITE, Loiva S.; CADONÁ, Eliane. Política de saúde mental no Brasil: reflexões a partir da lei 10.216 e da portaria 3.088. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 9, n. 24, p. 01–21, 2017.

ANEXO 1

Projeto de Lei Nº 3.657, de 12 de setembro de 1989

“Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º – Fica proibida, em todo território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

Art. 2º – As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não manicomial de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital dia, hospital noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial.

§ 1º – As administrações regionais disporão do tempo de 1(um) ano, a contar da data da aprovação desta lei, para apresentarem às comissões de saúde de poder legislativo, em seu nível, o planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

§ 2º – É competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde ao nível federal.

§ 3º – As secretarias estaduais constituirão, em seu âmbito, um Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica, no qual estejam representados, voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os usuários e familiares, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização e aprová-los ao cabo de sua finalização.

Art. 3º – A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver.

§ 1º – Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expresso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

§ 2º – Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente e emitir parecer em 24 horas, sobre a legalidade da internação.

§ 3º – A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Art. 4º – Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto-Lei nº 24.559, de 3-7-1934.

JUSTIFICAÇÃO

O hospital psiquiátrico especializado já demonstrou ser recurso inadequado para o atendimento de pacientes com distúrbios mentais. Seu componente gerador de doença mostrou ser superior aos benefícios que possa trazer. Em todo mundo, a desospitalização é um processo irreversível, que vem demonstrando ser o manicômio plenamente substituível por serviços alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos, mais terapêuticos. A experiência italiana, por exemplo, tem demonstrado a viabilidade e factibilidade da extinção dos manicômios, passados apenas dez anos de existência da “Lei Basaglia”. A inexistência de limites legais para o poder de sequestro do dispositivo psiquiátrico é essencial à sobrevivência do manicômio enquanto estrutura de coerção.

No Brasil, os efeitos danosos da política de privatização paroxística da saúde, nos anos 60 e 70, incidiram violentamente sobre a saúde mental, criando um parque manicomial de quase 100.000 leitos remunerados pelo setor público, além de cerca de 20.000 leitos estatais. A interrupção do crescimento desses leitos é imperativa para o início efetivo de uma nova política, mais competente, eficaz, ética, de atendimento aos pacientes com distúrbios mentais. Apesar de todas as dificuldades estruturais e políticas, a rede psiquiátrica pública demonstrou, a partir do início dos anos 80, ser capaz de propor e sustentar novos modelos de atendimento em saúde mental, que levem em conta os direitos e a liberdade dos pacientes. Todos os planos e políticas, entretanto, desde o paradigmático “Manual de Serviço”, do antigo INPS, em 1973, de que foi coautor o Prof. Luiz Cerqueira, pioneiro da luta antimanicomial, não têm feito outra coisa senão “disciplinar” e “controlar” a irrefreável e poderosa rede de manicômios privados, impedindo de fato a formulação para a rede pública, de planos assistenciais mais modernos e eficientes.

Propõe-se aqui o fim desse processo de expansão, que os mecanismos burocráticos e regulamentos não lograram obter, e a construção gradual, racional, democrática, científica, de novas alternativas assistenciais. O espírito gradualista da lei previne qualquer fantasioso “colapso” do atendimento à loucura, e permite à autoridade pública, ouvida a sociedade, construir racional e quotidianamente um novo dispositivo de atenção.

A problemática da liberdade é central para o atendimento em saúde mental. Em vários países (nos Estados Unidos exemplarmente), a instância judiciária intervém sistematicamente, cerceando o poder de sequestro de psiquiatra. No Brasil da cidadania menos que regulada, a maioria absoluta das mais de 600.000 internações anuais são anônimas, silenciosas, noturnas, violentas, na calada obediência dos pacientes. A Defensoria Pública, que vem sendo instalada em todas as comarcas, deverá assumir a responsabilidade de investigar sistematicamente a legitimidade da internação-sequestro, e o respeito aos direitos do cidadão internado.

A questão psiquiátrica é complexa, por suas interfaces com a Justiça e o Direito, com a cultura, com a filosofia, com a liberdade. Se considerarmos toda a complexidade do problema, esta é uma lei cautelosa, quase conservadora. O que ela

pretende é melhorar – da única forma possível – o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e proteger em parte os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos.

Sala das Sessões, de setembro de 1989. – Paulo Delgado, PT-MG

Publicado no Diário do Congresso Nacional (Seção I), 29 de setembro de 1989, pp.10.696-97

ANEXO 2

REDAÇÃO FINAL DO SUBSTITUTIVO DO SENADO

PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 8, DE 1991 (Nº3.657, na Câmara dos Deputados)

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em Saúde mental.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno psíquico, de que trata esta lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares, ou responsáveis, serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos das pessoas portadoras de transtorno psíquico:

- a) Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- b) Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- c) Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- d) Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- e) Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- f) Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- g) Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- h) Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- i) Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental;

Art. 3º. É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos psíquicos com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada

em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidade que ofereça assistência em saúde aos portadores de transtorno psíquicos.

Art. 4º. O Poder Público destinará recursos orçamentários para a construção e manutenção de uma rede de serviços de saúde mental diversificada e qualificada, sendo que a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo Poder Público, de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente será permitida nas regiões onde não exista estrutura assistencial adequada, desde que aprovada pelas Comissões Inter gestoras e de controle social dos três níveis de gestão do SUS.

Art. 5º. A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º. O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio;

§ 2º. O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral a pessoa portadora de transtornos psíquicos, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológico, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º. Fica vedada a internação de pacientes portadores de transtornos psíquicos em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no parágrafo anterior e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 6º. O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento quando necessário.

Art. 7º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- a) Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- b) Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- c) Internação compulsória; aquela determinada pela Justiça.

Art. 8º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único - O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 9º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no CRM do estado onde se localize o estabelecimento.

Art. 10º A internação psiquiátrica involuntária deverá no prazo de 72 horas ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 1º O Ministério Público, ex-officio, atendendo denúncia, ou por solicitação familiar ou do representante legal do paciente, poderá designar equipe revisora multiprofissional de saúde mental, da qual necessariamente deverá fazer parte um profissional médico, preferencialmente psiquiatra, a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação daquela internação involuntária.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 11. A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 12. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de 24 horas da data da ocorrência.

Art. 13. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos Conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 14. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atenção, criará Comissão Nacional para acompanhar a implementação desta lei

Art. 15. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

ANEXO 3

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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1° Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2° Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3° É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - Internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant