



**Mestranda:** Fernanda Santos Brumana

**Área de concentração:** Direito Público

**Linha de Pesquisa:** Estado, Constituição e Políticas Públicas (Linha 1)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO -  
UNIRIO CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E POLÍTICAS - CCPJ  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO**

**FERNANDA SANTOS BRUMANA**

**O ELOGIO DA LOUCURA BRASILEIRO: A EXPERIÊNCIA DO  
MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL (MTSM) NA  
CONSTRUÇÃO DA REFORMA DA POLÍTICA PSIQUIÁTRICA  
BRASILEIRA E A CRIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL (CAPS)**

**RIO DE JANEIRO**

**2021**

B 893 Brumana, Fernanda  
O ELOGIO DA LOUCURA BRASILEIRO: A EXPERIÊNCIA  
DO MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL  
(MTSM) NA CONSTRUÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E A  
CRIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)  
/ Fernanda Brumana. -- Rio de Janeiro, 2021.  
140 f.

Orientador: André Luiz Coelho Farias de Souza.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do  
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação  
em Direito, 2021.

1. Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2.  
Democracia. 3. Participação. 4. CAPS. I. de Souza,  
André Luiz Coelho Farias, orient. II. Título.

FERNANDA SANTOS BRUMANA

**O ELOGIO DA LOUCURA BRASILEIRO: A EXPERIÊNCIA DO  
MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL (MTSM) NA  
CONSTRUÇÃO DA REFORMA DA POLÍTICA PSIQUIÁTRICA  
BRASILEIRA E A CRIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL (CAPS)**

Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Direito –  
PPGD do Centro de Ciências Jurídicas e  
Políticas – CCJP da Universidade Federal  
do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO  
como requisito para a obtenção do título  
de Mestre em Direito e Políticas Públicas.

Linha de Pesquisa: Estado,  
Constituição e Políticas Públicas

Orientador: Prof. Dr. André Luiz  
Coelho Farias de Souza

RIO DE JANEIRO

2021

FERNANDA SANTOS BRUMANA

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do grau Mestre em Direito e Políticas Públicas e aprovada em sua forma final pelo Curso de Mestrado em Direito e Políticas Públicas da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Aprovada em 29 de março de 2021.

---

Professor Doutor André Luiz Coelho Farias de Souza  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO - Orientador

---

Professora Doutora Edna Raquel Rodrigues Santos Hogemann  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

---

Professora Doutora Rejane de Moura Nunes  
Universidade Cândido Mendes – UCAM– Professora visitante

RIO DE JANEIRO

2021

**AGRADECIMENTOS**

Antes de qualquer coisa, e sem a menor pretensão de parecer saudosista ou melancólica, meu coração se inclina a revelar ao futuro leitor que é em meio a lágrimas que ora vos escrevo. Mergulhada em sensações de alívio e orgulho, horas após a qualificação do meu memorial, me pareceu adequado agradecer. Então, sem floreios, vamos ao que interessa.

Quando penso em gratidão os signos “religião”, “espiritualidade”, “família”, “mestre” e “amizade” me vêm à cabeça instantaneamente. Sim, sei que esse é um recorte extremamente elitizado e privilegiado dentro do cenário sócio-econômico de nosso país (principalmente por ter feito graduação em Universidade Pública) e, por isso, ressalvo que um dos motivos deste agradecimento é, justamente, o fato de ter nascido em uma família de classe média que sempre me apoiou nos estudos. Uma família que possui um pai presente (o que destoa da realidade de 5,5 milhões de brasileiros, segundo o último censo do IBGE). Além disso, penso no quão difícil tudo seria caso eu fosse uma jovem hipossuficiente e negra. Por isso, nada tenho a agradecer, mas sim lamentar, pelo profundo e estrutural racismo que atrasa nosso país. Ou então, penso nas dificuldades que me encontrariam caso fosse deficiente, e rezo por uma sociedade mais inclusiva. Feitas essas considerações, aí sim, posso de fato agradecer, dentro do meu recorte extremamente favorecido, a todos e todas que acreditam em mim e confiam no meu potencial. Portanto:

À Deus, com quem nem sempre mantive estreita a relação, agradeço pela minha vida e pelo milagre de, dia após dia, insistir em me mostrar os mistérios da fé. Ó, senhor, Tu sabes que sou imensamente grata por não desistir da Tua filha. Das gratidões, Tu és a quem devo minha maior.

Em segundo lugar, a meus pais, Antonina e Roberto (ou apenas “Nina” e “Beto”) por serem mais do que alicerce, mas muitas vezes também serem cimento, viga, parede, pontes e escadas para que eu buscasse meus objetivos sem me desviar com os percalços da vida. Agradeço a meu pai por sempre custear a minha educação e sempre me lembrar da desigualdade de condições para quem não consegue a devida formação acadêmica em nosso país. Agradeço a minha mãe pelo extremo cuidado e proteção, pelo apoio mesmo sem compreender a minha área de estudo e por desde muito nova me incentivar a me desenvolver profissionalmente para não depender

financeiramente de ninguém. Obrigada por ser colo, terapeuta, amiga e professora. Em resumo, te agradeço por ser uma mãe que está de fato no século XXI. A meus pais, portanto, agradeço por tudo que tenho, tudo que sou e tudo que um dia construirei. Espero que eu possa honrá-los todos os dias da minha vida, mesmo sabendo que nada que eu faça irá compensar ou equiparar o amor, dedicação e abnegação que tiveram para que eu existisse.

Aproveito para agradecer à minha avó, Maria Augusta Brumana, por ter sido exemplo de mulher à frente do seu tempo e por ter me dado tudo que alguém pode sonhar. Queria ser criança de novo para ter o seu convívio pleno e sua saúde restabelecida. Mesmo sem merecer, sempre me foi devota e me amou mais que tudo e todos (e ainda ama). Por isso, gratidão.

Em terceiro lugar: Aos meus amigos, confidentes e apoiadores. Vocês são o âmago da minha vida social, são pessoas que ao longo dos meus 25 anos participaram de momentos marcantes e que colaboraram muito para quem sou hoje.

Agradeço à Mariana Schumacher Aguiar por ser a melhor amiga que eu tenho desde os 13 anos de idade, por ter crescido comigo e por ter sido ombro em meio a tantas descobertas da adolescência e desafios da vida adulta. Agradeço ao universo pela sua amizade e pelo perfeito equilíbrio que há entre nós. Eu ying, você, yang. Te agradeço por estar sempre trazendo arte para a minha vida e me lembrando que o que enche o nosso coração de alegria é o simbolismo que carregamos dentro dele.

Agradeço à Clara Prazeres e Antônio Lucchese, meus sinceros e queridos amigos cujo privilégio do convívio me foi concedido no ano de 2020. Agradeço à Clara pelos puxões de orelha e redirecionamentos na vida acadêmica e ao Antonio pelo suporte emocional e palavras assertivas de sempre. Obrigada por me dizerem inúmeras vezes que é preciso primeiro andar, para depois correr. Enfim...Agradeço pelo zelo digno de afiliação que sempre é a mim dispensado, agradeço pela vida de vocês e por tanto colaborarem com a nossa sociedade nas suas respectivas ocupações profissionais, vocês são um espelho para mim em muitos sentidos e certamente me incentivam a buscar alcançar o meu potencial máximo. Se pudesse fazer um pedido, seria o de orgulhá-los. Sinto que devo isso à sociedade e a vocês, somos família.

Agradeço a André Moreira Nunes Neto, por ter sido colega de trabalho, coordenador e, finalmente, amigo querido por quem guardo os melhores sentimentos

existentes. Suas dicas, seu incentivo e sua confiança na minha capacidade são reconfortantes demais. Ainda vou passar na PGE-RJ só para você virar meu assessor, como tanto brincamos. Admiro você como homem, profissional, como amigo, neto, padrinho e filho. Agradeço por me permitir ter te conhecido melhor e por tanto me encorajar a ir além, mesmo quando eu mesma não acredito no potencial que tenho.

A João Roberto Kist Soares Lima, pela amizade repentina que me proporcionou um suporte sem precedentes. Dedico este trabalho também a você, que tanto me incentiva e elogia, que sabe a hora certa de motivar e de estabelecer limites. Agradeço pela amizade e confiança na minha capacidade e, em breve, seremos sócios. Meus votos para você são os mesmos que faço a mim, quero que nunca se esqueça que todo potencial que vê em mim eu também vejo em você. Sigamos! Juntos somos mais fortes!

A Arthur Costa e à André Machado, por serem os melhores amigos que tenho nessa vida e por me lembrarem diariamente da mulher que sou, de tudo que alcancei e de todas as minhas qualidades. Curiosamente ou não, ambos são professores e ambos me enchem de orgulho. André, sua trajetória e sua consciência de classe são admiráveis. De mesmo modo, Arthur, sua perseverança, bom humor e foco nesses anos todos me fazem repensar sobre como eu deveria ser mais parecida com você.

A Daniel Medeiros, que há 7 anos viu em uma menina tudo que sou hoje e me disse para não desistir. A você devo meu ingresso em uma instituição pública de ensino, esta mesma onde defendo minha dissertação, se não você por você eu teria deixado de acompanhar as reclassificações. Agradeço a Deus por ter te conhecido e agradeço a você pelo exemplo de ser humano resiliente, determinado e independente. Sua história de vida me inspira (e não é de hoje), ousou dizer que é a história de alguém que mais me faz admirar. Gratidão por tudo.

Em quarto lugar, mas não necessariamente por último, aos meus mestres:

Agradeço a Alex Nicácio, que desde os tempos em que foi meu professor de geografia sempre destacou meu potencial, apesar de ter achado graça da minha nota 4 em álgebra. Agradeço pelas trocas de conhecimento e pelo apoio acadêmico, pelas indicações de séries, livros e documentários bons... Enfim, por fomentar o debate como um bom mestre. Agradeço por ter me assistido em uma palestra sobre meu tema de dissertação no dia 10 de junho de 2020, significou muito para mim.

Agradeço à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patricia Ribeiro Serra Vieira, por ter sido mais que minha professora durante a graduação em Direito na UNIRIO, mas também um pouco de mãe e amiga. Boa parte da acadêmica que sou hoje devo a você que, sempre muito dedicada e com o olhar atento, me orientava nas incumbências profissionais e compartilhava comigo suas experiências. Você é um exemplo para mim e o motivo de eu ter me encantado pela responsabilidade civil, me sinto honrada de ter sido sua monitora durante dois anos e sou grata por toda a troca que tivemos. Espero um dia poder compartilhar com você o magistério e te orgulhar.

Agradeço à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Edna Raquel Hogemann pelos ensinamentos em sala, sempre mesclando a filosofia com o saber jurídico e me lembrando que a Ciência do Direito é, sobretudo, humana. Ademais, agradeço, principalmente, por ter marcado minha cerimônia de graduação ao anunciar a abertura do edital de mestrado da UNIRIO, e posteriormente pelo aceite em participar da minha banca.

Agradeço à Professora Dr.<sup>a</sup> Rejane de Moura Nunes, por ter manifestado, desde o início, interesse em colaborar e por ter enriquecido tanto este trabalho com suas considerações da área psi e sua experiência clínica.

Por fim, agradeço ao meu orientador, Professor Dr. André Coelho, e explico o motivo de tê-lo mencionado por último. Na confecção do presente trabalho, ele sempre esteve presente e sempre me retornou com inúmeros comentários, críticas, sugestões e elogios. Paradoxalmente, ele sempre esteve “na ponta”, no fim de cada capítulo ou seção, para que este trabalho nascesse. Nesse sentido, me mostrou como um trabalho de orientação deve ser feito para que alcance a excelência. Agradeço pelos ensinamentos e visão que carrega de sua experiência na Ciência Política e agradeço, sobretudo, pela paciência de orientar uma discente com pouca ou nenhuma experiência em trabalhos empíricos e recém chegada à Academia. Agradeço pela calma, pela tutoria, pela precisão em cada vírgula conferida e cada detalhe ajustado. Finalmente, agradeço a você, pois sei que sem sua ajuda este trabalho não teria sido possível (não tal como se apresenta).

Enfim... Tenho tantos motivos e pessoas para agradecer que deveria fazer uma dissertação inteira para citá-los. Ah! Inclusive, agradeço a você, leitor, que chegou até aqui sem pular essa parte tão íntima e pessoal do trabalho.

## ELOGIO DA LOUCURA:

*Vila, 10 de junho de 1508.*

(...)

*Mas, essa loucura, quando dirigida a um objeto de prazer, como costuma acontecer quase sempre, bastante agradável se torna tanto para os que a têm como para os que são meros espectadores. Assim, essa espécie de loucura é bem mais espalhada do que em geral se pensa. Às vezes, é um louco que se ri de outro louco, divertindo-se ambos mutuamente. Também não é raro ver-se um mais louco rir-se muito de outro menos do que ele. Mas, na minha opinião, **o homem é tanto mais feliz quanto mais numerosas são as suas modalidades de loucura**, contanto que não saia da espécie que nos é peculiar e que é tão espalhada que eu não saberia dizer se haverá, em todo o gênero humano, um só indivíduo que seja sempre sábio e não tenha também a sua modalidade.*

**Erasmus de Roterdã (2002, p.38)**

## DAS UTOPIAS

*Se as coisas são inatingíveis, ora!  
Não é motivo para não querê-las...*

*Que tristes os caminhos, se não fora  
A presença distante das estrelas!*

**Mario Quintana**

**RESUMO:** A presente dissertação consiste em uma análise jurídica da Reforma Psiquiátrica enquanto Política Pública em saúde mental, considerando a importância da participação democrática em seu processo de formulação. Trata-se, portanto, de um trabalho histórico e teórico sobre a democracia, debruçado no estudo do “estado das coisas”. O objeto utilizado para demonstrar como impera a criação de uma política pública a partir de iniciativas populares foi a reforma psiquiátrica brasileira, que contou com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) para sair do plano das ideias e ganhar a estrutura e a força cogente da Lei nº 10.216/01. Desse modo, servindo de base teórica inicial, nas próximas páginas será exposta toda a evolução no tratamento conferido à saúde (que começou vinculada à ideia de caridade e ganhou status de direito fundamental de 2ª dimensão), com o intuito de compreender como a saúde se transmutou para esse bem jurídico tão caro ao estado democrático. De posse desse conhecimento, passar-se-á ao objeto específico do trabalho: a análise da estrutura do Centro de Atenção Psicossocial (“CAPS”), criado com a finalidade de substituir o modelo manicomial pré-existente, ou melhor, substituir e pôr fim ao chamado “holocausto brasileiro”.

**Palavras-Chave:** Democracia Participativa; Políticas Públicas; Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica Brasileira.

**ABSTRACT:** The present dissertation consists of a legal analysis of Psychiatric Reform as a Public Policy in mental health, considering the importance of democratic participation in its feeding process. It is, therefore, a historical and theoretical work on a democracy, focused on the study of the “state of things”. The object used to demonstrate how the creation of a public policy based on popular initiatives prevails was the Brazilian psychiatric reform, which counted on the Movement of Mental Health Workers (MTSM) to leave the plane of ideas and gain structure and strength cogent of Law 10.216 / 01. Thus, serving as an initial theoretical basis, the next pages will show all the evolution in the treatment given to health (which began to impute to the idea of charity and gained the status of a fundamental 2nd dimension), in order to understand how health has been transformed into this legal asset so dear to the democratic state. With this knowledge in hand, we will move on to the specific object of the work: an analysis of the structure of the Psychosocial Care Center (“CAPS”), created with a pattern of replacing the pre-existing asylum model, or rather, replacing and putting an end to the so-called “Brazilian holocaust”.

**Key words:** Participatory Democracy; Public policy; Mental health; Brazilian Psychiatric Reform.

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS:	13
INTRODUÇÃO	14
INTRODUÇÃO DO TÍTULO	14
INTRODUÇÃO DO TEMA	15
CAPÍTULO 1 - A GÊNESE DA SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL	
23	
<b>1.1 Introdução:</b>	23
1.2 De caridade a direito fundamental: a Saúde das Santas Casas de Misericórdia até o SUS	24
1.3 O Estado de Bem-Estar Social brasileiro e a indústria da loucura	34
1.3.1 As Políticas Públicas no Brasil: previsão, processos formulatórios, agentes e objetivos	46
1.3.2 O enfrentamento da Saúde Mental como Política Pública no Brasil:	55
CAPÍTULO 2 – MODELOS DE DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E DESCENTRALIZAÇÃO DO APARATO DECISÓRIO	64
2.1 Introdução	64
2.1.1 Representação X Participação –Modelos de democracia que se sobrepõem ou coexistem?	64
2.2 Democracia e participação no Brasil	68
2.2.1 Participação e raízes do Movimento sanitário brasileiro	78
2.2.2 A Cidadania ativa: fundamentos e mecanismos de participação	80
2.3 O caminhar: da gênese do direito à participação para a efetiva modificação da pauta política	89
CAPÍTULO 3 – “A SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO”: A REFORMA SANITÁRIA E A NOVA POLÍTICA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	98

3.1 Introdução	98
3.2 O movimento dos Sanitaristas e a criação de um Sistema Único de Saúde	99
3.2.1 Afinal, o que é o SUS?	103
3.2.2- SUS: Positivção	105
3.2.3-Estrutura do SUS	107
3.2.4 - Princípios norteadores do SUS	111
3.3 – A evolução e consolidação da Reforma Psiquiátrica o Brasil e o MTSM	115
3.3.1 Processo de positivção da Reforma Psiquiátrica:	116
3.4. A Rede de Atenção Psicossocial e os CAPS: definições e funcionalidades.	119
3.4.1 Quando surgem e quem compõe os CAPS?	122
CONCLUSÃO	131
REFERÊNCIAS	133
ANEXOS A TÍTULO	147

**LISTA DE ABREVIATURAS:**

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CEBES – Centro Brasileiro de Saúde  
CES – Conselho Estadual de Saúde  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CNMAF – Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
CRFB – Constituição da República Federativa do Brasil  
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública  
FioCruz – Fundação Oswaldo Cruz  
FGV – Fundação Getúlio Vargas  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS – Instituto Nacional da Previdência Social  
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social  
LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental  
MS – Ministério da Saúde  
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
SCO – Sociedade Civil Organizada  
SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde

## **INTRODUÇÃO**

### **INTRODUÇÃO DO TÍTULO**

O livro "O Elogio da Loucura" é uma sátira, uma pilhéria, uma tentativa de despertar o leitor para a graça e peculiaridade da loucura, que não merece ser vista como demérito. Para Erasmo, todos têm um pouco de loucura e sábios são os loucos por partirem dessa vida sem jamais temer a morte. Narra (ERASMO DE ROTERDÃ, 2002, p.10) que o elogio será explicitado não por ele, mas pela própria Loucura, com L maiúsculo, no sentido de dar a ela conotação de nome próprio. Não se trata, portanto, da loucura intrínseca de Erasmo, mas sim de uma loucura que em todos habita e a muitos assusta. A Loucura, bem como a Morte, passa a ser tratada como um fenômeno da vida, inescapável ao Homem. Personificada como uma entidade viva, a Loucura faz seu próprio elogio e se apresenta como imperatriz da humanidade, "mola oculta da vida". Erasmo dedicou a obra ao amigo Thomas More, autor de "A Utopia". Com bastante humor e inteligência, Erasmo de Roterdã trouxe uma problemática em forma de discurso, e prendeu a atenção de seus ouvintes e, posteriormente, dos leitores da obra "O Elogio da Loucura". No presente trabalho, de modo muito mais amador, o título busca refletir essa intenção: trazer uma questão séria revestida de interlúdios filosóficos e um nome duplamente sugestivo. De primeiro plano, ao ler "o Elogio da Loucura brasileiro" o leitor tenderá a buscar conexão entre o título e o conteúdo da dissertação, de modo a verificar se, de fato, cinge-se a um elogio (no uso corriqueiro da palavra).

Em um segundo momento, despertando o inconsciente adormecido daqueles que sabem ler (aqui entendido por "interpretar"), busca-se incitar as memórias mais remotas atinentes à palavra "Loucura" e, quem sabe, buscar a referência a esta obra clássica que em muito contribuiu para a literatura renascentista e para o movimento Humanista. O Humanismo foi um movimento literário e filosófico que nasceu na Itália, na segunda metade do século 14 e foi base ideológica para o Renascimento. Visou romper com a metafísica e sustentar a importância de se conhecer as leis, a medicina, a ética e outras ciências. Diante dessa explanação, fazendo uma homenagem ao humanista e em consonância com os valores e direitos defendidos na Carta Política de 1988, o título da dissertação que ora se segue não foi acidental, tampouco relapso, malgrado a coincidência da palavra "Loucura" no título da obra nos traga essa

impressão. Ao revés, a escolha do nome diz muito mais sobre a dissertação do que qualquer introdução poderia dizer, mas por formalidades acadêmicas necessárias ao rigor técnico, o tema será devidamente introduzido. Aqui se reafirmam os preceitos defendidos pela chamada "Constituição Cidadã" de 1988, e se antecipa o diálogo multidisciplinar que se estenderá nas próximas páginas.

## INTRODUÇÃO DO TEMA

Antes de tudo, cabe aqui um aviso e, ao mesmo tempo, um pesar. A dissertação que se desenrolará nas próximas páginas não foi bem o que pretendeu a discente. Isso porque, na intenção de cumprir o mestrado em Direito e Políticas Públicas sob o enfoque interdisciplinar do programa de pós graduação em direito da UNIRIO, a ideia inicial era realizar um estudo de caso, em campo, com a checagem de dados quantitativos e relatos de profissionais da área. Sobrevindo a pandemia ocasionada pelo Vírus SARS-COV-2 (COVID-19), no entanto, não foi possível seguir com o objeto conforme o pretendido. Até porque, ressalte-se, as informações seriam obtidas *in loco* (nos locais de tratamento e assistência humanizada aos pacientes usuários do serviço de saúde mental pública) de modo que se preferiu, em meio a um evento tão incerto quanto uma pandemia, não seguir por esse caminho metodológico.

Não só isso, não é surpresa que a pesquisa acadêmica possui lá seus percalços. Ainda tentou-se realizar entrevistas, mesmo que à distância (via plataformas de comunicação on-line), mas a discente restou-se vencida pelo “combo”: burocracia para conseguir as autorizações, acrescida de receios dos funcionários das secretarias municipais de saúde consultadas haja vista o pedido de pesquisa coincidir com ano de eleições (2020), acrescido de falta de transparência e insuficiência de informações nos sites oficiais.

A pesquisa, então, teve seu rumo alterado. Dando alguns passos para trás, a nova proposta que se mostrou adequada foi a de trabalhar incessantemente na cronologia, na reunião de dados sobre os eventos que antecederam a reforma psiquiátrica e sobre como funciona hoje a estrutura geral dos chamados “CAPS”. Voltou-se, portanto, à familiaridade da Ciência do Direito, através da qual para uma correta hermenêutica requer-se o conhecimento sobre o histórico. A história e seus eventos, desse modo, são aqui amplamente debatidos e provocados. E foi assim que

esta dissertação precisou voltar-se para trás, para a formação jurídica da discente, para promover a série de questionamentos e correlações que se desdobram nas páginas a diante.

A dissertação possui como problema de pesquisa compreender as fragilidades do tratamento manicomial e checar se elas perduram no modelo atual de política em saúde mental. Nesse diapasão, a hipótese que se apresenta é a de que antes da Reforma Psiquiátrica e da RAPS, não existia Política Pública em saúde mental no Brasil. Essa hipótese será testada no capítulo em que será abordada a comparação entre os campos de concentração nazistas e os manicômios brasileiros.

Quanto aos objetivos, esperou-se tecer uma análise sobre a experiência das Políticas Públicas no campo da saúde, sobretudo da saúde mental, abordando historicamente as práticas e transformações nessa seara. O foco referencial para tanto foi a Reforma Psiquiátrica Brasileira dentro do olhar jurídico sobre Políticas Públicas, trazendo o fim do modelo hospitalocêntrico (manicomial) e a criação dos CAPS. Assim, os objetivos específicos da presente dissertação são: i) demonstrar a relação da participação social para a concretização de Políticas Públicas, valendo-se do caso do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) para a Reforma Psiquiátrica Brasileira; ii) compreender a formação da agenda para a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); iii) estudar a atual Política Pública de Saúde mental explicitando suas diferenças em relação ao antigo tratamento manicomial.

A Reforma Psiquiátrica foi uma política pública pensada pela sociedade para trazer a concretização do direito fundamental à saúde mental. No entanto, a compreensão da saúde mental como direito fundamental perpassa pela necessidade de, previamente, serem examinadas as relações entre o Direito e as Políticas Públicas, buscando compreender e sistematizar os modos pelos quais os entrelaçamentos entre o poder político e sua ordenação jurídica conformam os programas de ação governamental. A execução desses programas, que interferem diretamente na efetividade dos direitos e deveres constitucionais, é resultante de um conjunto de fatores, jurídicos e extrajurídicos, que as políticas públicas, como abordagem disciplinar no campo do direito, propiciam conhecer e organizar de forma estruturada.

O entendimento segundo o qual a saúde mental é pauta pública – e, portanto, de todos – e se insere no rol dos direitos assegurados através de uma série de ações governamentais (as quais recebem o nome de políticas públicas). Ato contínuo, fazer essa afirmação é tarefa que demanda um esforço de retomada ao passado. É dizer, para se chegar ao que hoje é conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS), faz-se necessária a contextualização da saúde, compreendendo o tratamento conferido à mesma e as implicações decorrentes da mudança de seu papel dentro do Estado ao longo dos anos. A missão do capítulo I é, justamente, trazer esse arcabouço histórico da saúde: em “a gênese da saúde” será apresentado o conceito de saúde tal qual se conhece hoje, revelando ao leitor a missão envolvendo sua maturação e a necessidade de ser garantida através de políticas públicas.

No Brasil (assim como no mundo), nem sempre a saúde foi posta sob o enfoque privilegiado de direito fundamental. No tocante à saúde mental, os avanços são muito mais incipientes. A construção do que hoje se entende por saúde mental exigiu uma série de movimentos e articulações pela história, para fazer nascer a relevância política desse problema. Nas páginas dessa dissertação, será trazido todo o viés histórico brasileiro para que o leitor compreenda a política pública da atualidade e possa ser capaz de julgá-la, analisá-la e até mesmo compará-la a outras existentes.

Antecipadamente, vale a nota de que o reconhecimento da saúde como direito fundamental, sobretudo no bojo dos direitos sociais, foi inovação da Constituição Federal de 1988. Em constituições anteriores, inexistiu a previsão de acesso aos serviços de saúde de forma universal e igualitária. As Constituições de 1824 e 1891 foram omissas no tocante ao direito à saúde. As Constituições Federais de 1934, 1937, 1946 e 1967, por sua vez, apenas delimitavam as competências legislativas dos entes federativos. Com a pressão dos movimentos de trabalhadores em saúde mental, o assunto da Reforma Psiquiátrica entrou para a pauta política, sendo incluída na agenda de políticas públicas uma ferramenta capaz de suprir a demanda por tratamento integral e universal em saúde pública para atendimento psiquiátrico: é o marco da criação dos Centros de Atenção Psicossocial, os “CAPS”, um dos objetos da presente dissertação.

A concretização de direitos, sobretudo os sociais, é uma dificuldade apontada por Hesse (1996) e justificada pelo fato de que os direitos sociais não constituem

direito subjetivo, caso contrário poderiam gerar um direito de ação frente a uma omissão do Estado. Constituem, por outro lado, direito que depende de prestações estatais sujeitas a amplas margens legislativas e interpretações, o que obstaculiza a implementação de alguma política. A esse respeito, ressalte-se que a doutrina (tanto a nacional quanto internacional) não chegou a um consenso sobre a adequada conceituação de “Políticas Públicas”, mas concordam que se revela como instrumento de concretização de direitos.

No Brasil, a conceituação de Maria Paula Dallari Bucci (2006) é uma das mais utilizadas. A professora entende que as políticas públicas compreendem conceitos elásticos e se expressam por diferentes suportes jurídicos e que, diferentemente de outros institutos no direito, possuem parâmetros abertos e interdisciplinares. Para a autora, a partir do momento em que, já no século XX, o Estado intervém na vida econômica e social, a garantia de direitos também deve ser uma realidade. (BUCCI, 2006, p.4-5). E, dentre as três categorias (de direitos fundamentais) trazidas no texto constitucional, acredita que as políticas públicas atuem na concretização dos direitos chamados de “2ª geração”.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Luís Roberto Barroso fala que a democracia possui duas grandes dimensões, a formal e a material. A democracia formal envolveria, para o jurista, analisar o rol de liberdades assegurado na constituição, tal como a liberdade de expressão. Já a democracia material, por sua vez, “dá alma ao Estado constitucional de direito, é, mais do que o governo da maioria, o governo para todos. Isso inclui não apenas as minorias - raciais, religiosas, culturais -, mas também os grupos de menor expressão política, ainda que não minoritários, como as mulheres e, em muitos países, os pobres em geral.” (BARROSO, 2010, p.58). É dizer, é neste momento em que o súdito vira cidadão, nas palavras de Luigi Ferrajoli (FERRAJOLI, *Derechoyrazón*, 2000, p. 856 e 860. *In*: BARROSO, Luís Roberto. *Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Saraiva, 2010, p.59). Sob essa ótica, impõe-se ao Estado não apenas o dever de respeitar direitos individuais, mas também o de promover outros direitos fundamentais, de conteúdo social, chamados direitos de segunda geração/dimensão. Esses direitos foram pensados inicialmente pela doutrina com influência na revolução francesa, que estabeleceu patamares mínimos de igualdade material. Assim, os postulados da “liberdade, igualdade e fraternidade” passariam a ser chamados de direitos de primeira, segunda e terceira gerações. Os direitos de primeira geração dizem respeito à liberdade do cidadão, são um conjunto de prerrogativas pautadas na dignidade humana e na capacidade de se autoafirmar. Os direitos de segunda geração, por sua vez, são os direitos vinculados à máxima da igualdade (não só formal, mas material). É sob a égide desse apanhado de direitos que se instituíram os princípios da igualdade/equidade e que são legitimadas hoje, por exemplo, as ações afirmativas das cotas em universidades e as unidades de atendimento em saúde pública (SUS). Os direitos de segunda geração advieram do chamado “constitucionalismo social”, insurgente na primeira revolução industrial a partir da necessidade de se criar normas de proteção ao trabalhador. Esse movimento constitucional foi, segundo BARROSO, “emblematicamente representado pelas Constituição mexicana, de 1917, e pela Constituição alemã de Weimar, de 1919. Nos Estados Unidos, essa modificação do papel do Estado veio com o New Deal, conjunto de políticas públicas intervencionistas e de proteção dos direitos sociais, implementado pelo Presidente Roosevelt ao longo da década de 30. No Brasil, a Constituição de 1934 foi a primeira a dedicar um capítulo à ordem econômica e social.” (BARROSO, 2010, p. 85). A respeito da experiência brasileira, Daniel Sarmiento relembra que o contexto de implementação dos

As políticas públicas podem ser encaradas, então, como instrumentos institucionais confeccionados na finalidade de assegurar a cada cidadão as condições materiais de vida que lhes permitam exercer seus direitos, sobretudo os direitos de segunda geração, que reforçam a própria cidadania.

Teixeira (2002) acredita serem as Políticas Públicas diretrizes, princípios norteadores do poder público, com a finalidade de mediar atores da Sociedade e Estado na busca pela repartição de benefícios sociais. Em suas próprias palavras:

As políticas públicas traduzem, no seu processo de elaboração e implantação e, sobretudo, em seus resultados, formas de exercício do poder político, envolvendo a distribuição e redistribuição de poder, o papel do conflito social nos processos de decisão, a repartição de custos e benefícios sociais. Como o poder é uma relação social que envolve vários atores com projetos e interesses diferenciados e até contraditórios, há necessidade de mediações sociais e institucionais, para que se possa obter um mínimo de consenso e, assim, as políticas públicas possam ser legitimadas e obter eficácia. (TEIXEIRA, 2002, p.2).

Por assim o ser, um processo complexo de conjugação de perdas e ganhos (*inputs x outputs*), o autor defende que a globalização dificultou o processo de formulação de políticas públicas, ao passo que leva em conta a interação internacional e que cada país possui representantes sociais com um forte poder de interferência nas decisões.

Com a Constituição brasileira de 1988, pode-se perceber claramente essa vinculação entre cidadania e políticas públicas. Isso porque, o conceito de cidadania envolve um duplo entendimento, ao mesmo tempo em que garante um provimento do Estado aos cidadãos e, por outro lado, permite que os próprios cidadãos busquem seus direitos, através do exercício da chamada cidadania ativa.

Nesse cenário, as “Políticas Públicas” são a forma através da qual o Estado materializa seu dever constitucional, exercendo seu papel garantidor e promovendo a

---

direitos de segunda geração foi marcado por uma cidadania regulada, com o estado interventor: “O advento do Estado Social não seguiu, no Brasil, o caminho percorrido na Europa Ocidental, em que, num primeiro momento, foram assegurados concreta mente os direitos individuais e políticos, ditos de 1ª geração, e depois, como conquista decorrente de pressões sociais e eleitorais, vieram os direitos sociais, considerados de 2ª geração. 104 Na verdade, a consagração dos direitos sociais na Era Vargas pautou-se por uma lógica diferente. Embora, obviamente, os novos direitos correspondessem às aspirações e aos interesses do povo, especialmente dos trabalhadores urbanos, sua concessão resultou mais do impulso governamental do que da reivindicação organizada da cidadania.” (SARMENTO, 2012, p. 107).

efetivação de direitos fundamentais a seus cidadãos. É dizer, compreende-se a complexidade de delimitar o conceito de políticas públicas e, em consequência, acabar por restringi-lo e prejudicá-lo. Entretanto, não é temerário afirmar que as políticas públicas podem ser compreendidas, sem prejuízo, como o conjunto de ações, atividades e programas estatais, através de seus agentes políticos, que visam à repercussão fática dos direitos fundamentais constitucionalmente assegurados.

Nas próximas páginas, o direito à Saúde Mental será apresentado como direito fundamental e objeto de Política Pública. Adianta-se que a Saúde Mental no Brasil não recebia o devido reconhecimento. Esse fato, acrescendo-se a revoltas pontuais e generalizadas com a assistência em saúde, culminou na reforma que hoje está em vigor.

Assim, após a abordagem histórica trazida no capítulo inaugural, adentra-se ao capítulo II com o panorama da redemocratização dos anos 1980. A temática da democracia é aprofundada com o estudo das modalidades democráticas, suas características e diferenças. É um momento do trabalho em que ganhará relevo a voz política da sociedade civil organizada (SCO), com vistas a introduzir o que vem a ser debatido no capítulo final.

Munido desse preparo, o capítulo III, então, aborda o exemplo do Movimento dos Sanitaristas, - que deu origem ao SUS -, e também o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que marcou o estopim para a existência da Lei da Reforma Psiquiátrica. Sobre a reforma, vale mencionar que ela foi absorvida pelo SUS e pensada como política pública em saúde mental substitutiva ao tratamento público hospitalocêntrico, trazendo como alternativa a figura dos Centros de Atenção Psicossocial (“CAPS”). Os CAPS serão detalhados, quantificados e qualificados também no capítulo III, em seção própria, e será por meio dessa tarefa que será explanado o funcionamento da atual política pública em saúde mental do Brasil. Ato contínuo, adentrar-se-á nas considerações finais da dissertação.

Pode-se dizer que os primeiros movimentos relacionados à revolução da assistência psiquiátrica brasileira surgiram em 1970, quando profissionais recém-formados encontraram um cenário de descaso e violência. Em 1978, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores

integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas e outros.

Nesse mesmo ano, coincidência ou não, começou a luta pelos direitos das pessoas com transtorno psiquiátrico no Brasil. Em 1986, oito anos após o surgimento do MTSM, é inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, no município de São Paulo. Trata-se do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira<sup>2</sup>, que ficou conhecido como “CAPS da Rua Itapeva” e serviu como modelo para a instauração dos demais.

Pouco depois do início da luta psiquiátrica no Brasil, refletindo a reforma sanitária e a transição democrática, surgiu a Constituição de 1988 e, com ela, foi criado o SUS – Sistema Único de Saúde. O SUS é formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”.

Finalmente, em 1989, após a pressão do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), dá entrada no Congresso Nacional um Projeto de Lei, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT/MG), propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Esse projeto foi um marco para a inserção da luta anti-manicomial no plano social e normativo/legislativo.

Em 1990 o Brasil assina a Declaração de Caracas, cujo objetivo precípuo foi a reestruturação da assistência psiquiátrica de seus países signatários. Esse documento é um marco para as reformas na atenção à saúde mental nas Américas e possibilitou que, no ano de 2001, fosse aprovada a Lei Federal nº 10.216/01. Essa lei ficou conhecida por Lei da Reforma Psiquiátrica, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Ela cuidou de implementar um modelo assistencial em saúde mental em substituição gradual dos leitos psiquiátricos – ou manicômios –, assim, nasciam os núcleos de atendimento de rotina, compostos por equipe multidisciplinar aplicando procedimentos uniformizados e humanitários.

---

<sup>2</sup>É o primeiro CAPS do Brasil e seu nome homenageia o antigo coordenador de Saúde Mental do Estado que, na década de 1970, contribuiu para a construção de novos rumos no atendimento de pacientes com transtorno mental grave, através da implantação de políticas de saúde mental contrárias ao modelo centrado em longas internações em hospitais psiquiátricos. Conforme disposto em: <https://www.spdm.org.br/blogs/item/60-centro-de-atencao-psicossocial-prof-luis-da-rocha-cerqueira>  
Acesso em 06.jun.2020

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi, então, mais que uma luta pelo fim dos manicômios, mas sim um “processo social complexo com quatro dimensões essenciais: técnico-conceitual (epistemológica), técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural” (AMARANTE, 2000). Contudo, o universo jurídico não tem o costume de escrever sobre saúde mental, talvez pelo fato de ainda haver preconceito acerca do tema.

A seguir, “o elogio da loucura brasileiro” pretende discorrer sobre esse tema tão pouco debatido no mundo jurídico e na seara nas políticas públicas, e espera-se que o resultado final seja satisfatório e à altura de tamanho desafio.

## CAPÍTULO 1 - A GÊNESE DA SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL

### 1.1 Introdução:

“A Saúde como Política Pública no Brasil”: para que se possa chegar ao tema deste tópico, faz-se manifesta a urgência em trazer o arcabouço histórico do tratamento conferido à Saúde. Por isso, em um primeiro instante, discorrer-se-á sobre o Brasil colônia para que, na observância da cronologia histórica proposta, seja desenvolvido o raciocínio atinente à formação da pauta política da Saúde. É dizer, antes mesmo de analisar a Saúde como Política Pública é obrigatória sua compreensão na origem, desde a formação do Brasil enquanto país.

Na primeira seção deste capítulo, será refrescada a memória de um Brasil colonial, com a figura das santas casas de misericórdia, para dar a dimensão exata do quão grande foi o salto da natureza jurídica da saúde no Brasil.

Ora, a doença mental antes era associada à loucura e era mal vista pela sociedade. Desde a Grécia antiga, os loucos eram isolados. A igreja, principalmente no período Medieval, condenava a loucura por associá-la a qualquer tipo de heresia. Já no Renascimento, os loucos eram afastados das grandes cidades e centros, juntamente com prostitutas e os moradores de rua, sob a alegação de que suas presenças ali sujavam a cidade. É o que Millani e Valente (2008)<sup>3</sup> apresentam como “a loucura como fenômeno”, remontando desde à Antiguidade greco-romana até períodos mais recentes da humanidade.

Só em 1801, quando Philippe Pinel inaugurou a psiquiatria clínica, a questão das doenças mentais ganhou enfoque clínico, passando de loucura a uma espécie de distúrbio funcional. Finalmente, a doença mental parou de ser tratada com tratamentos morais, para ser associada a tratamentos clínicos que pudessem amenizar seus

---

<sup>3</sup> Ao longo do artigo: “O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental” a Enfª. Ms. Helena de Fátima Bernardes Millani e a Drª. Maria Luisa Louro Castro Valente, docente da UNESP, discorrem sobre o histórico do tratamento conferido às pessoas com deficiência mental. Mais em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762008000200009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200009) Acesso em 10.04.2020. MILLANI, Helena de Fátima Bernardes e VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)* [online]. 2008, vol.4, n.2, pp. 00-00. ISSN 1806-6976

sintomas. Todavia, muito embora os esforços do psiquiatra, a associação entre doença mental e conotações pejorativas nem chegou perto do fim.

Na intenção de fazer a transição entre o tratamento beneficente em saúde e o provimento estatal quanto dever obrigacional, esse capítulo possui uma seção específica para situar a saúde dentro do Estado de Bem-Estar social. Essa parte do capítulo é de suma importância para se admitir que a saúde é dever do Estado e direito social dos cidadãos, universal e gratuito.

Ato contínuo, a primeira menção explicada do termo “Políticas Públicas” será feita nas páginas seguintes, no item ‘1.3’, com o destaque para sua formulação e relevância no Estado Democrático de Direito, à luz dos chamados “direitos de 2ª geração/dimensão”. A classificação do ministro Eros Grau e da professora Maria Paula Dallari Bucci servirão de alicerce básico para o início desse tópico. Ademais, analisando as etapas que compõem o processo de criação de uma política pública, serão apresentados pensamentos de Giovanni Sartori, John Dewey e outros.

A Saúde, então, aqui será trazida em um estudo analítico do passado na intenção de que, aos poucos, seja possível lapidar a Saúde como Política Pública e direito fundamental de todos. É o que se passa a explicar.

## **1.2 De caridade a direito fundamental: a Saúde das Santas Casas de Misericórdia até o SUS**

Malgrado a vinda da Família Real portuguesa ao Brasil, em 1808, tenha promovido os primeiros esforços em saúde na então colônia<sup>4</sup>, a atenção à Saúde como

---

<sup>4</sup>Na busca por transformar a realidade vivida no Brasil naquela de Portugal, uma das primeiras medidas da Família Real foi a fundação de cursos universitários. A criação do curso de Medicina foi de extrema relevância para a criação de Hospitais no Brasil, bem como para a formação de um corpo profissional brasileiro, em convívio com os médicos portugueses. Destacam-se a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro e o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar de Salvador como os primeiros hospitais escola, formando novos médicos no Brasil. Até então, a assistência em saúde no Brasil era realizada pelas Santas Casas de Misericórdia, tendo as primeiras surgido pouco tempo após o seu descobrimento. Ou seja, elas precederam a própria organização jurídica do Estado brasileiro, que se deu através da Constituição Imperial de 25 de março de 1824. Conforme os registros oficiais da Santa Casa, até 1824 já haviam sido fundadas as Santas Casas de Santos (1543); Salvador (1549); Rio de Janeiro (1567); Vitória (1818); São Paulo (1599); João Pessoa (1602); Belém (1619); São Luís (1657), Campos (1792) e Porto Alegre (1803) entre outras. Destas derivaram outras entidades similares, como as Beneficências Portuguesas, Hospitais Filantrópicos das comunidades Judaica, Japonesa, Sírio-Libanesa, ou mesmo ligadas a movimentos da igreja Católica, Protestante, Evangélica, Espírita, entre outras, totalizando, até os dias atuais, cerca de 2.100 estabelecimentos de saúde espalhados por todo o território brasileiro.

pauta política se deu apenas no Século XX, com a elaboração de políticas e propostas para os problemas existentes. No período colonial, a assistência em saúde era prestada pelas Santas Casas de Misericórdia<sup>5</sup>, como medida filantrópica. No Império, passou-se a intervir na saúde pública mediante o controle sanitário nos portos, onde todas as embarcações suspeitas de transportar enfermos eram submetidas à quarentena.

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

A biografia do Brasil republicano pode ser contada a partir de dicotomias: modernidade x atraso, centralização x descentralização, ordem pública x ordem privada, entre outras. (NUNES, 1997, p. 18). Melhor é pensar neles não como situações excludentes, mas em complementares que ora se sobrepõem. Esse sincretismo é uma marca da experiência brasileira retratada por Edson de Oliveira Nunes (1997) em “A gramática política do Brasil”<sup>6</sup>. Gilberto Hochman (1993) foi o pioneiro em apontar a formação de uma consciência sanitária no Brasil oligárquico.

Segundo Paulo Lessa (2003), como, à época, os valores do clientelismo eram mais significativos, coube apenas aos reformistas da década de 30 a mudança no

---

Fundadas pela Igreja e, num primeiro momento, conectadas com a ideia de caridade – entre o século XVIII e o ano de 1837, elas contavam com doações para seu sustento. É o que se extrai do sítio oficial da Confederação das Santas Casas de Misericórdia do Brasil, cujo inteiro teor se encontra disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>. Acesso em: 03.Mai.2020.

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

<sup>6</sup> Segundo o autor, existem quatro padrões institucionais de relações para estruturar o vínculo entre sociedade civil e Estado brasileiro. Essas são as ditas “quatro gramáticas políticas”, quais sejam: o corporativismo, o clientelismo, o universalismo de procedimentos e o insulamento burocrático.

sistema público de saúde. As primeiras intenções de reforma, porém surgiram uma década antes, mas ainda eram maculadas pelo clientelismo da época. Segundo Edson de Oliveira Nunes (1997), as outras três gramáticas (insulamento, universalismo e corporativismo), por sua vez, surgiram no primeiro governo Vargas. Nunes (1997) defende que o clientelismo e corporativismo encontraram uma forma de serem perenes no cenário político do país.

Em agosto de 1918, o deputado e médico Azevedo Sodré trouxe a proposta de criação de um ministério da saúde pública. Essa reforma foi aprovada pelo Congresso Nacional em dezembro de 1919, materializando o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Segundo Hochman (1993):

A atuação do Departamento Nacional de Saúde Pública, criado em fins de 1919, por mais que não tenha solucionado os problemas de saúde da população, significou um aumento da presença do poder público em quase todas as unidades da federação, um incremento na sua capacidade de legislar sobre assuntos direta ou indiretamente vinculados à saúde pública e, com isso, regular uma ampla gama de atividades sociais e econômicas. (HOCHMAN, 1993, p.54).

Em 1923, foi criada a Lei Eloy Chaves<sup>7</sup>, compreendida como o “embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs)” (BRAVO, 2001, p.3). Essas caixas davam ao trabalhador a assistência médica necessária, mas de forma proporcional à contribuição. É em 1923, também, que a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) é fundada, com o objetivo de melhorar a assistência aos doentes mentais, renovando o quadro de profissionais que os atendiam. Trata-se do início da intervenção psiquiátrica na esfera social. Contudo, Heidrich (2007) aponta que a LBHM defendia medidas restritivas de liberdade e da própria cidadania em prol da prevenção de doenças mentais, e que na verdade refletia princípios eugênicos e xenofóbicos.

Apesar de, no curso da década de 20, terem sido inaugurados os institutos acima em comento, foi apenas durante a Segunda República brasileira (ou “Era Vargas”) em 1930 que a saúde emergiu como questão social, em meio a um Brasil exportador de café. Segundo Bravo (2001), seria resultado do avanço da indústria e da

---

<sup>7</sup>Que, apesar de se chamar “lei”, trata-se, formalmente, na estrutura normativa de um Decreto, o Decreto Legislativo n.º 4.682/1923.

própria divisão do trabalho, o que fez com que os trabalhadores fossem introduzidos às questões de higiene e saúde no trabalho.

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

Dessa sorte, apenas uma parte da população assalariada seria beneficiada com o serviço governamental, o que caracteriza a seletividade e segregação desse modelo de assistência.

É com Getúlio Vargas, então, a partir da década de 30, que o Estado passa a promover reformas estruturais, sendo exemplos a redefinição do papel do Estado, os processos de industrialização e, conseqüentemente, o surgimento de políticas sociais para atender demandas dos trabalhadores. Ainda segundo Bravo (2001), os feitos em saúde pública oriundos de meados dos anos 20 deveriam avançar e se transformar em pauta política nos anos subsequentes, dado ao destaque que os trabalhadores industriais foram ganhando na sociedade. Por esse motivo, o Estado precisaria criar novos aparelhos que contemplassem os assalariados urbanos.

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

Aqui, o conceito de saúde enquanto política pública de Paim (2003) é reafirmado, configurando-se como toda a resposta social (ação ou omissão) do Estado frente a uma demanda em saúde. Essa vasta classificação permite inserir no conceito, também, eventual “intervenção sobre a produção, distribuição, gestão e regulação de

bens e serviços que afetam a saúde, inclusive o ambiente”. (SANTOS, TEIXEIRA. 201, p.44)<sup>8</sup>. Frise-se que essa resposta estatal não tem momento certo e determinado para ocorrer, em se tratando de política de saúde pública, a prestação pode se dar de modo *ex ante* a alguma doença (profilático) ou de modo reparador, quando já existe o problema e a intenção é saná-lo com o tratamento adequado.

Dentro dessa seara, em 1934 foi publicado o Decreto nº 24.559/34<sup>9</sup>, considerado grande marco para a saúde mental à época, uma vez que dispunha sobre a “profilaxia” mental, assistência e proteção à pessoa e aos bens dos “psicopatas”. Um dos principais pontos desse novo documento legislativo foi a inclusão da proteção à pessoa com doença mental, uma vez que citava a “assistência a psicopatas”, o que reforçou a preocupação em dar assistência e a garantir os direitos dessas pessoas. (PEREIRA, 2004).

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

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde do Brasil, através da Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953, no segundo mandato do presidente Getúlio Vargas (1951-1954). Até então, já havia ocorrido duas Conferências Nacionais em Saúde (CNS)<sup>10</sup>, que representam um importante momento de avaliação da situação da saúde no país e de formulação de diretrizes para as políticas públicas no setor, reunindo cidadãos pela defesa da garantia de direitos, em atenção às necessidades da população.

---

<sup>8</sup>SANTOS, Jamilli Silva. TEIXEIRA, Carmen Fontes. Produção científica sobre política de saúde no Brasil (1988-2014) contribuição ao debate sobre a Reforma Sanitária Brasileira. In: TEIXEIRA, C.F., comp. Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, 510 p. ISBN 978-85-232-2021-1. <https://doi.org/10.7476/9788523220211>.

<sup>9</sup> Segundo esse decreto, a Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental tem por fim proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal e dar amparo médico e social, dentre outros. Íntegra do documento disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1930-1949/D24559impressao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559impressao.htm) . Acesso em: 26.08.2020.

<sup>10</sup> Consulte-se a linha do tempo elaborada pela Fundação Oswaldo Cruz, disponível em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>. Acesso em: 04.Mai.2020.

Por outro lado, a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, responsável por efetivar o acesso à assistência farmacêutica, só ocorreu muitos anos depois, em 2003.

Na Era Vargas, a assistência médica previdenciária era sustentada pelos recursos próprios dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), o que seguiu ocorrendo até a ascensão do Regime Militar no Brasil. Em 1960, o Decreto nº 3.807, de 26 de agosto de 1960<sup>11</sup>, cria a Lei Orgânica da Previdência Social no país. O verbete do CPDOC/FGV<sup>12</sup> aponta que no ano de 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS<sup>13</sup>), como resultado da fusão dos institutos de aposentadoria e pensões do setor privado existentes — o dos marítimos (IAPM), o dos comerciários (IAPC), o dos bancários (IAPB), o dos industriários (IAPI), o dos empregados em transportes e cargas (IAPETEC) e o dos ferroviários e empregados em serviços públicos (IAPFESP) — e dos serviços comuns a todos esses institutos (ARAÚJO, 2007)<sup>14</sup>.

O novo sistema da previdência fundado no período ditatorial brasileiro, não por acaso, buscou suprimir as vozes dos trabalhadores, e concentrar as decisões no corpo tecnocrático da política. Essa unificação, estruturalmente falando, foi favorável à percepção da previdência como questão pública, de competência do Estado. Esse sistema de assistência é conhecido também por seu aspecto hospitalocêntrico, uma vez que, sobretudo a partir da década de 1940, a rede hospitalar recebeu um volume

---

<sup>11</sup> Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-3807-26-agosto-1960-354492-norma-pl.html> Acesso em: 24.Ago.2020.

<sup>12</sup> Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbetes-tematicos/instituto-nacional-de-previdencia-social-inps> Acesso em: 11.jul.2020.

<sup>13</sup> Órgão criado pelo Decreto nº 72, de 21 de novembro de 1966, e extinto em 12 de abril de 1990, era autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, integrando o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), encarregando-se da concessão e da manutenção de benefícios aos empregados e empregadores urbanos e rurais e a seus dependentes.

<sup>14</sup> Os “IAPs”, Institutos de Aposentadoria e Pensões, eram uma espécie de seguro social, como tratou ARAÚJO (2007): “um desconto era feito no salário do trabalhador, das empresas e do governo, e o fundo assim formado era investido para gerar a massa de recursos necessários para pagar aposentadorias e pensões [...] uma vez que unia os trabalhadores nas suas corporações os desunia em termos que diferenças passavam a existir entre eles como classe. As categorias, forçadamente, tinham salários, benefícios e assistência medida de qualidades distintas. E a maioria não tinha absolutamente nada”. (ARAÚJO, 2007, p.119-120).

crescente de investimentos, fazendo com que ‘atenção à saúde’ equivalesse a assistência hospitalar (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985)<sup>15</sup>.

Paralelamente, observou-se outro fenômeno: o declínio do setor contratado e aumento dos conveniados, o que significou a “utilização dos hospitais como área de acumulação de capital” (BRAGA, 1978, in: OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985, p. 220). Isso porque, a modalidade contratual das compras e pagamentos de serviços conveniados respeitavam uma tabela de preços e os valores eram muito inferiores aos cobrados de clientes particulares. Segundo o presidente do INPS à época, o Deputado Reinhold Stephanes, “a diferença do preço pago pelos contratantes em detrimento ao pago pelos clientes particulares visava aumentar o lucro proveniente dos contratos,”. (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985, p. 220).

Em 24 de janeiro de 1976, o Decreto nº 77.077 condensou toda a legislação previdenciária na chamada “Consolidação das Leis da Previdência Social”. O INPS passou a expandir os convênios firmados, aumentou o rol de encargos que assegurava e, também, expandiu seus amparados. No ano seguinte, a Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977 instituiu o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Todavia, esse novo sistema logo encontrou problemas, ao passo em que as dificuldades de adimplemento das empresas e municípios integrantes formavam um déficit crescente<sup>16</sup>. A política de compra de serviços estava a cargo do setor privado de assistência médica, a depender da arrecadação de contribuições, o que reforça que, apesar de ampliado, o direito à saúde ainda não era universal posto que exigia uma contraprestação pecuniária dos segurados (a ausência de gratuidade, por sorte, não se mantém nos dias atuais)<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup>

Disponível

em:

<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Im-previdencia-social-60-anos-hist%C3%B3ria.pdf>  
Acesso em 04.jun.2020.

<sup>16</sup> Dados extraídos do Verbete do Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC), da Escola de Ciências Sociais da FGV: Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-previdencia-social-inps> Acesso em 02.Mai.2020.

<sup>17</sup> A atual carta política do Brasil não admite a assistência à saúde tal como era no século XX. A iniciativa privada não compõe mais o eixo basilar da assistência, apesar de a magna carta admitir seu caráter complementar no SUS; ou seja, o SUS admite convênio com instituições de natureza privada, mas seu caráter é majoritariamente público. Eis dois artigos para ilustrar essa concepção: CRFB/1988. **Art. 195.** A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais (...) **Art. 199.** A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do

Em contrapartida, a criação da Central de Medicamentos (CEME), em 1971, foi um grande marco para a posterior implementação do Sistema Único de Saúde, em razão de seu caráter gratuito. A Central de Medicamentos – CEME foi criada com o objetivo de “promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano a quantos não puderem por suas condições econômicas, adquiri-los a preços comuns no mercado”<sup>18</sup>.

De acordo com cartilha<sup>19</sup> do Ministério da Saúde, a assistência farmacêutica proporcionada através da CEME já traz à pauta pública uma preocupação com o acesso gratuito à Saúde, dentre as disposições da cartilha, ora se faz pertinente a transcrição da seguinte passagem:

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

Com vistas a centralizar o atendimento em saúde, a CEME logrou êxito em engendrar um sistema único; no entanto, encontrou problemas operacionais, tais como o fato de que os medicamentos fornecidos não correspondiam ao perfil epistemológico da região abarcada, o que levava necessariamente ao desperdício dos recursos fornecidos às farmácias.<sup>20</sup> Dessa maneira, aos poucos, o governo percebeu que a

---

sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm) Acesso em 04.Mai.2020.

<sup>18</sup> Expressões que constavam do artigo 1º do Decreto nº68.806, de 25 de Junho de 1971. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1970-1979/D68806.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D68806.htm). Acesso em: 03.Mai.2020.

<sup>19</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002. / Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/polit\\_fed\\_assist\\_farm.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/polit_fed_assist_farm.pdf) Acesso em: 03.Mai.2020.

<sup>20</sup>Isso sem falar na corrupção, desvios de recursos e outros problemas técnico-organizacionais que compunham as deficiências da CEME, sinalizadas em 1993 por meio de documento do Ministério da Saúde. Conforme a cartilha do Ministério da Saúde sobre assistência farmacêutica, em 1987 a CEME provia uma cesta integrada por 48 medicamentos para tratamento das doenças mais comuns. Essas cestas eram concebidas para atendimento de cerca de três mil pessoas por um período de seis meses. Após, ampliou-se esse número para 60, com medicamentos de uso contínuo e mais demandados pela rede pública. Assim, registrou-se que: “Em sua implantação, 73% dos municípios da época receberam essa Farmácia Básica. Nos anos seguintes, a execução do programa foi irregular, registrando-se, em 1989, cerca de 50 milhões de pessoas beneficiadas (Cosendey et all, 2000).” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.8). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/polit\\_fed\\_assist\\_farm.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/polit_fed_assist_farm.pdf). Acesso em: 03.Mai.2020.

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

Foi graças ao não enfrentamento desses problemas que no governo de Fernando Henrique Cardoso<sup>21</sup>, e já na vigência do SUS, a CEME encontrou seu fim em 1997. Diante de um governo neoliberal, com flexibilização e estado de garantias mínimas – o que não condizem com as garantias trazidas no bojo da nova constituição - o Conselho Nacional de Saúde promoveu debates para que o problema dos medicamentos fosse solucionado. Assim, nas palavras da Coordenadora-Geral da CNMAF, Clair Castilhos Coelho:

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

Pelo que se extrai da passagem acima, o debate que permite participação tanto dos gestores da assistência como de seus beneficiados seria fundamental para a mudança que se pretendia realizar. Mudança essa, vale reforçar, visando à equidade e acesso universal dos serviços em saúde, sobretudo acesso a medicamentos. Foram esses os corolários trazidos pela Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), promovida pelo Ministério da Saúde e realizada entre os dias 15 a 18 de setembro de 2003. Nela, por exemplo, foram exibidos dados positivos<sup>23</sup>

<sup>21</sup> A extinção da CEME se deu através do Decreto nº 2.283, de 24 de julho de 1997, que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN e a desativação da Central de Medicamentos - CEME, e dá outras providências. A íntegra desse decreto está Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1997/d2283.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/d2283.htm). Acesso em: 02.Mai.2020.

<sup>22</sup> Transcrição das páginas da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica Relatório Final Efetivando o Acesso, a Qualidade e a Humanização na Assistência Farmacêutica, com Controle Social, cujo texto fora aprovado e se encontra disponível no link: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/1\\_conferencia\\_nacional\\_medicamentos\\_farmaceutica.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_medicamentos_farmaceutica.pdf)

<sup>23</sup> Durante as páginas da cartilha da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, em 2003, o Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública – FioCruz/MS, Jorge Bermudez, trouxe a informação de que, na época, 10% dos recursos do Ministério da Saúde eram gastos com a aquisição de medicamentos, implementando o direito à saúde. Apesar de parecer um percentual ínfimo, trouxe em comparação os dados do setor farmacêutico dos EUA em 2002, cuja estimativa foi de 30,8% dos investimentos em marketing, sendo apenas 14,1% em pesquisa e desenvolvimento de novos produtos. Ressaltou que os dados para o Brasil seriam, então, bons, mas que o país ainda possuía diversos problemas a superar não só em termos de universalidade de cobertura e equidade, mas também

para a finalidade de assistência universal do SUS, e discutida a necessidade de um modelo assistencial que o reafirmasse, assegurando a universalidade, equidade e integralidade de ações.

Caso haja curiosidade em saber, no tocante à política de saúde pública, um estudo de 2016 demonstrou que foram publicados 769 artigos no período de 1988 a 2014 (TEIXEIRA, 2016, p.45). Esses dados só evidenciam o despertar da Academia para as questões sociais que surgiram nesse período, revelando uma reviravolta na interpretação da saúde. Dentre os assuntos, a autora dividiu em três grandes temáticas centrais: i) Política de saúde em uma perspectiva internacional, Reforma Sanitária Brasileira, construção do SUS, relações público-privado (SUS-SAMS); ii) financiamento (descentralização, regionalização, modalidades alternativas de gestão), participação e controle social, modelos de atenção em saúde, recursos humanos em saúde, ciência, tecnologia e inovação e iii) Políticas voltadas a problemas ou a grupos populacionais específicos.

A autora verifica que há um crescente estímulo a publicações, tendo os números aumentado a partir dos anos 2000. Por esse motivo, justamente, no período 2007-2013 estão localizados perto de 80%<sup>24</sup> das publicações. Primordial, também, destacar que “do total dos estudos, 10,2% (78) contemplam análises do processo político em saúde, enquanto 28,8% (221) abordam aspectos referentes aos componentes do SUS.” (TEIXEIRA, 2016, p.48). No mesmo período de análise (1988-2014), foram publicados 377 artigos que tratam de temas elencados pelo Ministério da Saúde como políticas específicas em saúde. E, dentre esses, destacam-se 27 artigos publicados a respeito da Política Nacional de Saúde Mental (cerca de 7,2% do todo).<sup>25</sup>

---

envolvendo os remédios piratas, a adequação dos medicamentos à Lei de Medicamentos Genéricos e problemas referentes à propriedade intelectual. (BERMUDEZ, 2005, P.15-16). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/1\\_conferencia\\_nacional\\_medicamentos\\_farmaceutica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/1_conferencia_nacional_medicamentos_farmaceutica.pdf). Acesso em 03.05.2020. O texto do relatório final preliminar, com as propostas e votos consta do link: [https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Medicamentos/deliberacoes\\_1\\_conferencia\\_medicamentos\\_assistencia\\_farmaceutica.pdf](https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Medicamentos/deliberacoes_1_conferencia_medicamentos_assistencia_farmaceutica.pdf). Acesso em 03.Mai.2020.

<sup>24</sup> A autora menciona “mais da metade das publicações (79%)” (TEIXEIRA, 2016, p.47).

<sup>25</sup> Entretanto, ressalva que “Chama a atenção, por fim, o número relativamente reduzido de estudos que abordem as questões do poder em saúde na perspectiva macropolítica, da relação entre Estado e as classes sociais no Brasil contemporâneo, especialmente tendo em vista a problematização da sustentabilidade política do processo da RSB e os determinantes das tendências atuais de valorização do mercado de serviços de saúde, expressas tanto na expansão dos planos de saúde e serviços privados

Os dados constantes do estudo acima referenciado nem de longe permitem mensurar o tema “saúde” na Academia, mas servem de ilustração. Afinal, é notório o crescente relevo da saúde na pauta política. Conforme acima exposto, com as revoluções ocorridas dentro das relações de trabalho no início do século XX, surgiu a necessidade de cuidar da saúde desse trabalhador (buscando aumento de sua produtividade). Apesar dos motivos que ensejaram tal atenção, esse foi um importante passo para a concentração, anos depois, de toda a matéria relativa à saúde em um único ponto focal do governo: o Ministério da Saúde.

No tópico a seguir, será revelada a dinâmica de funcionamento do serviço de saúde pública após a criação do Ministério da Saúde, mostrando que esse serviço nem sempre foi concentrado no âmbito estatal. Pelo contrário, antes do Sistema Único de Saúde, o que havia era um cenário propício à desordem, com a atuação privada deslegitimando a saúde como dever do Estado.

### **1.3 O Estado de Bem-Estar Social brasileiro e a indústria da loucura**

De início, cumpre afirmar que este recorte no capítulo 1 foi, além de necessário, estruturante. E explica-se o porquê: esse é o resumo de toda a conjuntura que propicia a aclamada reforma psiquiátrica. É sob esse tópico que serão dispostas e explicitadas as condições que antecederam a crise na DINSAM e, posteriormente, a insurgência do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (o “MTSM”). A seguir, replicar-se-á o conceito de “políticas públicas” mais utilizado na doutrina brasileira para que, a partir dele, seja analisado o Estado de Bem-Estar social, o papel da saúde dentro dele e do contexto de redemocratização brasileiro. Ao final, chega-se à famosa obra de Daniela Arbex, “o Holocausto Brasileiro”, retratando a antiga política de saúde mental pautada na internação em manicômios públicos. Pretende-se, por conseguinte, apontar o paradigma sobre o qual foi criada a reforma psiquiátrica.

Eros Grau define políticas públicas como o conjunto de atuações interventivas do Estado na vida social<sup>26</sup>. Já sob a visão de Maria Paula Dallari Bucci, as políticas públicas consistem em “programas de ação governamental voltados à

---

quanto na privatização do sistema público. (COSTA; BAHIA; SCHEFFER, 2013; SCHEFFER, 2015; SESTELO; SOUZA, BAHIA; 2013)” (TEIXEIRA, 2016, p.63).

<sup>26</sup>In: BUCCI, Maria Paula Dallari. Políticas Públicas: Reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006, p.75.

concretização de Direitos”. (BUCCI, 2006, p.75) De Todo modo, ambos os conceitos remetem a uma condição geral das políticas públicas, condição essa segundo a qual caberia ao Estado promovê-las. Isso se justifica, sob um aspecto histórico, pelo fato de ter coincidido com o surgimento do Estado de Bem-Estar Social (o chamado “*Welfare State*”).

### **Pós 2ª GM:**

O Estado de Bem Estar Social, ou assistencialista, é uma construção europeia datada de 1880, com a república prussiana de Otto Von Bismarck. Esse modelo de intervenção do Estado ganhou força novamente após a 2ª Guerra Mundial, na tentativa de reparar as atrocidades cometidas durante esse período da história. Nesse sentido, é certo afirmar que as políticas públicas revelam a preocupação do Estado em agradar seus cidadãos: revelam, então, uma tentativa de se construir uma democracia social<sup>27</sup>. A ideia central por trás dessa estrutura seria oferecer aos cidadãos o bem-estar mínimo, básico, de modo a forçar o Estado a se comprometer em garantir esse mínimo.

Santos (2014) diz que:

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

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

Não obstante, para adentrar nessa discussão se faz imperiosa uma análise prévia do cenário político-econômico do país, que passava por uma abertura “lenta, gradual e segura”<sup>28</sup>. Escorel (1999) mostra que esses regimes ditatoriais na América

<sup>27</sup> JAGUARIBE, Hélio. *Um estudo crítico da História*. São Paulo: Paz e Terra: 2001.v.2, p.597.

<sup>28</sup> Proposta de reabertura política e retomada da democracia do Governo Geisel (1974-1979), quando a Ditadura brasileira já se encontrava em vias de acabar.

Latina passaram por duas fases: uma inicial, de repressão do sistema atual com a retomada a um *status quo*; e a segunda, através de canais de mediação para reforçar a manobra planejada.

E, sem dúvida, essa abertura pretendida ao final do regime também não tinha como objetivo ampliar o diálogo público para os setores populares. Ou seja, a intenção da retomada da democracia, quando pensada pelos que estavam no poder, não poderia significar dar voz política a todos. Muito embora não se tenha uma única opinião a respeito da motivação principal dessa reabertura<sup>29</sup>,

Huntington (1991) faz o escalonamento da democratização dos Estados nacionais separando-a em três grandes ondas. A primeira delas, insta mencionar, teria ocorrido no século XIX com o fim do imperialismo; a segunda, por sua vez, após a 2ª Guerra Mundial e por fim, a terceira (esta sobre a qual trata este capítulo), tendo se iniciado na década de 70 e perdurado até o final dos anos 80. Foi a redemocratização liberal. (FEDOZZI, 2002, p. 17).

A chamada indústria da loucura se opera na medida em que a maioria das internações públicas são realizadas em instituições privada mediante repasse de verbas. Ou seja, o Governo (União, Estados Municípios e DF) custearia a internação privada de paciente da rede pública, incentivando a atividade empresarial dos donos dessas clínicas. É um convênio onde os hospitais particulares que provêm a internação da clientela pública eram mantidos antes via INPS, depois Inamps, e hoje pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Ora, como já visto ao longo desta dissertação (capítulo 1, item 1.2), a primeira instituição manicomial no Brasil é datada do século XIX e foi o modelo que perdurou por mais de um século. Essas casas manicomiais eram espaços de cuidado onde os profissionais da saúde ficavam responsáveis pelo zelo e tratamento dos pacientes lá internados. Nele, como os pacientes ficavam isolados de suas famílias, ainda se perpetuavam práticas medievais como tortura e tratamentos de choque. Isso porque, nas palavras de Rotelli (1990):

---

<sup>29</sup> Tal como Sarah Escorel aponta: “O processo de ‘abertura’, iniciado neste momento, é objeto de divergências entre os pesquisadores quando se discutem sua periodização, suas origens e razões fundamentais de emergência. Seria resultado da crise econômica; da busca de institucionalização e legitimidade para o regime militar autoritário; de problemas no interior da corporação militar resultantes do prolongado exercício do poder político; e/ou de uma crise jurídico-institucional do País sob o governo militar.”. (ESCOREL, 1999, p.32).

A referida instituição era “o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: ‘a doença’, a qual se sobrepõe no manicômio o objeto ‘periculosidade’ (ROTELLI, 1990, p. 89).

Somente em fins do século XX que essa realidade deu lugar a uma metodologia de tratamento integrativa, humanitária e não-hospitalizante.

Em outras palavras, apesar de vigorar no Brasil um Estado de Bem-Estar social, a privatização dos serviços em saúde mental provocava um contra-senso no universo dos direitos fundamentais. Isso porque, sendo a Saúde direito fundamental de 2ª dimensão, em que se pesem eventuais dificuldades práticas, é dever do Estado não só garantir o seu cumprimento, mas assegurar uma prestação adequada, principalmente por se tratar de cláusula pétrea.

Pois bem. Diante da falha estatal no dever de prestar o serviço de maneira adequada, permitindo que se repetissem episódios de maus-tratos a pacientes e incentivando internações eternas para enriquecer os donos das clínicas, os profissionais da área da saúde mental e familiares de pacientes começaram reivindicações por melhores condições.

### **A Década de 70: 1970 a 1979:**

Foi quando, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), sob forte influência do movimento reformista italiano, fez culminar a chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O movimento italiano contou com as diretrizes do psiquiatra Franco Basaglia, uma vez que foi esse médico quem promoveu o movimento de psiquiatria democrática, propondo o fim do isolamento e exclusão dos pacientes com transtorno mental, e sugerindo, em contraponto, a sua reintegração. Na Itália, existe a Lei nº 180, também conhecida como “Lei Basaglia”, referenciando seu propiciador. Após a iniciativa bem sucedida vivenciada pela Itália, iniciou-se, também no Brasil, a denúncia das condições desumanas e ineficazes do modelo hospitalocêntrico.

Foi a partir da chamada crise da “DINSAM”, a Divisão Nacional de Saúde Mental, que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental foi criado. Os eventos

que juntos resultaram na reforma brasileira são inúmeros e complexos, e merecem detalhamento para que perfeitamente compreendidos.

O movimento atual da reforma psiquiátrica brasileira tem como período germinativo a luta mais ampla pela redemocratização do país, na segunda metade da década de 1970. (TENÓRIO, 2002, p.28).

No mês de abril de 1978, três médicos residentes (José Carlos de Souza Lima, Leon Shor e Paulo Amarante<sup>30</sup>) do Centro Psiquiátrico Pedro II no Rio de Janeiro denunciaram, no livro de registro da instituição, as condições de maus tratos e violência dos hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), provocando a demissão de 260 profissionais e estagiários<sup>31</sup>. Com a denúncia, trabalhadores de saúde mental realizam uma greve posteriormente denominada como a Crise da DINSAM. Esse evento contou com o apoio da população e principalmente dos familiares dos internados na instituição, sendo o marco de criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no Rio de Janeiro.

Esse cenário possibilitou a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro), também em 1978, que tinha como propostas gerais a ampliação do conceito de saúde, incluindo a participação popular nas atuações em saúde mental e abrindo o diálogo para os trabalhadores da área, na finalidade de sugerir a revisão de seu papel na efetivação de um novo modelo de atenção. Após o nascimento, no Rio de Janeiro, do Movimento de trabalhadores em Saúde Mental

---

<sup>30</sup> Paulo Amarante foi um dos médicos psiquiatras que esteve à frente da reforma. Ele é militante na causa da luta anti-manicomial e autor de diversos artigos e livros. Em *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*, de 1996, ele traz todo o panorama histórico que motivou a reforma brasileira, com menção a Basaglia. Paulo Amarante trabalhou na Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam) e notou ausência de médicos nos plantões, deficiências nutricionais nos internos e violência (a maior parte das mortes causada por cortes, pauladas, não investigadas e atribuídas a outros pacientes), e investigou essas situações, incluindo a denúncia de presos políticos internados nestes hospitais. Após sua demissão, um abaixo-assinado foi organizado, o que culminou na demissão de mais 263 pessoas e gerou a chamada “crise da Dinsam”. Informações retiradas da Revista Radis. Em razão disso, teve início uma corrente de solidariedade que acabou culminando no Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) e, depois, no Movimento de Luta Anti-manicomial. Essas informações constam em entrevista disponível em: <http://www.fiotec.fiocruz.br/noticias/projetos/4880-reforma-antimanicomial-no-brasil-do-horror-aos-dias-de-hoje> Acesso em 05.jun.2020. O link para a íntegra da entrevista, ou seja, o link da edição online da revista da Fiocruz encontra-se disponível em: [https://issuu.com/fiotec/docs/conexao\\_fiotec-fiocruz\\_12?e=2256144/57693180](https://issuu.com/fiotec/docs/conexao_fiotec-fiocruz_12?e=2256144/57693180). Acesso em 05.jun.2020.

<sup>31</sup> Há entrevista online da FioCruz em que o Psiquiatra e militante em saúde mental, Paulo Amarante, esclarece o movimento propulsionado por ele e seus colegas em 1978.

(MTSM), outros movimentos também insurgiram nesse sentido nos Estados de São Paulo e Bahia. No mesmo ano, na cidade de Bauru/SP, ocorreu o II Congresso Nacional do MTSM, com o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”.

Em 1979, o psiquiatra italiano Franco Basaglia visitou o Brasil, oportunidade em que pôde vivenciar os abusos e precárias condições que perduravam em nossas instituições manicomiais. Durante a visita, chegou a denunciar o Hospital Colônia de Barbacena (MG) e teceu relações entre as instituições manicomiais e os campos de concentração nazistas, sob a premissa de que ambos visam o extermínio. Neste sentido nos revela Sánchez (1999):

Ao segregarmos o outro como distinto e estranho (outsider), a exclusão moral se constitui em um processo marginal básico tanto para construir os problemas sociais como para impedir sua solução social. (Sánchez, 1999, p.69).

As práticas excludentes perpetuadas nas instituições que, precipuamente, deveriam tratar e reintegrar à sociedade aquele paciente, se revelavam como técnica de extermínio e reforçavam o pouco interesse do legislativo em adulterar as políticas sociais existentes<sup>32</sup>.

Antes da propositura de uma reforma tal qual se tem hoje, a tentativa foi de implementar as chamadas “comunidades terapêuticas”. Esse modelo visou dar um tratamento, ainda institucionalizado, mas que permitisse uma integração mais liberal e equânime. Segundo Fernando Tenório, “finalmente: arrolando os méritos deste movimento, Teixeira observa que se trata de uma experiência que discute a questão da cidadania do doente mental num momento em que este conceito sequer estava em pauta”. (TENÓRIO, 2002, p.30).

O início da reforma psiquiátrica é, portanto, marcado pela necessidade de mudança no panorama político, cultural e social do Brasil, com a guinada do tratamento conferido ao paciente em saúde mental e graças ao esforço da aliança entre sociedade civil e vozes do Estado. Nesse ponto, importante consultar aos que efetivamente participaram do estopim e da própria desenvoltura da reforma, de modo a verificar qual o grau de sua relevância – e, conseqüentemente, da relevância da sociedade civil organizada – no processo.

---

<sup>32</sup> Foi sob esse viés teórico que, anos mais tarde, em 2013, Daniela Arbex publicou seu trabalho intitulado de “Holocausto Brasileiro”, trazendo como estudo de caso o Hospital Colônia.

Há uma entrevista<sup>33</sup> realizada pelo Professor Dr. Benilton Bezerra Jr com (o também Dr.) Jurandir Freire Costa, psiquiatra e psicanalista que esteve presente nos momentos decisivos da reforma. Durante a entrevista, os relatos por pouco não fazem o interlocutor se perder em meio a tantos detalhes da época e, sem dúvida, trazem consigo uma aula: não só elucidar quanto aos motivos pelos quais foi pensada a reforma, mas também esclarecer quais os meios adotados para implementá-la, qual caminho foi percorrido e quais impasses e eventos sucederam até que a questão adentrasse a esfera política/legislativa.

Para Jurandir, a reforma psiquiátrica nasceu em um momento em que as inquietações políticas propiciavam mudanças nas mais variadas esferas. A desinstitucionalização, por conseguinte, decorreu desse cenário de intranqüilidade na esfera política:

A luta “por uma sociedade sem manicômios” era, na consciência de seus militantes (e a maioria dos profissionais de saúde mental era, de fato militante), a expressão localizada de um engajamento mais amplo por uma sociedade melhor – mais justa, mais tolerante, mais eficaz no cuidado com os mais frágeis e na defesa da autonomia do sujeito. A percepção da dupla natureza – clínica e política, científica e moral – inerente à prática psiquiátrica era algo natural para gerações que liam Basaglia, Foucault, Castel, Guattari, aprendiam psicopatologia com Jaspers e Henry Ey. Passados mais de 30 anos,

<sup>33</sup> Segue transcrição de uma das respostas formuladas, onde se pode observar exatamente o relatado acima na percepção de Jurandir, quando da análise da reforma psiquiátrica:

**Jurandir Freire Costa:** Esse é um problema difícil de abordar. Não poderia afirmar algo sobre o assunto que ajudasse a relançar de forma produtiva a discussão. Seja como for, penso que nos anos 1970-1980, psicanalistas, psiquiatras e outros trabalhadores de saúde mental comprometidos com a reforma conseguiram obter um consenso mínimo sobre o valor das “micropolíticas” de resistência ao regime ditatorial. Era como se a rivalidade decorrente do narcisismo das pequenas diferenças psiquiátrico-psicanalíticas tivesse vivido, de forma implícita, uma trégua tática. A violência da ditadura era o inimigo maior, e a luta pela humanização dos manicômios, pela despsiquiatrização das vidas e pelos experimentos culturais informados pelos pensadores pós-estruturalistas, sobretudo os franceses, parecia a resposta possível e desejável à opressão. Em seguida, vieram os tempos das injustiças sociais pacificadas e retomamos as repetitivas e cansativas guerras por rodapés de doutrinas. Há algo, entretanto, que julgo muito interessante. Seria enriquecedor se pudéssemos fazer um estudo do tipo psiquiatria transcultural sobre a grande participação de psicanalistas em serviços públicos concebidos por Basaglia, um notório adversário teórico da psicanálise. Isso, acredito, seria um estudo transcultural realmente interessante, pois se trata de um fato de ponta a ponta “brasileiro”. Uma investigação do gênero talvez trouxesse de volta à cena a questão da enorme difusão da psicanálise no Brasil, comparada com 1027 o relativo desinvestimento cultural desse saber em outros países europeus, para não citar os Estados Unidos, onde a prática é residual, em relação ao “boom” dos anos 1950 até início dos anos 1980. Lembro-me de um artigo do Luciano Martins, A geração AI-5, que procurou entender o sentido deste apetite brasileiro por psicanálise. Ao que saiba, nada se fez de muito significativo posteriormente. Acho, portanto, que analisar de modo cuidadoso por que a psicanálise teve e tem uma importância de monta em práticas psiquiátricas inspiradas por Basaglia seria algo de fato brasileiro e transcultural”. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01023.pdf> Acesso em: 14.Out.2020.

isso mudou. A ação política perdeu seu poder de atração; as consignas e as experiências localizadas se transformaram em programas de governo; o entusiasmo político foi sendo triturado pelo monstro da administração burocrática; a psiquiatria biológica tornou-se hegemônica, embalada pelo prestígio da neurobiologia na cultura; a vulgarização do vocabulário psiquiátrico abriu espaço para uma psiquiatrização, em escala inédita, da infância e da vida cotidiana. (COSTA, 2014, p. 1024)

Sem dúvidas, a força motriz instituinte da reforma foi a crise da DINSAM e o surgimento do MTSM.

### **Final da década de 80 e seguintes anos:**

Outro marco na luta antimanicomial foi o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental de Bauru (SP) em 1987, que contou com a participação dos trabalhadores da saúde mental. No mesmo ano, ocorre a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, apontada como o início da “desinstitucionalização”.

Isso tudo ganhou força em 05 de outubro de 1988, data em que foi promulgada a Constituição Cidadã, após 21 anos de ditadura militar. A partir dessa data, então, o cidadão brasileiro estaria protegido e regido por uma carta política de cunho social, humanitário e, sobretudo, democrático<sup>34</sup>. Dada a Magna Carta em vigor, e a previsão de um sistema de saúde que fosse único, descentralizado e gratuito<sup>35</sup>, a assistência em saúde mudou de relevância.

Isto é, com a previsão, agora constitucional, de que a assistência em saúde seria custeada com recursos próprios da arrecadação pública, não caberia mais espaço à chamada indústria da loucura. Isso porque, conforme o artigo 198 (§ 1º e § 2º)<sup>36</sup> da

<sup>34</sup> Essa foi a intenção do legislador, externalizada na cerimônia de promulgação pelo presidente da Assembleia Nacional Constituinte, Ulysses Guimarães: “*Declaro promulgada. O documento da liberdade, da dignidade, da democracia, da justiça social do Brasil. Que Deus nos ajude para que isso se cumpra!*”

<sup>35</sup> CRFB. 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.

<sup>36</sup> Art. 198, § 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.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: I – no caso

CRFB, o financiamento em saúde contaria com repasses obrigatórios dos entes federativos, e não permitiria mais a atuação da iniciativa privada como forma principal, apenas auxiliar<sup>37</sup>. Conforme defendeu Rejane de Moura Nunes:

Segundo Tenório (2002, p. 46) do ponto de vista macro administrativo, a descentralização possibilitou o controle do financiamento da “**indústria da loucura**” e, simbolicamente, o redirecionamento do investimento teve um pequeno efeito sobre a representação social da loucura. Assim, além do significado ligado à redistribuição dos recursos financeiros na gestão pública, podemos entender que a descentralização promove um deslocamento simbólico que permite descentralizar os investimentos no hospital e centralizá-los no sujeito assistido, no trajeto que ele poderá configurar numa rede mais ampla e com maiores pontos de apoio. Uma rede mais variada, múltíplice, é mais rica em enlaces que afinal a sustentam. (NUNES, 2018, p. 77).

Com a redemocratização iniciada em meados dos anos 70 e a retomada da voz política do povo pela promulgação da Constituição Federal de 1988, a descentralização nos serviços de saúde refletiu o comprometimento do Estado (leia-se: de governantes e burocratas da época) em mitigar a forma de atuação dos cidadãos na sociedade. Em meados da década de 70, o INPS realizou estudos para modificar as bases da assistência psiquiátrica no país, resultando em uma luta pelo fim da indústria da loucura. Como resultado do trabalho do instituto, foi elaborado “um manual de serviço para a assistência psiquiátrica, de forte teor comunitário, assim como a criação do Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), em 1977.”. (BLEICHER and BLEICHER, 2016, p. 116). A partir daí, então, foram postos em lados diametralmente opostos o Ministério da Saúde, com os interesses da sociedade, e “os proprietários dos lucrativos hospitais psiquiátricos, que questionavam a viabilidade e a eficácia dos serviços extra-hospitalares.”. (BLEICHER and BLEICHER, 2016, p. 116).

Deixou-se a posição exclusiva de “assistidos” para dar espaço à participação, seja ela no processo de formulação de políticas públicas, na sua implementação ou no

---

da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea “a”, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea “b” e § 3o.

<sup>37</sup>Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

controle social. A partir dessa mudança, as conquistas políticas seriam não só para o povo, mas pelo povo e através dele.

No que incumbe à dita participação social, em 1989 aconteceram dois eventos importantes na temática da saúde mental: i) A clínica Anchieta, em Santos/SP, sofre intervenção da Prefeitura Municipal por conta de denúncias de violência e maus tratos; e ii) o Deputado Paulo Delgado (PT) apresenta seu Projeto de Lei nº 3.657/89<sup>38</sup>, prevendo a extinção dos manicômios no Brasil e a criação de uma rede de serviços de saúde mental alternativa. Na discussão que compreende a evolução da Reforma Psiquiátrica, figura basilar dentro do aparato estatal foi Paulo Delgado, autor do projeto de lei que deu origem à positivação da Reforma. Paulo é irmão de Pedro Gabriel Delgado, famoso médico psiquiatra cuja carreira está intimamente ligada à Reforma e que participou da primeira edição do projeto<sup>39</sup>.

Inspirado na lei Basaglia (Lei nº 180, de maio de 1978), esse projeto de lei propunha uma mudança radical na assistência em saúde mental. Com a colaboração do corpo técnico da área psi e representação da família dos pacientes, a legislação que se propunha se mostrava mais inclusiva, à medida que possibilitava “deslocar o sujeito para o centro da questão nas variadas concepções que podemos tecer sobre ele, fazendo coincidir, neste ponto, o sujeito de direitos e o sujeito enquanto possibilidade de expressão subjetiva.” (NUNES, 2018, p.77).

Bezerra (2007)<sup>40</sup> percebe a Reforma Psiquiátrica brasileira como um verdadeiro desafio para os profissionais envolvidos, ao passo que não se tratava,

---

<sup>38</sup> Esse projeto dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Deu origem à Lei Federal nº 10.216/01. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em: 13.Out.2020.

<sup>39</sup>Pedro Gabriel é formado em medicina pela UFMG, e realizou seu **primeiro estágio voluntário no hospital Colônia** (em Barbacena/MG), no quarto ano da graduação. Esse foi o mesmo hospital relatado por Daniela Arbex em seu livro “o Holocausto Brasileiro”. Além disso, **Pedro Gabriel trabalhou como bolsista concursado pela Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), no Centro Psiquiátrico Pedro II em 1978**. Em 1985 retornou ao hospital Colônia como Diretor de Ensino e Pesquisa, onde fundou o Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Social (NUPSO). Em 1987, **presenciou a tentativa de intervenção do Ministério da Saúde na Colônia e participou da resistência** composta de funcionários e usuários. Foi o **redator da primeira versão do projeto de lei Paulo Delgado, pela extinção dos manicômios no Brasil**, encaminhada à Câmara de Deputados neste mesmo ano. Mais informações sobre seu currículo profissional em: <http://arch.coc.fiocruz.br/index.php/pedro-gabriel-godinho-delgado-2> Acesso em: 13.Out.2020.

<sup>40</sup>Benilton Bezerra Jr. Psiquiatra, doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; professor adjunto no Departamento de Políticas e Instituições de Saúde do IMS-UERJ; membro da direção do Instituto Franco Basaglia.

apenas, de uma guinada metodológica radical, mas também na sociedade. Todo o movimento reformista abarcava diversas áreas da vida social, como, por exemplo, a própria redemocratização após 21 longos anos ditadura militar e a série de reivindicações que acompanhavam o momento histórico brasileiro. É dizer, o profissional reformista precisava dosar na medida certa seu saber técnico e seu ímpeto criativo e desbravador, para que fossem superados os desafios de um período histórico de transformações contínuas e concomitantes. No que permeia o campo da dignidade humana e persecução de direitos fundamentais, aduz importante evolução:

Nos planos jurídico e político, a temática dos direitos humanos e da defesa da dignidade da pessoa, presente desde o início dos movimentos de contestação da cultura manicomial, tem sido acrescida de iniciativas que avançam na discussão dos direitos civis e sociais dos portadores de transtornos mentais. Talvez a característica mais importante do debate atual seja o deslocamento progressivo do centro de gravidade da discussão, que vem deixando de ser uma defesa dos mecanismos de proteção jurídica a pessoas com déficit ou perturbação (trabalho protegido, pensão protegida), para se constituir numa discussão sobre mecanismos jurídicos que possibilitem a inclusão civil e social de pessoas com características especiais (formas de contratualidade, mecanismos de responsabilização) e ampliação de sua autonomia. Em outras palavras, o debate ultrapassa os limites da argumentação médica e se insere progressivamente no debate político acerca da inserção no campo da cidadania. (BEZERRA, 2007, p.246).

O que pretendeu o professor foi argumentar que muito além da tentativa de implementar uma política pública em saúde mental, o movimento reformista tinha a preocupação de proporcionar uma revolução no tratamento conferido à pessoa, com a desconstrução do estigma social e da imagem pejorativa atrelados à loucura. É a evidência da valorização da pessoa como fim em si mesma no tocante ao paciente e do supra-sumo do exercício da cidadania no que diz respeito aos integrantes desse movimento. É a Reforma se expressando como política pública e esta se apresentando tal como é: multidisciplinar, extrapolando a clínica e adentrando na seara das ciências sociais e jurídicas.

Reforçando a desinstitucionalização pretendida pelos reformistas, no texto do Projeto de Lei nº 3.657/89, previa-se a proibição de novas internações em hospitais psiquiátricos, bem como dispunha que a rede hospitalar psiquiátrica seria extinta em até cinco anos. Propunha também tratamentos alternativos e a interferência do Poder

Judiciário, que julgaria a internação ou não, quando solicitado pelo paciente. Esse projeto tramitou até os anos 2000, e somente em 06 de abril de 2001 foi sancionada a Lei nº 10.216/01, que instituiu a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Superado o rito cronológico acima, com o resumo de tudo que de certa forma propiciou/contribuiu para a reforma psiquiátrica, é de latente urgência de identificar os tramites de construção de uma política pública, debruçando-se sobre a base teórica referencial no tema. Em sequência, pois, passar-se-á aos bastidores da formulação de políticas públicas, com identificação das variáveis envolvidas.

### **1.3.1 As Políticas Públicas no Brasil: previsão, processos formatórios, agentes e objetivos**

O processo de formulação de políticas públicas compreende dois elementos principais: definição da agenda e definição de alternativas. (CAPELLA, 2018, p.9). Em políticas públicas, as soluções podem ser encaradas como “alternativas”. A definição da agenda é realizada de modo a estabelecer as questões prioritárias dentro de uma sociedade, fazendo com que mereçam atenção governamental para sua resolução.

Assim, a definição da agenda se apresenta tal como um limitador da própria atuação do governo, de modo a vinculá-lo às metas pré-fixadas na agenda e fazendo com que busque soluções cabíveis aos problemas nela identificados. Além disso, insta frisar que não são simples problemas que entram na agenda pública, mas aqueles que afetassem um grande contingente populacional e carregassem consigo o peso da relevância pública.

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

Os estudos mais antigos sobre a formação de políticas dedicaram pouca atenção à natureza e à definição dos problemas públicos. Em vez disso, os problemas eram considerados “dados” e a análise partiu daí. No entanto, agora é senso comum que, se o estudo de políticas não considera as características e dimensões dos problemas que estimulam a ação governamental, ele está incompleto. (...) Para

nossos propósitos, um problema de política pode ser denunciado como uma condição ou situação que produz necessidades ou insatisfação entre as pessoas e para o qual alívio ou busca-se reparação por meio de ação governamental. Todos os problemas não são públicos problemas. (ANDERSON, 2011, p.85).

Viu-se, então, que problema público é aquele que afeta substancial número de pessoas dentro de um governo e que, por isso, seria impossível de ser solucionado a partir de uma ação individual (ANDERSON, 2011, p.85). É dizer, ainda que seja um problema particular (cuja manifestação precípua se dê na esfera da individualidade), o problema público tem como característica afetar a vida de inúmeros cidadãos, motivo pelo qual faz um mero problema particular ser enfrentado com uma perspectiva macro, valendo-se do *status* de problema público.

Ainda sobre os limites do *public problem*, ANDERSON (2011) cita Aaron Wildavsky ao afirmar que a condição *sine qua non* do problema público é ser passível de solução pelo *Police maker*. Como ele afirma, “Um problema é um problema apenas se algo pode ser feito sobre isso.” (ANDERSON, 2011, p.86).<sup>41</sup>

Além disso, seria leviano ignorar a existência de um viés individualista na escolha do problema público. Isso porque, conforme Anderson (2011, p.87) mesmo pontua, o legislador ao proceder com a positivação de uma solução para um problema público está pensando, também, na contrapartida que essa decisão trará para sua carreira e para uma possível reeleição<sup>42</sup>. A subjetividade nessa escolha é um dos fatores que reveste as críticas ao modelo representativo. É dentro dessa questão que

---

<sup>41</sup>Merece recorte no presente trabalho a transcrição original, feita ao longo de um parágrafo: “Those who oppose governmental action to ban smoking in public places may argue that tobacco smoke is not harmful or that smoking is a matter of individual choice and should not be regulated. Such argumentation is variously designed to prevent the controversial condition from being viewed as a problem, to keep it off a governmental agenda, or, failing that, to prevent adoption of a smoking regulation. Professor Aaron Wildavsky contends that officials are unlikely to deal with a problem unless it is coupled with a solution. As he states, ‘A problem is a problem only if something can be done about it.’” (ANDERSON, 2011, p.86).

<sup>42</sup> Nesse sentido, destaque-se trecho do original, com tradução livre para uma melhor interpretação: “As condições podem ser denunciadas como problemas e a reparação para eles pode ser buscada por pessoas que não sejam diretamente afetadas. Em meados da década de 1960, pobreza foi identificada como um problema público, e a administração Johnson declarou Guerra à Pobreza mais por causa das ações de funcionários públicos e publicitários do que os próprios pobres. Os legisladores são frequentemente procurando por problemas que eles possam mitigar ou resolver de forma a melhorar suas reputações e / ou se ajudam a ganhar a reeleição. Claro, sempre há a possibilidade de que outros definam um problema de forma diferente do que aqueles diretamente afetados. Na verdade, os problemas são frequentemente definidos ou percebidos de forma diferente por várias pessoas e grupos. As percepções de alguém serão moldadas por seus valores, informações e experiências. Posto de outra forma, como um problema é definido depende não apenas de suas dimensões objetivas, mas também de como é socialmente construído.” (ANDERSON, 2011, p.87).

toda a sistemática de um governo participativo se sustenta: a partir da crise de representatividade e das subjetividades que afetam as escolhas públicas.

Como Macpherson (1978) já diferenciou, a liberal-democracia de John Dewey já enxergava uma dificuldade original do público democrático, que era “rudimentar e desorganizado” sendo incapaz até de identificar os problemas e exprimir seus interesses.<sup>43</sup> Desse modo, Dewey defendia que a educação não era necessariamente um problema público, ainda que importante ser sempre valorizada e aprimorada, mas sim o aperfeiçoamento do que chama de “método da inteligência cooperativa”, com debates, participações sociais e discussões de controle social. (MACPHERSON, 1978, p.77). SARTORI (1994, p.232), por sua vez, já aduz que a democracia enquanto forma de governo é elitista e sempre traz o poder distribuído de forma desigual.

Dewey divide a tomada de decisões em quatro grandes modalidades: as individuais, as coletivas, as coletivizadas e as grupais. As individuais seriam somente decisões isoladas de um indivíduo (comum em governos totalitários), enquanto as grupais pressupunham um grupo concreto interagindo entre si e participando da tomada de decisões em um governo (a democracia representativa é um exemplo). A grande distinção que se firma, então, é entre decisões coletivas e coletivizadas. Segundo o autor, as decisões coletivas não têm definição precisa, são em geral consideradas decisões ‘de muitos’, de um grande organismo.

Já as decisões coletivizadas, a seu termo, seriam aquelas que se aplicam a uma coletividade independentemente de quem as tomou. (SARTORI, 1994, p.287). Importante aqui ressaltar que embora decisões políticas sejam coletivizadas, uma vez que o imperativo público torna dispensável a análise de onde veio tal decisão, nem

---

<sup>43</sup> “Quando passamos do modo de ver neo-idealista ao modo de ver / pragmático de John Dewey, verifica-se que sua liberal-democracia é menos indulgente quanto à sua atuação concreta. Contudo, ele proclamava como possibilidade e esperança o que os pluralistas idealistas tratavam como uma realização. Ele mantinha poucas ilusões quanto ao sistema democrático na prática, ou quanto à qualidade de uma sociedade dominada por motivos de vantagens individuais ou de empresas. A dificuldade original jaz não em defeitos no aparelho do governo, mas no fato de que o público democrático era “ainda amplamente rudimentar e desorganizado” e incapaz de saber contra que forças da organização econômica e tecnológica ele tinha de se levantar. De nada vale consertar a máquina política: o problema prioritário é “o de descobrir os meios pelos quais um público disperso, móvel e multifacetado pudesse reconhecer-se de tal modo a definir e exprimir seus interesses”. *In* MACPHERSON, C. B. A democracia liberal: origens e evolução. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p.76.

sempre as decisões coletivizadas serão decisões políticas. Isto significa dizer que decisões coletivizadas também podem se dar no âmbito privado.

Os grandes contratualistas modernos defendem que em um estado de natureza toda decisão é individual, mas que após um contrato social, a coletividade organizada se sujeita às decisões coletivizadas. Essa natureza de decisão costuma trazer uma questão intrínseca e anterior, qual seja, a avaliação de custo-benefício. Essa análise comporta, segundo Sartori (1994) resolver dois axiomas básicos: 1) quais os custos para essa tomada de decisão e 2) quais os riscos externos a serem sopesados. (SARTORI, 1994, p.289).

As decisões políticas coletivizadas envolvem os riscos externos, que devem ser levados em consideração. O maior deles seria a decisão afetar negativamente as pessoas por ela atingidas. Nesse ponto, o “Ótimo de Pareto”<sup>44</sup> deve sair da teoria e passar às vias de fato.

O segundo axioma, segundo Sartori (1994), envolveria o fato de que quanto maior o número de pessoas a tomar uma decisão<sup>45</sup>, maiores os custos dessa tomada de decisão (SARTORI, 1994, p.291). Esse é, inclusive, um dos motivos pelos quais a democracia representativa existe e funciona em alguns países. Ou seja, logicamente os dois axiomas estão inversamente relacionados.

Em resumo, para uma sociedade mais equânime exige-se um maior grau de participação política de seus cidadãos, mas isso não resolve o problema da iniquidade.

---

<sup>44</sup>Esse conceito ganhou o nome de seu criador, o engenheiro e economista italiano Vilfredo Pareto. O princípio do “ótimo de Pareto” ou “eficiência de Pareto” afirma que existe um desequilíbrio entre as causas e seus efeitos e busca maximizar resultados a partir do mínimo de ações. Em pesquisa publicada na revista eletrônica de Análise Econômica de Porto Alegre, os professores-doutores em economia aplicada da UFJF, Thiago Costa Soares e LuckasSabioni Lopes, juntamente com ex-aluna da graduação de economia, Jenniffer Beatriz da Costa (graduada pela UFJF), adotaram o princípio de Pareto para analisar a eficiência em saúde de 853 municípios de Minas Gerais. Por se tratar de trabalho recente (do ano de 2019) analisando política pública no campo da saúde, ora se colaciona o conceito de “ponto ótimo de Pareto” nele utilizado: “segundo Koopmans (1951), é alcançado quando não for possível aumentar a quantidade de serviços, para dado vetor de insumos, sem que outro serviço seja reduzido, ou reduzir os insumos, sem que isso gere redução da produção ou aumento de outro insumo. Pode-se dizer que eficiência técnica na saúde é a comparação relativa entre a razão ( y x) realizada com a razão ( y x)\* ótima (FÄRE et al., 2005). Essa definição pode ser estendida para se lidar com a produção de diversos serviços de saúde.”. (SOARES, COSTA, LOPES, 2019, p.120).

<sup>45</sup>Quando o órgão decisório é bem formado, as decisões são pensadas de modo a preservar a coletividade e maximizar os efeitos positivos da toma de decisão. Assim, ter-se-ia uma queda brusca do índice de riscos externos sem agravar os custos decisórios. Segundo essa lógica, existe um número adequado de participação para que se forme o cenário ideal: nem a participação irrestrita de todos nem uma oligarquia travestida de democracia representativa.

Macpherson (1978) não defende a democracia participativa de modo a legitimar o fim da representação, pelo contrário, durante determinado momento afirma que “em nível nacional, deve haver certo tipo de sistema representativo, e não democracia completamente direta.” (MACPHERSON, 1978, p.99). Igualmente a Sartori, também aponta que o problema se encontra na formulação de questões. Até se ventilou a possibilidade de contar com os avanços tecnológicos para resolver o impasse, mas aparentemente seria uma falsa solução. Em uma análise leviana, talvez, votações por meio de computadores ou aplicativos seriam capazes de atender aos anseios participativos, contudo, não é o que se confirma.<sup>46</sup>

Para além do exposto, a celeuma não se resumiria em dar voz ao povo. Novamente, o problema da tecnicidade dos formadores de decisão é evocado. Não basta dar voz à iniciativa popular se esta não é capaz de formular e responder grandes questões relacionadas à conjuntura sócio-política do país. É o que se extrai:

A iniciativa popular poderia certamente formular claras questões sobre certos assuntos simples, por exemplo, pena de morte ou legislação sobre tóxicos, sobre aborto - questões que exigem respostas simples, sim ou não. Mas, pelas razões acima apresentadas, a iniciativa popular não poderia formular adequadas questões sobre os grandes problemas interrelacionados de política social ou econômica em geral. Isso teria de ficar a cargo de algum órgão governamental. E a menos que esse órgão fosse ou eleito ou responsável para como o eleitorado, tal sistema de contínuas consultas não seria realmente democrático: pior ainda, dando a aparência de ser democrático, o sistema esconderia a real posição do governo e permitiria assim que governos “democráticos” fossem mais autocráticos do que o são agora. Nada podemos sem políticos eleitos. Devemos confiar, embora não devamos confiar exclusivamente, na democracia indireta. O problema é tornar responsáveis os políticos. O aparelho eletrônico doméstico em cima

---

<sup>46</sup> MACPHERSON discorre que: “Poderia de fato haver uma cláusula de que certo número definido de cidadãos tenham o direito de propor questões que sejam depois apresentadas eletronicamente a todo o eleitorado. Mesmo com essa cláusula, contudo, a maioria das questões necessárias em nossas complexas sociedades atuais dificilmente poderia ser formulada por grupos de cidadãos, suficientemente específicas para proporcionarem respostas que dêem clara diretriz ao governo. Nem se pode esperar que o cidadão comum responda ao tipo de questões que sejam necessárias para uma diretriz clara. As questões teriam de ser tão intrincadas como, por exemplo, “quantos por cento de desemprego você admitiria a fim de reduzir a taxa de inflação a x por cento?”, ou “que aumento da taxa do (a) imposto de renda, (b) vendas e consignações, (c) outras taxas (devidamente especificadas), você admitiria a fim de aumentar (espaço em branco para resposta) (preencha o espaço em branco), o nível de (1) salário dos inativos, (2) serviços de saúde, (3) outros serviços sociais (devidamente especificados), (4) outros benefícios (devidamente especificados)? Assim, mesmo que houvesse normas para um esquema de iniciativa popular como esse, os governos ainda teriam que fazer muitas decisões.” (MACPHERSON, 1978, p.99).

de cada cama não pode fazer isso. A tecnologia eletrônica, pois, não nos pode dar a democracia direta. (MACPHERSON, 1978, p. 102).

Diante desse impasse, uma certeza: repetir a democracia participativa tal como uma fórmula é técnica fadada ao fracasso. Não se pode deixar de observar as mudanças na sociedade, seu contingente populacional e suas particularidades. Então, como incluir o cidadão no processo de formação da agenda, tomada de decisões e *policy making*? Arguiu-se que apenas com uma redução na desigualdade social e a concepção do cidadão como executor - e não apenas consumidor das políticas públicas – ter-se-ia democracia participativa. No entanto, o inverso também se verifica: a democracia participativa promove os dois primeiros de modo a formar o círculo vicioso de Macpherson<sup>47</sup>.

A resposta do autor para se chegar à participação seria, de forma bem simplória aqui explicitada, a democracia liberal. “A combinação de um aparelho democrático piramidal direto e indireto com a continuação de um sistema partidário parece essencial.” (MACPHERSON, 1978, p. 114). Essa dinâmica envolveria “um sistema piramidal com democracia direta na base e democracia por delegação em cada nível depois dessa base” (Macpherson, 1978, p.110). Trata-se de um sistema delegativo organizado em conselhos a nível municipal, regional e federal (com um conselho nacional). Seria necessária, então, uma redemocratização.

No tocante à redemocratização brasileira Arretche (2018) diz que a estratificação de interesses entre a base e o meio da pirâmide social dificultaria a congruência dos temas trazidos pelo eleitor comum em relação àqueles redistributivos da agenda política. Além disso, importante perceber que o engessamento dos *outsiders* vai de encontro às políticas de inclusão.

Relevante, pois, o processo de redemocratização para a redefinição de prioridades públicas.

---

<sup>47</sup>“Ora, se essas duas mudanças na sociedade - a substituição da imagem do homem como consumidor, e uma grande redução da desigualdade social e econômica - são pré-requisitos da democracia participativa, parece termos caído num círculo vicioso. Porque é improvável que qualquer desses dois requisitos sejam satisfeitos sem uma participação democrática muito maior do que agora. A redução da desigualdade social e econômica é improvável sem forte ação democrática. E tudo indica, se acompanharmos Marx ou Mill, que só mediante envolvimento completo na ação política conjunta pode o povo ultrapassar sua consciência de si mesmo como consumidor e apropriador. Daí o círculo vicioso: não podemos conseguir mais participação democrática sem uma mudança prévia da desigualdade social e sua consciência, mas não podemos conseguir as mudanças da desigualdade social e na consciência sem um aumento antes da participação democrática”. (MACPHERSON, 1978, p.103).

No Brasil, o evento que marcou a retomada da democracia foi a campanha pelas “Diretas Já”, em 1984. Era de se esperar que os reflexos da reconstrução da democracia promovessem, paralelamente, o debate acerca de desigualdades sociais e a da pobreza, instaurando uma preocupação com políticas sociais (SANTOS, 2014, p.52). Como aduz Maria do Carmo Albuquerque<sup>48</sup>, a participação popular no cenário brasileiro pós-ditadura militar marcou a nova cara de sua redemocratização. A pesquisadora defende que:

(...) foram elaboradas “emendas populares” à Constituinte, articulando forças sociais que coletaram centenas de milhares de assinaturas em torno de propostas de políticas públicas como a liberdade sindical, a reforma agrária, a reforma urbana, a criação de um sistema único de saúde, a criação de políticas públicas de Assistência Social e de atenção à criança e ao adolescente. A natureza participativa deste processo de elaboração de políticas públicas, bem como a necessidade de enfrentar a tradicional impermeabilidade, autoritarismo e centralismo do Estado brasileiro, marcaram as propostas elaboradas com exigências de descentralização e de criação de instrumentos de participação e controle social sobre estas políticas, nos âmbitos federal, estadual e municipal. (ALBUQUERQUE, 2006, p.11).

Com a redemocratização, é certo que surgiram outros atores sociais. A figura do cidadão ganhou novos contornos, de modo que pôs em evidência a cidadania ativa e passou a representar o máximo de interesse que um indivíduo pode possuir na vida pública. O cidadão atuante, nesse compasso, seria um novo *policy agent*, por assim o ser, é voz pensante na formação da agenda política.

Sobre esse processo, Kingdon (2003) baseia-se na metáfora da “anarquia organizada”, segundo a qual o governo é encarado como a organização de três fluxos decisórios relativamente independentes, quais sejam: os problemas (*problems stream*); as soluções/ alternativas (*policy stream*); e a política (*political stream*).

A partir da visão de Kingdon (2003)<sup>49</sup>, a agenda política dependeria da convergência entre problemas, alternativas e decisões. Esse modelo busca explicar como surge uma pauta política, de modo a correlacionar as pessoas envolvidas aos

---

<sup>48</sup> ALBUQUERQUE, Maria do Carmo, (Org.) Participação popular em políticas públicas: espaço de construção da democracia brasileira. – São Paulo: Instituto Pólis, 2006.

<sup>49</sup> O modelo de formação de agenda proposto por Kingdon tem suas raízes no “modelo da lata do lixo” (*garbagecanmodel*), proposto por Cohen, March e Olsen (1972). Cohen, M. D.; March, James G.; Olsen, Johan P. A garbage can Model of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly*, v. 17, p. 1-25, 1972.

problemas identificados. Isto é, a verificação dos problemas é subjetiva, dependendo do grupo tomador de decisões. Conforme Capella<sup>50</sup>:

Entendida como a *policy agenda-setting*, ou a agenda das políticas públicas, essa tradição de estudos desenvolve-se como um desdobramento de análises voltadas à investigação de processos de participação política e seus limites no contexto da teoria democrática, avançando para a teorização sobre a formação da agenda governamental com base numa distinção entre agenda sistêmica e agenda institucional (Cobb e Elder, 1971; 1972).

Nessa mesma linha, Rogers e Dearing (1988), cuidaram de mapear o processo de *agenda-setting*, e concluíram que há três tipos de abordagem acadêmica sobre o tema: a (i) *media agenda-setting* (agenda midiática); a (ii) *public agenda-setting* (agenda pública) e a (iii) *policy agenda-setting* (agenda das políticas públicas). Segundo os autores, esses modelos abordam diferentes metodologias para analisar o processo de formação de agenda, levando em consideração os diferentes agentes envolvidos. Cada uma com sua relevância, cada uma dessas abordagens delimita diferentes influências no processo de formação de agenda.

A primeira delas, como o nome já induz, seria a agenda promovida pela veiculação de notícias e meios de comunicação de massa. A segunda, por sua vez, abarcaria a opinião pública, ou seja, a seleção dos assuntos – dentro do universo de notícias - que a maioria julga serem relevantes. Já a terceira abordagem, por fim, traz ao cerne da discussão os assuntos que seriam priorizados pelos agentes políticos, que são os formuladores da política. Vê-se, assim, que a agenda se torna uma variável relevante para o processo de reconhecimento e priorização dos problemas.

Sob esse prisma, uma vez que após a CRFB o liame entre Estado e indivíduo se tornou cada vez mais íntimo, os cidadãos passaram a ser igualmente tomadores de decisão, o que acabou incluindo na agenda demandas antes não pensadas e problemas sequer identificados pelo poder público. Nesse sentido, apontam Renato Cymbalista e Tomás Moreira (2006)<sup>51</sup> que “um dos principais efeitos da aprovação da Constituição

---

<sup>50</sup> CAPELLA, Ana C. N.; Brasil, Felipe G.; Sudano, Andréia C.P.G. “O estudo da agenda governamental: reflexões metodológicas e indicativos para pesquisas”. In: 39<sup>a</sup> Encontro Anual da ANPOCS. Anais eletrônicos. Caxambu, Anpocs, 2015. Disponível em: < <http://www.anpocs.com/index.php/papers-39-encontro/gt/gt30/9723-o-estudo-da-agendagovernamental-reflexoes-metodologicas-e-indicativos-para-pesquisas/file>>. Acesso em: 22 jan. 2020.

<sup>51</sup> CYMBALISTA, Renato. MOREIRA, Tomás. Política Habitacional no Brasil: a história e os atores de uma narrativa incompleta. In ALBUQUERQUE, Maria do Carmo, (Org.) Participação popular em políticas públicas: espaço de construção da democracia brasileira. – São Paulo: Instituto Pólis, 2006.

refere-se justamente à promoção dos municípios à categoria de ente federativo”. Esse fato explica o aumento da participação popular na política, uma vez que o município é a estrutura organizacional mais próxima do cidadão.

“Schattschneider já afirmava em 1960 que: ‘a definição das alternativas é o instrumento supremo do poder’.” (CAPELLA, 2018, p.10). Nessa toada, é correto deduzir que a democracia participativa trazida no parágrafo único do artigo 1º da CRFB é afirmada através da inclusão do cidadão no conceito de *policy-makers*, conferindo-lhe poder. Assim, olhando para a esfera municipal, o cidadão teria responsabilidade sobre o *policy agenda-process*, ou seja, sobre o processo de formação da agenda de políticas públicas. Isso, claro, em uma análise abstrata da *ratio* legislativa, posto que a realidade mostra que é difícil para o cidadão alcançar esse nível de poder. Até porque, parte disso se dá, note-se, em razão de no Brasil imperar um modelo federalista, presidencialista e de democracia representativa.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 cuida de concentrar uma série de atribuições na figura do Presidente na formação da agenda. Exemplo disso é a capacidade exclusiva para nomear Ministros e Secretários de Estado responsáveis pela gestão das Políticas Públicas. (CAPELLA, BRASIL, SUDANO, 2015, p.25). Vale trazer a seguinte nota dos autores:

Limongi e Figueiredo (2011) analisaram a produção legislativa e as votações nominais no período de 1989 a 1998 para entender o comportamento dos atores do Poder Legislativo de apoiar ou não as propostas encaminhadas pelo Executivo. Os autores observaram uma preponderância do Executivo na produção legislativa, explicada por meio da capacidade deste poder em controlar a agenda do Legislativo. Em outro texto, Figueiredo e Limongi (2012) utilizaram a Lei Orçamentária Anual no período de 1996 a 2001 para verificar os investimentos alocados pelo Executivo e Legislativo como parâmetro de comparação das duas agendas políticas de cada ramo de Poder (Limongi e Figueiredo, 2012, p.4). As análises fundamentam-se em um conceito de agenda vinculado ao processo decisório. (CAPELLA, BRASIL, SUDANO, 2015, p.26).

Com isso, os partidos políticos, dentro do legislativo e executivo, se apresentam como fundamentais para a democracia representativa atual, que mitiga a participação em algumas searas. Os partidos funcionam como instituição cujo desenho institucional baseado na competição e na representação política proporcionam “um ambiente organizado em torno de ideias, valores e interesses que permitem a efetiva

participação do conjunto de cidadãos na tomada de decisões políticas via processo eleitoral.” (CAPELLA, BRASIL, SUDANO, 2015, p.33).

O que, em vias de finalização deste tópico, não pode ser esquecido é que a democracia contemporânea mitiga a participação (a nível municipal) e a representação (em esferas mais amplas, como a de nível federal). Ver-se-á, no capítulo seguinte, as modalidades que a democracia comporta e suas características. Por hora, dentro da perspectiva de políticas públicas e *policy agents*, pode-se dizer que as primeiras se inserem na garantia do bom funcionamento democrático, assumindo papel de instrumentos asseguradores de direitos. Já o cidadão, nesse viés da participação, seria usuário e o próprio formulador do serviço.

### **1.3.2 O enfrentamento da Saúde Mental como Política Pública no Brasil:**

Neste tópico será abordado como o tema de saúde mental adentrou a esfera política brasileira, os marcos para a luta anti-manicomial, suas principais figuras e alguns de seus nomes mais famosos. Em síntese, será trazida à análise a obra de Daniela Arbex, relatando o ocorrido no hospital psiquiátrico “colônia”, em Barbacena/MG, a luta anti-manicomial e o movimento dos trabalhadores em saúde mental, bem como a saúde mental em documentos internacionais, que poderão dar ao leitor uma contextualização do tema central da dissertação.

#### **1.3.2.1 A indústria da loucura e a Saúde Mental como problema social: o caso do Holocausto Brasileiro**

A Saúde Mental aqui passará a ser abordada de maneira antropológica, ciência em cuja análise (e objeto de estudo) se resume ao homem. Com vistas a proporcionar certo amparo técnico, construções lógicas do ramo da Filosofia também serão utilizadas, por exemplo, com a abordagem de Foucault sobre a loucura. Sair-se-á, neste momento, do espectro positivista e abstrato do Direito à Saúde Mental. Ao revés, este vestirá a roupagem da subjetividade. Neste tópico, terá lugar a concretude dos fatos que motivaram a alteração mais substancial na Política Pública em Saúde Mental, qual seja, o fim do modelo hospitalocêntrico na psiquiatria, com a extinção dos manicômios.

Em um primeiro momento, cumpre esclarecer que o enunciado do presente item faz alusão a livro-reportagem da literatura brasileira. O livro *Holocausto Brasileiro* de Daniela Arbex<sup>52</sup> traz a situação das casas manicomiais brasileiras, em cujas atrocidades perpetuadas eram comparadas com as de campos de concentração nazista. A esse respeito, vale a transcrição literal de trecho do prefácio elaborado por Eliane Brum<sup>53</sup>, na obra: “Agora, é preciso lembrar. Porque a história não pode ser esquecida. Porque o holocausto ainda não acabou.” (ARBEX, 2013, p. 16).

No tocante à precisão técnica dos profissionais em saúde mental, cumpre aqui colacionar trecho do livro em que Arbex (2013) se posiciona sobre os pacientes entrevistados:

Desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive os diagnósticos. Maria de Jesus, brasileira de apenas vinte e três anos, teve o Colônia como destino, em 1911, porque apresentava tristeza como sintoma. Assim como ela, **a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental**. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. {Grifos nossos}. (ARBEX, 2013, P. 23).

Pelo que se apresentou acima, um fator determinante para a internação era o potencial de perturbação social de uma pessoa, e não propriamente suas condições psicológicas. A teoria eugenista<sup>54</sup> foi uma das inspirações para essa postura, segundo a autora. As avaliações mentais, então, estariam prejudicadas pela análise de outros aspectos, geralmente associados ao posicionamento daquele indivíduo em uma

<sup>52</sup>Daniela Arbex (Juiz de Fora, 19 de abril de 1973) é uma jornalista brasileira dedicada à defesa dos direitos humanos. A escritora que em 2013 foi vencedora do prêmio da Associação Paulista de Críticos de Artes (APCA) na categoria literária pelo livro *Holocausto brasileiro*, eleito o melhor livro reportagem do ano. O livro também foi considerado o segundo melhor livro-reportagem no prêmio Jabuti, em 2014. A obra ficou famosa por retratar o tratamento desumano conferido aos pacientes do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, em Minas Gerais. A obra ganhou até uma representação televisiva, com o documentário de mesmo nome produzido em 2016 com exclusividade para o canal “HBO”.

<sup>53</sup>Eliane Brum (Ijuí, 23 de maio de 1966) é uma jornalista, escritora e documentarista brasileira.

<sup>54</sup> A teoria eugenista surgiu com Francis Galton, em 1883, como uma extensão da teoria Darwiniana de seleção natural, através da exclusão daqueles cuja capacidade mental fosse reduzida ou abaixo da média. Segundo essa teoria, as condições mentais e a capacidade intelectual seriam hereditárias, tal como ocorria com os traços físicos (cor dos olhos, altura, etc). Segundo a antropóloga social Lilia Schwarcz, o marco oficial da eugenia no Brasil se deu em 1914, com uma tese orientada por Miguel Couto na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. O Pai da Eugenia no Brasil é o médico e sanitarista Renato Kehl (1889-1974). Mais informações em <https://www.geledes.org.br/o-que-foi-o-movimento-de-eugenia-no-brasil-tao-absurdo-que-e-dificil-creditar/>

minorias dentro da sociedade brasileira (como restou demonstrado acima, ao serem citados negros, homossexuais, mães solteiras, etc.). No livro *Higiene e puericultura*, de Valdemar de Oliveira (1966) o autor cita as teorias de Darwin sobre reprodução, mesmo que elas já não fossem mais aceitas há décadas, para disseminar o entendimento de que condição mental também é herança genética:

A verdade científica, portanto, é esta: o casamento de dois tarados produz um terceiro tarado. (...) O que a lei prevê, proibindo os casamentos consanguíneos, é a união temível de elementos degenerados cujas taras se somariam nos filhos com evidente prejuízo para a espécie. (...) a lei deveria considerar, entre os impedimentos ao matrimônio, o estado de saúde dos cônjuges, estabelecendo o exame médico pré-nupcial, baseado na conhecida lei de Darwin: "Os ascendentes têm tendência a transmitir aos descendentes seus caracteres gerais e individuais, antigos e adquiridos". (OLIVEIRA, 1966, p.265-266).

Desta feita, bastou que a condição mental fosse associada a uma condição também hereditária para que a *intelligentsia*<sup>55</sup> médica buscasse a chamada “higiene” que dá título à obra de Oliveira (1966). Sob esse pressuposto, eram afastados da sociedade para serem “tratados” os integrantes de minorias, os que sofriam de tristeza, os que compunham grupos de resistência entre outros, com o real motivo sendo a limpeza da teoria eugenista, com a finalidade de que essas pessoas não pudessem reproduzir e perpetuar a linhagem genética.

E foi com essa falta de cuidado técnico – e sobretudo humanitário – que muitos cidadãos em perfeito domínio de suas faculdades mentais foram levados à

<sup>55</sup> O termo tem origem do Russo e usualmente refere-se a uma categoria ou grupo de pessoas envolvidas em trabalho intelectual complexo e criativo direcionado ao desenvolvimento e disseminação da cultura, abrangendo trabalhadores intelectuais. Não necessariamente significa que essas pessoas referenciadas sejam intelectuais no sentido da palavra. Flávio Gordon, antropólogo e analista político brasileiro, em seu livro *A corrupção da Inteligência* aborda essa problemática socorrendo-se ao clássico *Os intelectuais e a sociedade*, do economista americano Tomas Sowell. O economista classifica esses intelectuais, nas palavras de Flávio Gordon, como sendo “uma categoria ocupacional, composta de pessoas cujo mister é lidar, de um modo ou de outro, com a criação e a circulação de ideias”. (GORDON, 2018, p.45). Portanto, o termo “intelectual” nada teria de valorativo. Em outra passagem, GORDON (2018) se refere ao duplo sentido da inteligência. De um lado, o termo faz designação à classe falante – que, no contexto do livro, era a classe falante brasileira –, aproximando-se do conceito russo de *intelligentsia*. Por outro lado, diz respeito “à capacidade humana de entender, e mais especificamente, ao uso que o intelectual, que o indivíduo, faz dessa capacidade, que inclui o discernimento moral”. (GORDON, 2018, p.26). O antropólogo chama atenção e referencia as palavras de Alfred N. Whitehead, que, no sentido de trazer maior completude semântica ao conceito, aqui também merecem destaque: “Inteligência é a rapidez com que se apreende as coisas e que se distingue de outra habilidade, a qual se verifica na capacidade de agir com sabedoria sobre o que foi apreendido.” WHITEHEAD, Alfred. December, 15 1939, In *Dialogues of Alfred North Whitehead as Recorded by Lucien Price*. Boston, Little: Brown and Company, 1954, p. 135. In GORDON, Flávio. *A corrupção da inteligência*. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Record 2018.

instituições psiquiátricas e às casas manicomiais. Como a história do Hospital Colônia retrata<sup>56</sup>, em 1960 havia cinco mil pessoas em uma instituição inicialmente projetada para atender a capacidade de duzentas. Resultado da ainda incipiente atenção à saúde pública no Brasil, e do desvio dos investimentos financeiros<sup>57</sup> no segmento, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena/MG mais dispunha de meios de tortura que de tratamento, propriamente. Assim, o mau uso do dinheiro público e o interesse dos donos em manter os hospitais cheios, acrescido ao fato de que era de interesse público “limpar” as ruas dos doentes, propiciou o holocausto.

Guimarães Rosa, romancista brasileiro, também fez alusão ao Centro quando no seu conto “Sorôco, sua mãe, sua filha”, e apelidou os trens que levavam os pacientes ao Hospital Colônia como “trens de doido”. Conforme conta Arbex (2013), em passagem que vale o recorte, a ida ao centro psiquiátrico significava o abandono da vida em sociedade:

O simbolismo da loucura nos contos de Guimarães Rosa indica que, assim como Marlene, um dos mais famosos escritores do país conhecia a realidade do Colônia. O romancista e contista foi médico voluntário da Força Pública durante a Revolução Constitucionalista de 1932, ingressando, um ano depois, como oficial médico, no 9º Batalhão de Infantaria, em Barbacena. No conto “Sorôco, sua mãe, sua filha”, do livro *Primeiras estórias*, lançado em 1962, o autor resgata a situação dos trens que chegavam apinhados de gente à capital brasileira da loucura, em busca de tratamento psiquiátrico. O escritor referia-se a Barbacena, descrevendo, por meio do personagem principal, a angústia de um homem na despedida das únicas pessoas que tinha no mundo e que partiriam no trem da solidão coletiva. Sorôco jamais voltaria a ver seus afetos. As famílias dos pacientes do Colônia também não. **Ao receberem o passaporte para o hospital, os passageiros tinham sua humanidade confiscada.** (ARBEX, 2013, p.26). {Grifos nossos}.

Apesar de retirado da literatura clássica, a escrita acima reproduz o pensamento da época. Assim, a “loucura” (terminologia adotada para identificar qualquer tipo de doença mental) era equivocadamente associada à herança genética.

---

<sup>56</sup> Em seu livro *Holocausto Brasileiro*, Daniela Arbex conta, na página de nº 24, que a falta de recursos financeiros não impedia que as atividades do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena prosseguissem. Pelo contrário, chegou-se ao patamar de substituir novos leitos (camas) por capim colhido no próprio terreno da propriedade, como contou a autora. Sessenta mil pessoas perderam a vida no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, também conhecido como “Colônia”.

<sup>57</sup> Vale, a esse respeito, registrar que o atual arquétipo do financiamento da política pública de saúde se encontra repousado sob o texto do art. 198 da CRFB, garantindo a descentralização do serviço para sua prestação universal e integral. É a base normativa do SUS, positivada na atual carta política do Brasil.

Os relatos de Arbex (2013) retratam as tentativas de exclusão dessas pessoas através da internação dos chamados “campos de concentração brasileiros”<sup>58</sup>.

Vê-se que a exclusão, em um primeiro momento, ocorre na própria escolha das palavras. A expressão “trens de doido” já denota a algo ruim, uma vez que o papel da loucura, à época, não mais era sinônimo de grandeza ou manifestação artística tal como foi em períodos do passado (FOUCAULT, 1978, p.10)<sup>59</sup>. Pelo contrário, a realidade do Hospital Colônia se assimilava àquela captada ao estudar as casas de leprosos, os “leprosários” da Europa da Idade Média<sup>60</sup>.

Se, antes, a figura do louco era entendida como aproximação divina<sup>61</sup>, como um esclarecimento da verdade profunda sobre a humanidade e até mesmo sinal de grandeza artística, após o século XVII o entendimento mudou abruptamente. O olhar sobre o qual trata o livro *Holocausto Brasileiro* é, sem dúvidas, referente a esta segunda concepção.

No século XVII a loucura foi fortemente combatida com o exílio. Lembremos, então, que a partir do século XVIII, mesmo com as noções de marginalização social que a circundavam, a loucura se torna objeto do saber médico.

---

<sup>58</sup> ARBEX durante várias passagens do livro *Holocausto Brasileiro* faz um paralelo entre os campos de concentração nazista e os centros de internação brasileiros, a tomar como exemplo o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena.

<sup>59</sup> Em *História da Loucura na Idade Clássica*, Foucault relembra que antes de a loucura ser classificada como tal, a ela eram correlacionados os grandes ritos e experiências da Renascença.

<sup>60</sup> Nas páginas da *História da Loucura na Idade Clássica*, primeira grande obra de Michel Foucault, a loucura é abordada sob os diferentes espaços de tempo durante a história da humanidade. Resultado de sua tese de doutorado, o livro mostra que em alguns períodos, dependendo da interpretação, a loucura era sinônimo de Mal (como aconteceu com a lepra) e, em outros, de algo místico (tal como ocorria na Grécia antiga e durou até o século XVII). Contudo, sinaliza que a concepção da loucura como sinônimo de ‘uma verdade mais profunda’ foi silenciada pela Razão do Esclarecimento. No caso da lepra, Foucault classifica os leprosários como depósitos de inválidos, dos excluídos do convívio em sociedade, que estariam à espera da morte para que pudessem largar a vida de humilhações e sofrimento, encontrando na morte certo alívio. FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. Tradução de José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 1978. In: [https://pt.slideshare.net/wesley\\_h88/foucault-michel-a-histria-da-loucura-na-idade-clssica](https://pt.slideshare.net/wesley_h88/foucault-michel-a-histria-da-loucura-na-idade-clssica) Acesso em 02.Mai.2020.

<sup>61</sup> DEL’OLMO e CERVI (2017) trazem a seguinte contribuição “Entretanto, a “desrazão” nem sempre foi vislumbrada como motivo de exclusão, não sendo considerado algo negativo. De acordo com Galende e Kraut, na Grécia antiga, ela chegou a ser considerada até mesmo um privilégio. Note-se que filósofos, como Sócrates e Platão, destacaram o aspecto místico da loucura referindo a existência de uma loucura tida como divina, fazendo uso da palavra manikê para designar tanto o ‘divino’ como ‘delirante’ v.” In DEL’OLMO, Florisbal de Souza; CERVI, Taciana Marconatto Damo. *Sofrimento mental e dignidade da pessoa humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil*. **Seqüência: Estudos Jurídicos e Políticos**, Florianópolis, v. 38, n. 77, p. 197-220, dez. 2017. ISSN 2177-7055. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/2177-7055.2017v38n77p197>. Acesso em: 02.mai.2020. Doi: <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2017v38n77p197>

Em um primeiro momento (e em consequência da falta de técnica e de estudos precisos) as informações de cunho preconceituoso e excludente se sobrepuseram à ciência, fazendo com que conceitos como “tratamento” e “exclusão social” se misturassem. De maneira similar à que ocorria com os presos, nessa fase experimental os loucos eram isolados e torturados, sob a premissa de um tratamento ou cura.

Foucault, durante o curso que lecionava no *Collège de France* (1972-1973), remontava aos ensinamentos de Lévi-Strauss no tocante ao enfrentamento dos que de alguma forma transgrediam a ordem social. Nos ensaios de “A Sociedade Punitiva”, reuniram-se aulas ministradas pelo filósofo francês durante o curso, com destaque para a abordagem do tratamento conferido à loucura que, inúmeras vezes, foi correlacionado àquele atribuído à população carcerária.

Ora, ambos os casos ilustravam pessoas que transgrediam os padrões sociais existentes, seja pelo descumprimento de um comando jurídico (no caso dos apenados), ou de um comando de natureza moral/racional (no caso dos doentes mentais, chamados de loucos). Em outras palavras, promoveu-se uma interpretação análoga entre as condições de apenado/encarcerado e doente mental/paciente psiquiátrico. Essa realidade não só revela, mas também reafirma a hermenêutica de uma loucura como punição.

Foucault (1978) já prevê que o mesmo mecanismo de segregação punitiva iria se repetir ao longo da história, quando diz que:

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado do lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que excluem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão – essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual. Mas não nos antecipemos. (FOUCAULT, 1978, p.10-11).

Não muito diferente da previsão, no decorrer dos séculos, as práticas de exclusão marcaram a trajetória da doença mental e seu desenvolvimento: seja no século XVII com a “nau dos loucos”<sup>62</sup>, seja no século XX com os doentes mentais

---

<sup>62</sup> Referência à obra “*O Navio dos Loucos*”, pintura do artista holandês Hieronymus Bosch (1450—1516), que faz parte do acervo do Museu do Louvre, em Paris e resume o fascínio da época em

sendo depositados em casas de internação (como foi o caso do Hospital Colônia em Barbacena/MG), as pessoas acometidas com transtorno mental foram marginalizadas. E esse distanciamento faz nascer, para alguns, a ideia de vulnerabilidade.

É o que se extrai quando Del’Olmo e Cervi (2017), dentro do debate da reforma psiquiátrica brasileira e bioética, mencionam o posicionamento de Barchifontaine (2007) e reforçam o conceito de vulnerabilidade como condição humana universal. Os autores, analisando o histórico da vulnerabilidade, constataram que esta pode ser atribuída a crianças, aos senis e institucionalizados de qualquer ordem, sobretudo os deficientes mentais e físicos que apresentam elevado grau de vulnerabilidade, como pontuava Barchifontaine (2007, p. 77) <sup>63</sup>.

O louco, então, assume papel de vulnerável. Até hoje, doença mental e vulnerabilidade estão fortemente atreladas, de modo a dificultar a compreensão da relação de causalidade entre esses conceitos: afinal, o doente mental é vulnerável devido a sua própria doença, ou seriam as condições externas de vulnerabilidade as responsáveis pela condição de doente de um indivíduo? A esse respeito, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um estudo correlacionando as duas condições, e daquele vale a leitura da seguinte conclusão:

Certos subgrupos populacionais correm maior risco de transtornos mentais devido à maior exposição e vulnerabilidade a circunstâncias sociais, econômicas e ambientais desfavoráveis, relacionadas ao gênero. A desvantagem começa antes do nascimento e se acumula ao longo da vida. (OMS, 2014, p. 9). <sup>64</sup>

---

retratar a loucura. O quadro, que é um dos mais famosos do artista, foi base para a construção da visão foucaultiana de loucura em *A história da loucura na Idade Clássica*. Assim, em Foucault, a loucura é definida como elemento ao mesmo tempo interior e estranho a uma cultura, que conduz ao exílio (figura representada pela nau dos loucos, para nela embarcarem numa viagem irreversível). Resumindo, Foucault acredita que as raízes do que vem a se tornar a loucura começam a brotar a partir do fenômeno moral da exclusão e, à despeito da longo caminho até sua apropriação pelo saber médico, a loucura nasce definitivamente do fenômeno da exclusão. Na obra, a exclusão é representada pela embarcação que paira sobre a tela, dando uma sensação de que a tripulação estivesse perdida. (cf. FOUCAULT, 1978, p. 9).

<sup>63</sup> Citação feita por Del’olmo e Cervi (2017): BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Vulnerabilidade e cuidados. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone (Org.). Bioética, vulnerabilidade e saúde. São Paulo: São Camilo, 2007. p.77-92. (Bio&Ética).

<sup>64</sup> O texto original: *Certain population subgroups are at higher risk of mental disorders because of greater exposure and vulnerability to unfavourable social, economic, and environmental circumstances, interrelated with gender. Disadvantage starts before birth and accumulates throughout life.* In: World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva, World Health Organization, 2014.

O trecho supra foi retirado de um estudo sobre as determinantes sociais da saúde mental, e revela a inconsistência no que diz respeito à origem da doença mental. A vulnerabilidade, então, é intrínseca à pessoa com transtorno mental ou dependência química, de modo que deve ser conferido a ela um tratamento digno em saúde para amenizar os efeitos e causas dessa condição. Diante dessa realidade, a saúde mental, então, adveio como problema social no Brasil no século XIX, com os primeiros hospitais com internação psiquiátrica do império.

Ora, foi em meados do século XVIII que o notável médico Philippe Pinel (1745-1826) trouxe ao tratamento a inovação do modelo de tratamento livre, com a liberdade de movimentos, o chamado “tratamento moral”. Só então os tratamentos passam a adotar o rigor científico adequado. No Brasil, essa mudança se deu apenas no século XIX, quando foi fundado, no Rio de Janeiro, o Hospício Dom Pedro II, inaugurado em 1852 (Machado *et al.*, 1978; Teixeira, 1997, *in*: Oda & Dalgalarrodo, 2005), para abrigar os doentes mentais e segregá-los do restante da sociedade.

No Brasil, portanto, pode-se demarcar o ano de 1852 como o marco de inauguração da primeira instituição destinada ao confinamento de doentes mentais. Esse novo modelo de tratamento centrado na internação também é conhecido como modelo hospitalocêntrico. É esse mesmo modelo que se observava no hospital Colônia, e que foi o responsável por segregar os pacientes lá hospitalizados sem que lhes fossem assegurados direitos mínimos à dignidade, ao tratamento adequado e a condições sanitárias básicas.

Arbex (2013) é assertiva, a esse respeito, ao afirmar que:

O fato é que a história do Colônia é a nossa história. Ela representa a vergonha da omissão coletiva que faz mais e mais vítimas no Brasil. Os campos de concentração vão além de Barbacena. Estão de volta nos hospitais públicos lotados que continuam a funcionar precariamente em muitas outras cidades brasileiras. Multiplicam-se nas prisões, nos centros de socioeducação para adolescentes em conflito com a lei, nas comunidades à mercê do tráfico. (ARBEX, 2013, p. 232).

Após a tiragem acima, conclui-se a obra com a certeza de que esse estudo jornalístico investigativo não se tratou de um caso apartado, mas sim de uma triste e dura realidade nacional. Por esses relatos, justamente, ora se acredita que não havia, de fato, uma política pública em saúde mental no Brasil. Isso porque, em vez de serem tratados, os pacientes eram torturados. É dizer, a falta de parametrização metodológica

dos tipos de tratamento aplicados e aplicáveis propiciou uma lacuna, que por sua vez abriu espaço para essas práticas de tortura e de descaso narrados de forma tão enfática na obra mencionada.

A Saúde Mental, dentro desse panorama, não estava sendo protegida ou garantida por meio de Política Pública – posto que negligenciada – e, portanto, o modelo hospitalocêntrico exemplificado no Hospital Colônia de Barbacena /MG não é exemplo de política em saúde mental. Ousa-se, por hora, apontar esse modelo como um desserviço, posicionamento este que decorre da associação entre os hospitais psiquiátricos e os campos de concentração nazistas.<sup>65</sup>

Por derradeiro, viu-se nesse capítulo que a saúde ganhou atenção estatal somente no governo Vargas. No Brasil oligárquico já se pôde identificar preocupações sanitária, com o controle dos portos. Em 1920, esse foco na saúde foi ampliado, culminando na criação do DNSP. Com as reformas estruturais varguistas e a noção de que valorizar e cuidar da saúde do trabalhador era, necessariamente, ampliar a produtividade, a saúde ganhou arelevância adequada.

Ato contínuo, viu-se que a criação do Ministério da Saúde, em 1953, demonstrou a expressiva guinada desse tratamento à saúde, quando esta passou a ser problema público. A ressalva que se fez foi no tocante ao custeio desse serviço assistencial que, muito embora garantisse certa cobertura, não era universal e, tampouco, gratuito, alimentando a chamada “indústria da loucura”. O financiamento privado dos hospitais de internação não só prejudicava a fiscalização da qualidade do serviço prestado, como também reforçava a desigualdade social, enriquecendo cada vez mais os donos de clínicas. No capítulo seguinte, dar-se-á todo o suporte para que o leitor veja, por si só, como a participação social e o controle podem interferir em uma boa política pública.

---

<sup>65</sup> Importante destacar é que, como dissertação de mestrado, não se buscou inovar e criar conceituações próprias. As normas pré-ordenadas pela CAPES foram observadas, de modo que não foi proposta uma nova vertente doutrinária. Pelo contrário, buscou-se ao máximo trazer multidisciplinaridade e variedade de pesquisadores e estudiosos dos temas aqui trazidos. Ato contínuo, essa interpretação associativa ao holocausto não é só da autora, mas foi inaugurada pelo Psicanalista Italiano Franco Basaglia, precursor da reforma italiana e figura central para a discussão e movimento reformista, que serão trazidos nos próximos capítulos.

## **CAPÍTULO 2 – MODELOS DE DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E DESCENTRALIZAÇÃO DO APARATO DECISÓRIO**

### **2.1 Introdução**

No capítulo 1, foi exposto o processo da gênese da Saúde como conceito formador de pauta política no Brasil. Nos tópicos a seguir, é sensato correlacioná-la à criação do Sistema Único de Saúde, que cobre a assistência em saúde pública em todo o território nacional nos dias atuais. Ver-se-á, então, que o SUS foi e ainda é uma conquista cidadã na seara dos direitos fundamentais. Cumpre ainda dizer que, para tal, a atuação dos Sanitaristas foi primordial, o que justifica o estudo sobre democracia participativa nessa dissertação, como poderá ser constatado a seguir.

#### **2.1.1 Representação X Participação – Modelos de democracia que se sobrepõem ou coexistem?**

Simplório crer que democracia seja um conceito puro e uníssono enquanto ela, na verdade, admite vários tipos. Pensar em espécies democráticas implica em voltar ao passado e consultar os grandes teóricos do tema. Ainda no século XVIII, Jean Jacques Rousseau vinculava a ideia de democracia à soberania popular. Para Rousseau,

A soberania não pode ser representada pela mesma razão que ela não pode ser alienada. [...] Os deputados eleitos pelo povo não são e não poderiam ser os seus representantes; eles são, unicamente, os seus agentes. [...] Toda lei que o povo não ratificou pessoalmente é nula. [...] O povo inglês acredita ser livre. [...] Na verdade, ele está fortemente enganado; ele apenas é livre no dia da eleição dos seus representantes. Assim que os representantes são eleitos, o povo está novamente, escravizado (ROUSSEAU, 1968, p. 141).<sup>66</sup>

Em outras palavras, para Rousseau, a democracia indireta (representativa) não é liberdade, mas sim uma abnegação em nome de um contrato social abstrato, traduzida na delegação da capacidade de decidir para uma minoria. Nesse mesmo sentido, Max Weber acredita na necessidade de uma burocracia especializada, em uma elite pensante, para decidir na arena política. (AVRITZER, 2002, p. 562).

---

<sup>66</sup>In AVRITZER, L. Modelos de deliberação democrática: uma análise do orçamento participativo no Brasil. In B. de Sousa Santos, Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa (2 ed., pp. 561-597). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2002.

Medeiros (2015) traz a reflexão acerca da reversão do pensamento político. Se, antes, na Antiguidade Clássica, a igualdade política era mediante participação (e as eleições eram vistas como manifestação do modelo oligárquico), em algum momento da história ocidental, diz, “a lógica se reverteu: a democracia passou a ser associada cada vez mais ao governo representativo, enquanto o ideal de igualdade política cedeu espaço a outros objetivos.” (MEDEIROS, 2015, p.259). É nesse sentido que surgem as teorias minimalistas da democracia, segundo as quais a democracia retirava cada vez mais a relevância popular e se tornava algo centralizado, indireto e representativo.

A visão aristotélica de democracia não era compatível com a representação, uma vez que as eleições eram, à época, vinculadas à oligarquia (uma dentre as seis formas de governo elencadas por Aristóteles)<sup>67</sup>.

Giovanni Sartori em “A teoria da democracia revisitada: o debate contemporâneo” nos traz a discussão a respeito das espécies de democracia advindas após os ideais marxistas. Aduz que antes do Marxismo as teorias mencionavam apenas “democracia” e que, após os anos 50, essa terminologia passou a ser dividida em “democracia capitalista” e “ideologia democrática”. É uma das bifurcações dentro da teoria minimalista de democracia. Em apertada síntese, o cientista político italiano defende que a democracia capitalista é encarada como um modelo político-econômico projetado em uma superestrutura política, enquanto a ideologia democrática seria a própria teoria da democracia.

Em contraponto, Sartori (1994) trouxe a confirmação de que a democracia precisa ser estudada muito além do que se extrai de seu conceito. Seu estudo é árduo e requer refutamento e paciência quando da análise de suas ramificações. Defende que “seu desmembramento resulta, um pouco paradoxalmente, do impacto conjunto de uma década de negação e uma década subsequente de tecnificação.”. (SARTORI,

---

<sup>67</sup> A concepção contemporânea de que eleições dão voz aos mais aptos dentro de uma instituição democrática é recente. A antiguidade Clássica tinha como democracia o governo de “todos” (mesmo que esse conceito implicasse excluir idosos, escravos, crianças e mulheres, por exemplo). Então, concentrar as decisões em poucos era não só característica de outro modelo de governo, mas também e um modelo contrário, diametralmente oposto à Democracia grega. Nesse sentido, insta ressaltar que: “A divisão clássica aristotélica trata de seis formas diferentes de governo, que se distinguem por dois critérios: o número de quem governa e o tipo de interesse (público ou privado). As seis formas recebem o nome de monarquia, aristocracia, politia, tirania, oligarquia e democracia, em que as três últimas se constituem em corupções das primeiras (ver TILLY, 2006, pp. 5-30). A democracia era o governo dos “muitos” governando em interesse próprio, enquanto a politia seria o governo dos “muitos” governando em prol do interesse público.” (MEDEIROS, 2015, p.261)

1994, p.11). Não só, revela que a palavra “povo” foi mal interpretada do latim original, prejudicando o significado de democracia. O termo “povo” teria seis sentidos de expressar, quais sejam: *i) todo o mundo; ii) uma grande parte/muitos; iii) classe inferior; iv) entidade invisível, o ‘todo orgânico’; v), maioria absoluta e vi) maioria limitada*<sup>68</sup>.

Após algumas páginas de discussão, chega-se ao entendimento de que democracia não é e jamais poderia ser o governo do “povo” dos cinco primeiros significados listados acima. Isso porque, compreender que o povo não está livre de limitações ao seu poder é um dos princípios democráticos mais sensíveis, ao passo que não existe direito absoluto em se tratando de democracia. Sartori nos ensina que:

Se o primeiro vencedor de uma disputa democrática adquire um poder ilimitado (absoluto), então o primeiro vencedor pode estabelecer-se como um vencedor permanente. Se isso acontecer, a democracia não tem futuro democrático e deixa de ser uma democracia no nascedouro; pois o futuro democrático de uma democracia depende da convertibilidade das maiorias em minorias e, inversamente, das minorias em maiorias. Portanto, depois de um exame mais detido, o princípio da maioria limitada parece ser o princípio democrático e funcional da democracia. (SARTORI, 1994, p. 45).

Em resumo, democracia não é meramente a “vontade do povo”, e muito menos aceita absolutismos de direito. Pensar em democracia é automaticamente aceitar que não existe nada que seja imutável dentro dela senão, sua premissa de que todo poder é limitado e sujeito à alternância. A democracia grega, por exemplo, preenchia seus cargos públicos através de sorteio, exatamente na intenção de não gerar injustiças e sempre promover a variância na ocupação desses postos.

Na modernidade, por sua vez, os Thomas Hobbes, Jean Jacques Rousseau e John Locke dividem um entendimento de que o estado de natureza é rompido por meio de um contrato social que garante a legitimidade democrática. Isso significa, em outras palavras, que a democracia moderna é posta a cargo de um contrato do povo, que detém a soberania e abre mão de parte de sua liberdade para fazer vigorar o Estado

---

<sup>68</sup> Essas seis formas estão no livro “A teoria da Democracia Revisitada”, de Giovanni Sartori. A discussão se estende da página 40 à 46, onde a democracia é abordada etimologicamente e as seis interpretações de “povo” são expostas no sentido de compreender o que significa democracia e como ela opera. SARTORI discorre que, ao contrário do que se pensa, a democracia não é o governo absoluto do povo, caso contrário a democracia imperaria contra sua própria essência. Ao revés, democracia é o governo do povo, de uma maioria deste, mas cujos interesses estão sempre suscetíveis à limitação da minoria. (SARTORI, 1994, p.42)

Democrático. A legitimidade, nesse contexto, quer dizer poder de coerção. Legitimidade é sinônimo de transferir ao Estado, por meio de representantes eleitos, a capacidade de decidir o futuro da sociedade de modo a garantir a paz (MEDEIROS, 2015, p. 263).

Schumpeter (1942), sobre legitimidade, acrescenta que a melhor forma de democracia seria a representativa, uma vez que a massa ignorante não deveria fazer parte do corpo que promove decisões políticas. Desse modo, através da eleição de representantes, o pacto social estaria garantido. Na literatura de Schumpeter (1942):

O conceito de democracia é reformulado de forma a designar “um sistema institucional, para a tomada de decisões políticas, no qual o indivíduo adquire o poder de decidir mediante uma luta competitiva pelos votos do eleitor” (SCHUMPETER, 1961 [1942], p. 328) (MEDEIROS, 2015, p. 270).

Não se questiona, portanto, que a democracia representativa tenha seus adeptos. Porém, o que merece ser objeto de indagação é o porquê (se a democracia representativa era tão defendida) de voltar a se falar em participação democrática. Sobre essa questão, vale transcrever a valiosa lição de que “a principal função da participação é educativa, educativa no mais amplo sentido da palavra, tanto no aspecto psicológico quanto no de aquisição de práticas de habilidades e procedimentos democráticos” (PATEMAN, 1992, p.61). Ademais, ela (a participação) é necessária para o próprio exercício da democracia.

Ainda sobre o significado de democracia, em “A Teoria da Democracia revisitada”, Sartori põe os anos 70 como um exponencial colaborador para o brilhantismo da teoria democrática e aduz que, por exemplo, o véu da ignorância de John Rawls e o estado de natureza de Robert Nozick seriam experimentos intelectuais inovadores, contudo não chegariam a completar o desenvolvimento da teoria democrática. Por assim acreditar, justificou a edição de sua nova obra como uma releitura de *Democratic Theory*, publicada em 1962. Três décadas após a referida obra, e com o subsídio argumentativo de outros teóricos, Sartori se propôs a reconstruir a corrente principal da democracia, em “A teoria da democracia revisitada”.

Na mesma linha, Dahl (1956) ensina que a democracia é um regime de tomada de decisão coletiva, defendendo a promessa da democracia pelo povo, da soberania popular. É a corrente da democracia dita “institucional” ou “procedimental”, que não chega a ser nem contrária nem sinônima da democracia participativa. Nela,

uma parcela (minoritária) da população – que seria a elite pensante/intelectual – deteria da voz política para representar a maioria. Ortega Y Gasset é igualmente seduzido por essas convicções, todavia, a democracia das elites não significa, necessariamente, que as melhores decisões serão tomadas.

## **2.2 Democracia e participação no Brasil<sup>69</sup>**

Na América Latina (e aqui, merece especial atenção por se tratar do caso brasileiro), as elites competiam pelo poder, causando instabilidade política e perda de direitos. Inclusive, as manobras que visaram romper com a ordem democrática, nos países da América Latina, contaram com a participação das massas sim, mas dependeram fundamentalmente da coordenação ou apoio das próprias elites. (AVRITZER, 2002, p. 564). Portanto,

(...) parece haver dois grandes hiatos na forma como o elitismo democrático pretende abordar a democracia: em primeiro lugar, parece haver um problema na sua incapacidade de diferenciar entre elites democráticas e não democráticas, um hiato preenchido de forma bastante estrutural e problemática pela obra de Almond e Verba (1963) sobre cultura política. Em segundo lugar, em decorrência da sua incapacidade de entender o fenômeno da mobilização de massas. (AVRITZER, 2002, p. 564).

Ora, é certo que nem toda elite busca materializar a vontade democrática (portanto, não há espaço para absolutismos de conceito). Ademais, como introduziu Avritzer, existem dois tipos de mobilização de massas: uma elitista democrática que busca se libertar de instituições e outra que, ao revés, atua mediante ação coletiva e de forma voluntária. É por meio desta última que a reforma sanitária, o SUS e a própria reforma psiquiátrica brasileira foram possíveis. Essa segunda forma é a mobilização da arena política para a participação popular, sendo compatível e coexistente à democracia.

Entre 1930 e 1945, o corporativismo dessa elite política logo se transformou em um corporativismo autoritário, dando início à supressão de direitos políticos, mas ocasionando uma modernização no país. É o que se extrai de Avritzer (2002):

Ao longo do século XX, as elites brasileiras tiveram um projeto político principal, a modernização do país. As elites brasileiras

---

<sup>69</sup>Em se tratando de participação brasileira, inicialmente vale a leitura da carta constituinte para que possam ser extraídas as modalidades de participação. O ordenamento Constitucional optou por três mecanismos de participação direta, ou seja, aquela exercida pelo povo, tal como consagrado no art. 14, incisos I a III, da CRFB/88, com a previsão de plebiscito, referendo e iniciativa popular.

implementaram um projeto de modernização que transformou um país predominantemente rural, na décima economia industrial do mundo. A percentagem da população trabalhando no setor industrial cresceu de 10,4% do PIB em 1940 para 24,3% em 1980, ao mesmo tempo que a parcela da população dedicada à agricultura decresceu de 65,8% para 29,9% (Santos, 1987: 137). (AVRITZER, 2002, p. 566).

O cenário brasileiro começava a dar os primeiros passos para o nacional-desenvolvimento do país, tal como ocorreu com outras nações do Terceiro mundo nessa mesma época. É dizer, optou-se pelo “caminho do desenvolvimento econômico planejado ou patrocinado pelo Estado” (HOBSBAWM, 2012, p.344).<sup>70</sup> Anos mais a frente, nas décadas de 80 e 90, diante de um mundo “mutante e inflamável” (HOBSBAWM, 2012, p.361), o nacionalismo e corporativismo voltaram a se fortalecer e levaram a uma classe operária industrial mobilizada, que exigia direitos trabalhistas e formava sindicatos (como mostram os registros do Brasil e Coréia do Sul).

Avritzer justifica essa mudança pela “totalidade das tentativas de ruptura com a ordem democrática entre 1930 e 1980”, o que fez a elite repensar no papel do Estado. (AVRITZER, 2002, p.565). Assim, continua, a redemocratização ocorre através de um pacto entre autoritários (PDS) e a oposição (PMDB), viabilizando a promulgação de nova constituinte em 1988 e eleições regulares diretas para presidente, em 1989. Todavia, essa redemocratização não se deu de maneira equânime, promovendo uma crescente disparidade social entre as macrorregiões do país<sup>71</sup>, e um

<sup>70</sup>Contudo, o autor ressalta que o Brasil se tornou o 8º maior país industrial do mundo não comunista e que, tal como o México, produziu “burocracia, espetacular corrupção e muito desperdício – mas também uma taxa de crescimento anual de 7% nos dois países durante décadas”. In: HOBSBAWM, Eric J. A Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991/ Eric Hobsbawn; tradução Marcos Santarrita; revisão técnica Maria Célia Paoli. – São Paulo: Companhia das Letras, 2012, p.344.

<sup>71</sup> É o que se extrai da passagem: “O processo de modernização econômica do Brasil gerou enormes desigualdades sociais ao nível local. As maiores cidades brasileiras cresceram a taxas inacreditáveis entre 1950 e 1980: no caso da cidade de São Paulo, a sua população passou de 2.198.000 habitantes para 8.493.000 habitantes nesse período; no caso de Belo Horizonte, sua população passou de 352.000 habitantes para 1.780.000 e, no caso de Porto Alegre, a sua população passou de 394.000 habitantes para 1.125.000 nesse mesmo período (IBGE, 1983). O aumento da população urbana e a criação e expansão de uma administração pública racional não foram seguidos por um aumento proporcional dos serviços públicos. Pelo contrário, na maior parte das cidades brasileiras as carências de serviços urbanos eram enormes no início da década de 1980. Em 1984, somente 80,2% do população do sudeste do Brasil - a região mais rica do país - e 59,6% da população da região sul tinha acesso à água tratada. O acesso à rede de saneamento era ainda menor: somente 55% da população urbana do sudeste e 11,8% da população urbana da região sul tinham acesso a rede em 1984 (Santos, 1987: 161-2). Desse modo, o processo de modernização brasileiro, que implicou na criação de uma burocracia especializada de acordo com as prescrições weberianas, não conseguiu via esse processo, lidar as suas necessidades sociais mais prementes no país.”. (AVRITZER, 2002, p.565).

dos motivos para esse evento é o baixo nível de organização da população associado à tradição clientelista.

Ou seja, o histórico de aguardar que a burocracia represente o interesse da maioria fazia o provimento de serviços públicos ter sua adequação prejudicada. A burocracia clássica, pensada por Max Weber, que tinha como pressupostos a elegibilidade de pessoas capacitadas para ocupar determinada função pública, era assim adulterada em prol dos interesses individuais. Inclusive, essa já era uma previsão de Weber, conforme citam os professores Fernando Luiz Abrucio e Maria Rita Loureiro: “havia o perigo de a burocracia fazer da autonomia funcional uma forma de enclausuramento e defesa dos seus próprios interesses.” (LOUREIRO, ABRUCIO, 2018, p.27).<sup>72</sup>

Em outras palavras, por “enclausuramento” leia-se: insulamento burocrático. Foi exatamente esse fenômeno que fez com que o fluxo decisório em Políticas Públicas ficasse concentrado na hierarquia especializada desses anéis burocráticos.<sup>73</sup> No Brasil, o estopim desse insulamento pode ser observado no primeiro governo Vargas (com o corporativismo), se fortalece em Kubistchek e depois retoma na ditadura militar. Em caráter ilustrativo, veja-se a imagem montada por Lotta, Oliveira e Cavalcante (2016), quando em artigo apresentado no 10º Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política (ABCP):

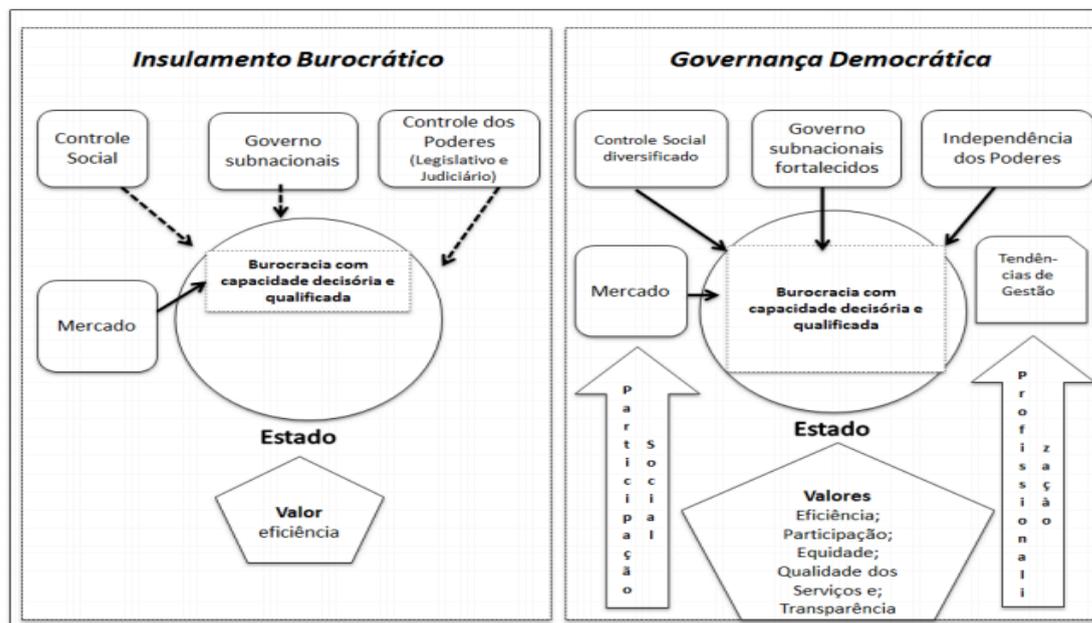
IMAGEM POR LOTTA, OLIVEIRA E CAVALANTE (2016):

---

<sup>72</sup>In: Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas / organizadores: Roberto Pires, Gabriela Lotta, Vanessa Elias de Oliveira. – Brasília: Ipea: Enap, 2018, p. 23-57.

<sup>73</sup> “Anéis burocráticos” é um termo criado por Fernando Henrique Cardoso para conceituar a engenharia das relações entre elite industrial e o corpo estatal. Nesse sentido, o insulamento burocrático mencionado corresponde a uma independência dessa elite em relação aos controles político ou social. Anéis burocráticos, portanto, constituem “um mecanismo pelo qual implicitamente se define que a administração é supletiva aos interesses privatistas e esses fluem em suas relações com o Estado, através de teias de cumplicidade pessoais. [...] No caso do Brasil no período nacional-populista (...) justamente onde as “ilhas de racionalidade” de uma tecnocracia planejadora começavam a formar-se.” (Cardoso, 1993, p. 99-100).” In: (LOTTA, OLIVEIRA, CAVALCANTE. 2016, p.6).

**Figura 1 – Insulamento Burocrático e Governança Democrática**



Fonte: Elaboração dos autores

A ilustração acima reflete, com propriedade, a lógica que permeia as modalidades democráticas representativa (sujeita a insulamentos burocráticos) e a participativa (cujo controle social e participação do cidadão exercem influência nas decisões políticas). Bresser Pereira (1996) ao introduzir “A gramática política do Brasil” reforça a vigência de um controle cidadão.<sup>74</sup>

Desse modo, a participação é encarada, na literatura administrativa, como uma forma de *accountability* democrático<sup>75</sup>.

Passa-se, agora, a outra questão relevante. De mesmo modo que a representação se dá, na esfera política, mediante eleição dos “mais aptos”, os burocratas da administração pública são submetidos a uma prova de capacitação.

<sup>74</sup> O autor diz que: “o controle da ação das agências autônomas e das organizações sociais não ocorrerá apenas através de contratos de gestão firmados com os políticos e burocratas situados no núcleo estratégico, mas, de forma crescente, através de mecanismos de participação social, em que os cidadãos controlem os serviços prestados pelo Estado”. Luiz Carlos Bresser Pereira. Prefácio à 1ª Edição. In: NUNES, Edson de Oliveira. A Gramática política do Brasil. Clientelismo, corporativismo e insulamento burocrático. Rio de Janeiro: Garamond, 1997, p.30.

<sup>75</sup> Em apertada síntese, posto que não configura cerne deste trabalho acadêmico, explicar-se-á sobre o dito ‘*accountability*’. O termo não possui tradução literal para o português, mas em 1990 a autora Anna Maria Campos afirmou em artigo sobre o tema que seria certo relacioná-lo à delegação de responsabilidade (ou, melhor dizendo, ao dever de prestar contas a órgãos de controle externo), de modo que se pode extrair-lo dos deveres de transparência e responsabilidade democrática. O artigo referenciado se encontra disponível no seguinte endereço eletrônico: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/05/accountability-quando-poderemos-traduzi-la-am-campos.pdf> Acesso em 13.Mar.2021.

Trata-se de um antigo método de avaliação, pautado na meritocracia. Tanto na China imperial quanto no Japão dos Xogunatos, a tradição meritocrática englobava antiguidade (a velha ideia de que o ancião deve ser respeitado por ser o mais vivido e, portanto, o que mais tem a ensinar). O Brasil funciona como um sistema meritocrático (BARBOSA, 1996, p.70), em que o serviço público, do ponto de vista jurídico, é pautado na meritocracia. Mais que isso: é pautado em uma dupla meritocracia, tanto para o ingresso quanto para a mobilidade no seu interior.

O ingresso na administração pública mediante aferição de mérito é uma realidade no Brasil desde a primeira constituição. Barbosa (1996) analisa o teor do artigo 179 da Constituição de 1824 e aponta que havia uma seleção (ainda que subjetiva) para designar os melhores cidadãos a cargos públicos. Uma mais profunda análise dessa carta política permite inferir que se tratava de uma meritocracia elitista, onde pessoas de determinadas classes e níveis de renda eram excluídas tanto do voto, quanto da elegibilidade a cargos públicos.<sup>76</sup>

Não só isso, os critérios para avaliar o mérito e o desempenho dos funcionários públicos no país não funcionam, uma vez que defende que o Brasil não possui uma ideologia meritocrática, carregando um histórico de clientelismo e apadrinhamento (BARBOSA, 1996, p. 94). Alterar esse cenário requer um esforço inimaginável de desconstrução do passado e implementação de métodos mais eficientes e eficazes. Portanto, uma das soluções mais práticas seria retirar a importância dessa burocracia e dividir seu poder decisório, abrindo espaço a novas vozes igualmente capazes e instruídas.

---

<sup>76</sup> Historicamente, a meritocracia brasileira foi sofrendo lapidações, mas nunca deixou de reger o ingresso do corpo técnico-burocrático no aparato administrativo estatal. É o que se pode constatar da passagem: “Como mencionado, o primeiro plano de estruturação da carreira do servidor público foi promulgado a partir da Constituição de 1934. Em 1960, foi proposto um novo plano de reestruturação da carreira do servidor público, em substituição ao de 1934. Na época, apontava-se como um de seus objetivos diminuir a margem de arbítrio que a legislação precedente (decreto-lei nº 284, de 28 de outubro de 1936) atribuía aos chefes, extinguindo o apadrinhamento de chefes de repartição ou as influências políticas, que acabavam por preterir os funcionários mais qualificados. O critério de classificação dos funcionários por desempenho, adotado pelo boletim de merecimento, descrito como objetivo e impessoal, propunha, também, desafogar os “dirigentes” (Presidente da República, Ministros de Estado e Presidentes de Autarquias), bem como os parlamentares, da avalanche de pedidos que recebiam, nem sempre possíveis de serem atendidos, por se referirem a interesses contraditórios (se atendesse ao A, descontentaria ao B e ao C, e assim por diante)” In: BARBOSA, Livia. Meritocracia à brasileira: o que é desempenho no Brasil? Revista do Serviço Público. Vol. 120 (3), set-dez, 1996, p.77.

O exercício da cidadania, através da democracia participativa, combateria engessamentos burocráticos e equilibraria possível centralização das decisões políticas. Segundo apontaram Coelho, Filho e Pérez flores (2011), as novas constituições promulgadas em países da América do Sul vem corroborando a participação popular, mediante posituação da democracia participativa. A esse respeito, vale mencionar que entre os anos de 1999 e 2009, principalmente nos países da região andina, pode-se observar um aumento dos mecanismos de participação e uma diminuição proporcional da influencia dos representantes eleitos no processo decisório de determinada política pública.

Neste ponto, é primordial valer-se da etimologia: “república” surge de *res publica*, a “coisa do povo”, e a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (ou CRFB, como é abreviada) não poderia deixar de abranger a interação da população com o corpo político e burocrático do Estado.

Antes, contudo, da retomada de instrumentos participativos, foram realizadas tentativas um pouco menos descentralizadoras. Woodrow Wilson (presidente norte-americano entre os anos de 1912-1921), por exemplo, defendia a divisão de burocracia e política. Alegava que a reforma do serviço público não deveria se ater apenas à capacitação de pessoal, mas que também era sensato expandí-la para o campo político, para melhorar a organização e métodos do governo, verificando o que pode ser feito com máxima eficiência e mínimo de custo ou energia possíveis.<sup>77</sup> Prossegue dizendo que a opinião pública, uma vez que exista, deve governar, e que as decisões tomadas pelo corpo político deveriam ser previamente levadas à opinião pública como forma de convencimento de ideias.<sup>78</sup> Foi uma tentativa de reforma burocrática, de fato, mas sem radicalismos em sua essência.

---

<sup>77</sup> “The Study of Administration” é um artigo da “Political Science Quarterly”, Volume 2, está disponível em: <https://archive.org/details/jstor-2139277/page/n1/mode/2up> Acesso em: 07.Nov.2020.

<sup>78</sup> Do texto original: “Wherever regard for public opinion is a first principle of government, practical reform must be slow and all reform must be full of compromises. For wherever public opinion exists it must rule. This is now an axiom half the world over, and will presently come to be believed even in Russia. Whoever would effect a change in a modern constitutional government must first educate his fellow-citizens to want some change. That done, he must persuade them to want the particular change he wants. He must first make public opinion willing to listen and then see to it that it listen to the right things. He must stir it up to search for an opinion, and then manage to put the right opinion in its way.” (WILSON, 1887, p. 208). Disponível em: <https://archive.org/details/jstor-2139277/page/n1/mode/2up> Acesso em: 07.Nov.2020.

Veja, se trata de movimento diametralmente oposto ao que preconiza a democracia participativa, uma vez que a opinião pública (dos cidadãos) ocupava função passiva, em que as propostas chegavam até ela e precisavam ser por ela assimiladas e aceitas. Ao contrário, na democracia participativa constante do preâmbulo da Constituição da República Federativa Brasileira e de seu artigo 1º, a opinião pública é fruto do exercício da cidadania e reflexo da dignidade humana de se autoafirmar e autogovernar, é a aceitação de que o usuário do serviço é dotado da mais relevante voz para mudanças e melhorias em Políticas Públicas.

Com sorte, a democracia Wilsoniana foi fortemente debatida e posteriormente confrontada pelo modelo Weberiano, com a constatação de que não era viável separar burocracia/administração e política, conforme destacam:

A abordagem wilsoniana foi objeto de questionamentos ao longo do debate do século XX. Dois destes se destacam. O primeiro relaciona-se com a expectativa de que seria possível separar com nitidez os campos da política e da administração, uma vez que a definição das políticas públicas em atos normativos gerais nunca será capaz de dar conta de todas as circunstâncias que podem surgir no momento da sua implementação. Conforme aponta Robert Behn (1998, p. 16), “não importa o quanto tentem os líderes políticos do Executivo e do Legislativo, eles não poderão desenvolver um conjunto de políticas públicas aplicáveis em todas as situações”. Desse modo, haveria um bom espaço autônomo para que os burocratas alterem as políticas públicas, o que significaria que a burocracia pode também escolher o rumo das políticas – e não apenas implementá-las. O modelo de Wilson (2005) pode ainda ser questionado no que se refere à expectativa de neutralidade das burocracias. A experiência do século XX mostra que a organização burocrática não é somente técnica, mas também igualmente impregnada de conflitos no que concerne ao poder – no campo intraburocrático (entre grupos técnicos e entre especialistas de diferentes políticas públicas), na relação com os políticos e no trato com a sociedade ou os usuários de serviços públicos. As obras de Michels (1982), Selznick (1949), Dahl (1947), Crozier (1969), Downs (1967), Lindblom (1981) e Lipsky (1980) – para ficar apenas em autores que são referência há décadas nesse debate – revelaram todos esses tipos de conflitos, mostrando de diversas formas como a burocracia em seus vários estratos defende interesses para além das decisões meramente técnicas. (LOUREIRO, ABRUCIO, 2018, p. 30).

Em outras palavras, não só não se pode separar administração e política - dado que as decisões administrativas possuem, necessariamente, caráter político e afetam diretamente as Políticas Públicas – mas também não é garantida a imparcialidade do corpo burocrático, ainda que seja técnico. Ou seja, como

defenderam os autores, a burocracia também age em prol de interesses próprios e particulares, o que merece atenção. Se Wilson traz as figuras da burocracia e da política como intrinsecamente indissociáveis, Weber as considera complementares para que exista um *accountability*:

Aos burocratas deve ser garantida autonomia para imprimir seu saber técnico na gestão do Estado e de suas políticas, contando que esse poder seja acompanhado de controles que evitem a constituição de uma tecnocracia, para usar um termo mais contemporâneo. (LOUREIRO, ABRUCIO, 2018, p. 33).

A solução weberiana, então, seria a criação de formas de controle múltiplas, no sentido de garantir a liberdade. Dentro desse meandro, acredita que a figura dos representantes parlamentares seja fundamental para o controle e fiscalização do Poder Executivo. Por outro lado, também reconhece a perda de força do Parlamento “como resultado da burocratização dos partidos e do Estado e a perda de importância dos parlamentares individualmente perante os dirigentes partidários” (LOUREIRO, ABRUCIO, 2018, p.33).

Frise-se, entretanto, que esse viés elitista weberiano - com grande destaque para os líderes - não constitui, de forma alguma, uma guinada antidemocrática. Weber pretendia um equilíbrio exato entre a relevância dos líderes e das instituições, na tentativa de que a burocratização não se resumisse a um processo aprisionador. E a chegada de formas totalitárias de governo anos mais tarde reforça essa visão. A burocracia, sem dúvidas, precisa se adequar ao momento sócio-político contemporâneo.

Loureiro e Abrucio (2018) apresentam o hibridismo entre política e burocracia como um problema, defendendo a tecnocracia da democracia e a burocratização da política. Os economistas do *Public Choice* não só não crêem que políticos eleitos sejam racionais para criar boas políticas públicas, mas também afirmam que os burocratas (corpo técnico da administração pública) também não o farão, posto que seriam “auto interessados” (Evans,1993). Por outro lado, os teóricos da democracia pluralista acreditam que os cidadãos poderiam sanar eventuais más escolhas quando da elaboração de Políticas Públicas:

Ou seja, o governo democrático deve formular políticas que respondam às preferências dos cidadãos – e não se orientar simplesmente pelo que pautam os especialistas. Para Dahl (1997, p. 26), ao contrário, os cidadãos “são os melhores juizes de seus

próprios interesses”. Por sua vez, para Lindblom (1981), as decisões tomadas democraticamente pela competição eleitoral, e por meio de negociações entre os vários atores políticos e sociais, são mais “inteligentes” do que as decisões tomadas exclusivamente pela mera análise técnica racional. (LOUREIRO e ABRUCIO, 2018, p.38).

O que se pode deduzir é, portanto, que deve-se criar uma pluralidade de atores, juntamente com o corpo técnico do Estado, para um melhor resultado em Políticas Públicas. Ora, se somente o aparato estatal possui os atributos de legitimidade social e de organização jurídica necessários para a formulação de políticas públicas, não caberia excluí-lo dessa dinâmica ou alternar seu papel, no entanto, a introdução de mais um ator no ciclo de Políticas Públicas se exhibe como resposta ao problema dos interesses enviesados dos burocratas e de seu “insulamento burocrático” (tal como defendido pelo ex-presidente brasileiro, Fernando Henrique Cardoso).

Inclusive, no caso brasileiro, essa foi a tentativa da Carta Política de 1988 estabelecer uma colaboração entre Estado e sociedade civil, no sentido de promover a distribuição de poder e permitir a participação na tomada de decisão, além do controle *a posteriori*. Todavia, o que deve ser retratado é que, muito embora tenha havido esse avanço participativo, não houve uma substituição integral ou parcial da representação pela participação nem no Brasil, nem nos demais países da América Latina. É dizer, vale o recorte de que “apesar da inflamada retórica crítica em relação à democracia representativa ostentada por eles, nenhum dos casos considerados abandonou de fato os traços essenciais de tal modelo” (COELHO, FILHO E PÉREZ FLORES, 2011, p.2)<sup>79</sup>. Isto é, os modelos de democracia coexistem. No subitem que se segue, a seu turno, de modo bem breve mas com precisão, adentrar-se-á no mérito da participação dos trabalhadores em saúde para a eclosão de uma consciência sanitária.

---

<sup>79</sup>COELHO, André Luiz. FILHO. Cayton M. Cunha. PÉREZ FLORES, Fidel. *Os desafios da participação: novas instituições democráticas e suas perspectivas na Bolívia, Equador e Venezuela* Observatório Político Sul-Americano Instituto de Estudos Sociais e Políticos Universidade do Estado do Rio de Janeiro IESP/UERJ. Observador On-line, v.6, n.10, out. 2011. Disponível em: [https://www.academia.edu/1156656/Os\\_desafios\\_da\\_participa%C3%A7%C3%A3o\\_novas\\_institui%C3%A7%C3%B5es\\_democr%C3%A1ticas\\_e\\_suas\\_perspectivas\\_na\\_Bol%C3%ADvia\\_Ecuador\\_e\\_Venezuela](https://www.academia.edu/1156656/Os_desafios_da_participa%C3%A7%C3%A3o_novas_institui%C3%A7%C3%B5es_democr%C3%A1ticas_e_suas_perspectivas_na_Bol%C3%ADvia_Ecuador_e_Venezuela) Acesso em: 14.Set.2020.

### 2.2.1 Participação e raízes do Movimento sanitário brasileiro

Um pouco antes da Carta Cidadã, nasce o Movimento dos Sanitaristas<sup>80</sup> através da institucionalização do Centro Brasileiro de Saúde (CEBES), em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979. Esse movimento foi um embrião para a existência do Sistema Único de Saúde que é hoje utilizado no Brasil e referência para todo o mundo, o “SUS”. A atuação dos sanitaristas pode ser resumida em uma pressão popular para que a assistência em saúde fosse equânime e descentralizada, o que acabou culminando na pauta da VIII Conferência Nacional de saúde, em 1986.

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, pôde-se verificar a coexistência entre participação e representação a partir da análise de seus integrantes. A conferência foi realizada com 50% dos representantes sendo membros do Estado (entre ministérios, secretarias estaduais e municipais) e os outros 50% dos representantes sendo da sociedade civil, escolhidos como “delegados”.<sup>81</sup>Foi a primeira vez que mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil foram reunidos para dialogar por um Sistema de Saúde.

No plano político, então, houve um grande avanço democrático: o clientelismo não foi erradicado (até porque, como Edson de Oliveira Nunes já trouxe ao debate, ele é perene na sociedade brasileira), contudo, a sociedade civil se mobiliza para criticar essa gramática política. Inicia-se, na década de 80, uma guinada histórica de sobreposição do mesmo pelas forças democráticas participativas. A 8ª Conferência Nacional de Saúde e o movimento sanitário, dentro desse contexto, foram manifestações disso.

---

<sup>80</sup> O Movimento dos Sanitaristas (ou movimento sanitário) foi uma articulação de pessoas com ideias comuns em saúde, e sofreu forte influência do movimento italiano, propiciado por Giovanni Berlinquer. A primeira vez em que o movimento pela democratização da saúde recebeu a alcunha de “movimento sanitário” foi em 1986, em uma dissertação orientada por Sergio Arouca que tinha como título “Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário”. Atualmente, essa dissertação é um livro no formato e-book publicado pela FioCruz. Essa obra é rica em informações da época, uma vez que resultou do trabalho de pesquisa dos anos 1986 e 1987, mesmo período em que foi realizada a 8ª Conferência Nacional em Saúde e pouco antes de ser aprovada a nova Carta Constituinte. Referências da obra: ESCOREL, Sarah. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. E-book. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/qxhc3> Acesso em 05.Out.2020.

<sup>81</sup> Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/memorias-de-um-sanitarista-na-8a-conferencia-nacional-de-saude> acesso em 30.Set.2020

Uma das figuras do movimento sanitário foi Sergio Arouca, que à época era presidente da Fundação Oswaldo Cruz. Arouca acreditava na integração entre sociedade civil organizada e burocracia estatal, de modo a transformar a realidade e promover a reforma sanitária brasileira.<sup>82</sup>Conforme Almeida (2013):

Defendia o deslocamento da luta política para o aparelho do Estado, articulada à dinâmica da sociedade, como estratégia crucial para criar condições do exercício democrático da cidadania. Era convicto e defensor sereno da força política da luta conjunta para a mudança.

O sanitarista Ary Miranda, chefe de gabinete de Arouca na década de 80 e membro do comitê assessor da comissão organizadora da 8ª Conferência, em entrevista<sup>83</sup> ao Portal Fiocruz, ressaltou que o contexto histórico da conferência era contemporâneo à redemocratização brasileira. Em outro trecho da entrevista, a mobilização popular é ressaltada como fator determinante para a inserção de Arouca na presidência da FioCruz, em 1985, senão veja-se:

**Sergio Arouca foi presidente da Oitava e uma das figuras de maior destaque da Reforma Sanitária. Sua nomeação para a presidência da Fiocruz poucos meses antes, em 1985, foi um passo importante desse processo?**

Houve uma grande mobilização para levar o Arouca à presidência da Fiocruz. Na época, nosso estatuto ainda não contemplava eleições, o presidente da Fiocruz era nomeado pelo Presidente da República e não tinha mandato. Arouca foi nomeado a partir de uma grande pressão interna – e não só interna, mas nacional, a mesma que levou outros militantes da Reforma Sanitária a outras posições estratégicas, como o Hésio Cordeiro à presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Nesse processo, se discutiu a realização de uma conferência de saúde que rompesse com o padrão das anteriores, que se caracterizavam por encontros técnicos voltados para a burocracia do Estado – algo que só poderia ser construído a partir de uma grande mobilização social. (MIRANDA, 2016).

Sem dúvidas, a redemocratização brasileira abriu espaço para que mobilizações sociais como essa ocorressem. Dessa maneira, natural se constatar que, em se tratando de ferramentas do *accountability* democrático, “a Constituição de 1988 também, em seus princípios fundamentais, reforça seu compromisso com o pluralismo

---

<sup>82</sup>Celia Almeida. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Cad. Saúde Pública, 2013. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. [celia.almeida09@gmail.com](mailto:celia.almeida09@gmail.com). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2013.v29n8/10.1590/0102-311XED010813/>. Acesso em 30.Set.2020

<sup>83</sup> Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/memorias-de-um-sanitarista-na-8a-conferencia-nacional-de-saude> acesso em 30.Set.2020

político e a representatividade eleitoral”. (CAVALCANTE, LOTTA e OLIVEIRA 2018, p.67). Nas palavras de Rodrigues (2016)<sup>84</sup>: “A Constituição de 1988 foi construída numa sociedade que estava sedenta de participação ao sair da ditadura militar.”. Mais adiante, a aparição de Arouca no contexto reformista terá maior destaque, quando o foco será discorrer sobre os eventos que propiciaram o movimento sanitarista.

### 2.2.2 A Cidadania ativa: fundamentos e mecanismos de participação

Robert Putnam em sua obra *Making Democracy Work* (1993) traz a retórica do capital social para justificar as deficiências do paradigma institucionalista da democracia, que é um dos causadores do distanciamento dos cidadãos da vida pública, das decisões políticas. O cientista político utiliza de um estudo exploratório pela democracia italiana para demonstrar seu ponto de vista a respeito do que chama de “capital social”. Ele utiliza do exemplo italiano para fundamentar uma proposição mais abrangente, uma regra a respeito da sociedade cívica nas democracias. E mais: afirma ser o capital social uma solução aos problemas da ação coletiva.

Ato contínuo, ao discorrer sobre a atuação da comunidade cívica, estipula uma série de condicionantes que esse conceito deve cumprir, tais como participação cívica, igualdade política, eleitoral, práticas associativas e outros. Entretanto, apesar de defender a associação entre conceitos, ressalta que nem sempre o capital social irá trazer benefícios econômicos a partir dos arranjos da comunidade cívica.

Quando verificada a existência de uma comunidade cívica, tal como foi verificado em seu experimento, o autor classifica como algo grandioso e afirma que “*the predictive Power of the civic community is greater than the Power of economic development.*”<sup>85</sup> (PUTNAM, 1993, p. 98). Em suma, o conceito de “capital social” traz consigo a noção de arranjos sociais – sejam eles institucionalizados ou informais – de organização social, no sentido de facilitar a cooperação e para promover benefícios mútuos. Seria uma modalidade de autogestão que, para tanto, pressupõe uma

---

<sup>84</sup>Rodrigues, Thais Ferreira Cidadania, desigualdade social e política sanitária no Brasil / Thais Ferreira Rodrigues. – 1. Ed. – Curitiba: Appris, 2016, p 43.

<sup>85</sup> O poder de predição da comunidade cívica é melhor que o poder do desenvolvimento econômico. – Tradução livre.

sociedade devidamente educada e instruída, capaz de perseguir seus objetivos, seja de forma individual ou coletiva<sup>86</sup>. É seguindo os passos de Putnam, justamente, que aduz Baquero (2006):

Quando a democracia coexiste com uma situação de pobreza, é pouco provável o empoderamento dos cidadãos para participar ativamente da vida política. Nesse sentido, gera-se um círculo vicioso no qual convivem, sem se aproximar, procedimentos poliárquicos com a exclusão social. (BAQUERO, 2006, p.29).

Segundo Baquero (2006), essa seria a dimensão econômica da dificuldade em garantir a comunidade cívica, ou seja, a participação social. Isso porque, conforme se pretendeu evidenciar acima, há uma relação entre pobreza e falta de educação cívica (civildade) o que impediria, à luz dos ensinamentos de Baquero (2006), uma conscientização a respeito da capacidade do próprio cidadão de atuar politicamente<sup>87</sup> na sociedade.

Continua Baquero (2006) na defesa da atuação ativa dos cidadãos, em contraponto ao modelo democrático representativo, sustentando o discurso de que “a inclusão cidadã tem que ir além das imposições do Estado e deve envolver um efetivo empoderamento dos cidadãos para um papel mais protagônico na política”. (BAQUERO, 2006, p. 40). Portanto, para que alguém possa efetivamente exercer a cidadania, primeiro deve conhecer e compreender os direitos dos quais é titular.

A título de complementação, Putnam (2006) defende que “a cooperação voluntária é mais fácil numa comunidade que tenha herdado um bom estoque de capital social sob a forma de regras de reciprocidade e sistemas de participação cívica” (PUTNAM, 2006, p. 177). É nessa linha que aduz Felipe Dalenogare Alves (2018):

O sucesso dos instrumentos participativo-deliberativos exige que haja uma relação de igualdade entre o Estado e o cidadão eis que, nesses espaços, como já visto, o diálogo é elemento essencial ao consenso. Neste ponto, a contribuição de Putnam (2006, p. 128) é

---

<sup>86</sup>Como faria a “massa” de ORTEGA Y GASSET, atuando em uma democracia participativa.

<sup>87</sup> Aqui, vale revisitar o conceito aristotélico de “homem”, considerado pelo filósofo como um animal político. “É evidente, pois, que a cidade faz parte das coisas da natureza, que o homem é naturalmente um animal político, destinado a viver em sociedade, e que aquele que, por instinto, e não porque qualquer circunstância o inibe, deixa de fazer parte de uma cidade, é um ser vil ou superior ao homem [...]” (ARISTÓTELES. *A política*. Trad. de Nestor Silveira Chaves. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997. p. 13.) Desse modo, a falta de compreensão acerca dessa capacidade de atuar junto ao meio político, sendo cidadão, impediria um indivíduo de se enquadrar no conceito de “homem” aristotélico, pensado como animal político. Para Aristóteles, aquele que não atuava em sociedade, auxiliando a confecção das leis e agindo para seu fiel cumprimento ou era degenerado ou um ser sobre-humano (divino).

essencial, à medida que assenta o entendimento de que “as redes sociais e políticas se organizam horizontalmente e não hierarquicamente”. Assim sendo, “a comunidade valoriza a solidariedade, o engajamento político, a cooperação e a honestidade. O governo funciona”. (ALVES, 2018, p. 68).

O que se pretendeu com o trecho em destaque foi exatamente reiterar a relação causal entre participação cívica, capital social, integração com o aparelho estatal e democracia participativa. Sob essa ótica, para que se tenha consolidada uma democracia é necessário antes que se verifique a presença de uma cidadania forte, onde a participação seja pressuposto. Ademais, Alves (2018) cita o fato de que na arena político-deliberativa os cidadãos podem vir a convergir entre si, mas imperaria o respeito mútuo em prol do consenso e da tomada de uma decisão que beneficiasse a maioria, que fosse em prol de um “bem-maior”<sup>88</sup>.

Menciona-se, ainda, a contribuição de Berelson<sup>89</sup> em sintetizar que os teóricos clássicos anteriores supunham que seria necessária uma cidadania homogênea no tocante as atitudes e posicionamento político para se chegar à democracia. Contudo, ao revés, o que se verifica na prática é a heterogeneidade. Pateman (1992) pontua que essa diversidade de comportamentos políticos é necessária para garantir o funcionamento da democracia, a partir da sobreposição de preferências e diálogo entre essas posições contraditórias. Nessa visão, a democracia funciona:

(...) devido ao modo pelo qual as qualificações e atitudes se distribuem entre o eleitorado; tal distribuição permite que as contradições se resolvam, ao mesmo tempo que se mantém a estabilidade do sistema. Desse modo, o sistema revela-se igualmente estável e flexível, por exemplo, porque as tradições políticas de grupos familiares e étnicos e a natureza duradoura das lealdades políticas contribuem para a estabilidade, ao passo que ‘os eleitores menos aptos a preencher os critérios individuais são os que mais contribuem quando medidos pelo critério coletivo de flexibilidade...tais eleitores podem ser os que menos tomam partido e os menos interessados, mas cumprem uma função valiosa para o conjunto do sistema’. (PATEMAN, 1992, p. 16).

Veja-se que, ao discorrer sobre a visão de democracia para Berelson, Pateman cuidou de transcrever o fiel posicionamento do cientista, e resume afirmando que, para

<sup>88</sup> Entende-se “bem” tal como a pretensão aristotélica de dizer que o objetivo da sociedade era alcançar a felicidade. Aristóteles estabelece um tipo de finalismo, segundo o qual as ações humanas constituiriam meios através dos quais se alcançariam objetivos. Para ele, o objetivo da sociedade é o Bem-maior, o Bem-Universal, ou seja, o Bem-comum, já que a felicidade, para ele, é uma só.

<sup>89</sup> Bernard Reuben Berelson (1912–1979) foi um cientista comportamental americano conhecido por seu trabalho na comunicação e mídia de massas. In: PATEMAN, Carole. Participação e teoria democrática. Tradução de Luiz Paulo Rouanet. – Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1992.

ele, a participação limitada tem uma função positiva no conjunto democrático posto que ameniza o choque entre as divergentes opiniões e das discordâncias dos ajustes feitos. A teoria de Berelson, na concepção de Pateman (1992), se apresenta como um conjugado de parte dos principais argumentos da Academia sobre a teoria democrática.

Isso porque, o modelo político vigente favorece a presença de altos níveis de participação e interesse de uma minoria, apenas, enquanto à maioria - “massa” – restariam apatia e desinteresse, de modo a depender politicamente das decisões de seus representantes. Para Berelson, portanto, o desinteresse da maioria seria crucial para garantir a manutenção da estabilidade do sistema, e que os conflitos de interesse existentes deveriam respeitar um limite saudável a ponto de não desestabilizar a democracia. Eis a tal “função valiosa” dos eleitores menos interessados, trata-se, em resumo, de garantir a existência da democracia em si.

Por outro lado, a teoria contemporânea da democracia, apresentada por Dahl (1956), consiste em um sistema que permite a todos os grupos ativos serem ouvidos em alguma etapa do processo de tomada de decisões que, segundo ele, já seria um grande passo. Em complementação, essa inclusão dos legitimados nas decisões políticas seria, também, "um sistema relativamente eficiente para reforçar o acordo, encorajar a moderação e manter a paz social" (DAHL, 1956, p. 149-151).

É diante desse panorama que se pode afirmar que a participação popular tem relevância no campo da concretização de um governo democrático. J. S. Mill e Jeremy Bentham, por exemplo, apesar de estarem inseridos no que se pode chamar de autores teóricos da democracia clássica, defendem veemente a participação de modo a atribuírem à mesma uma função mais abrangente. E é justamente graças a essa interpretação que Pateman os classifica como teóricos da democracia participativa.

No cenário brasileiro, todavia, a dificuldade do cidadão adentrar na esfera da vida pública e participar conjuntamente das decisões políticas se verificou, nos anos 90, com a institucionalização da democracia representativa<sup>90</sup>. Assim, estaria prejudicada a produção de políticas públicas em arenas de decisão conjunta entre

---

<sup>90</sup> É esse o ponto de vista apresentado por BORBA e SILVA (2006) *in* *Sociedade Civil ou Capital Social? Um balanço teórico*, p.71-87. *In*: BAQUERO, Marcello. CREMONESE, Dejalma. CAPITAL SOCIAL: TEORIA E PRÁTICA. ORGANIZADORES: MARCELLO BAQUERO E DEJALMA CREMONESE. Ijuí, maio de 2006.

sociedade civil e Estado, os “arranjos participativos”. A sociedade civil, em meio aos movimentos sociais que se propagavam nas décadas de 80 e 90, punha o Estado como figura diametralmente oposta a seus interesses, em vez de considerá-lo como aliado e até ator político (DOIMO, 1999).

Segundo Gohn, na década de 80 os movimentos sociais no Brasil sofreram uma drástica mudança de perspectiva, uma vez que, segundo ela, “passaram, no plano da atuação concreta e no plano das análises deles feitas, da fase do otimismo para a perplexidade e, depois, para a descrença”. Essa mudança explica-se, principalmente, dada as alterações nas políticas públicas e seus atores e dado ao “posterior destaque das chamadas práticas participativas em diferentes setores da vida social; o crescimento enorme do associativismo institucional, particularmente nas entidades e órgãos públicos, (...)”. (GOHN, 1997, p.285).

A redefinição dessa postura política só ocorreu no final da década de 80, quando o Partido dos Trabalhadores (PT) ascendeu no poder de várias prefeituras municipais e buscou mobilizar a população para atuar conjuntamente nas políticas públicas a nível local. É o caso, por exemplo, de Olívio Dutra em Porto Alegre, que em 1989 deu início ao que se conhece por “Orçamento Participativo<sup>91</sup>”. Outro exemplo da participação é a judicialização das políticas públicas, indicando que o poder judiciário exerce papel chave não só na interpretação das leis aprovadas, mas também na implementação de políticas públicas pleiteadas pelos cidadãos.

Borba e Silva (2006) seguem complementando que o desafio e falha da sociedade civil é o fato dela não ser capaz de centralizar o foco para as políticas públicas, que continuariam sob responsabilidade do aparato do Estado. Nessa toada, trazem como solução a teoria de Putnam, novamente com o conceito de “capital social”. Afirmam que este seria a solução para a lacuna que o conceito de sociedade civil deixa, posto que:

---

<sup>91</sup>Segundo o site oficial do Ministério da Economia Planejamento e Gestão, o Orçamento participativo é “um importante instrumento de complementação da democracia representativa, pois permite que o cidadão debata e defina os destinos de uma cidade. Nele, a população decide as prioridades de investimentos em obras e serviços a serem realizados a cada ano, com os recursos do orçamento da prefeitura. Além disso, ele estimula o exercício da cidadania, o compromisso da população com o bem público e a corresponsabilização entre governo e sociedade sobre a gestão da cidade”. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/servicos/faq/orcamento-da-uniao/elaboracao-e-execucao-do-orcamento/o-que-e-orcamento-participativo> Acesso em: 03.out.2020.

Seu mérito é que seu ponto de partida não é “societário” ou, dito de outra forma, não se localiza no mundo da vida, na sociedade civil ou na esfera pública e nem mesmo “estatal”, ou seja, localizado nos aparelhos decisórios do Estado. Pelo contrário, ele é essencialmente “relacional”, pois o pressuposto fundamental da teoria do capital social de Putnam é de que a densidade associativa aumenta a eficiência e eficácia das políticas públicas. Ou (já que estamos falando de uma perspectiva relacional), a eficiência das políticas públicas é condicionada pela densidade do tecido associativo, pelas relações de confiança e reciprocidade e pelo grau de cultura cívica (comunidade cívica, no dizer de Putnam). (BAQUERO. CREMONESE. 2006, p.82).

Assim, vê-se que o conceito de capital social surge como solução à insuficiência da sociedade civil. Veja-se que seu conceito não é apenas quantitativo, mas sim qualitativo, de modo a considerar a qualidade das associações, medindo a confiança nesses processos associativos. Ele se refere às redes comunicativas de determinado grupo, aos aspectos organizacionais de uma sociedade que permitem a cooperação desses indivíduos para fruírem de benefícios mútuos. Portanto, a literatura associa capital social à democracia haja vista que o primeiro envolve cooperação para atingir um bem comum (que seria a própria democracia).

Em relação a essas redes comunicativas, vale trazer o conceito habermasiano de ação comunicativa. Para Habermas, é o processo da livre interação comunicativa na busca por um consenso que promove boas escolhas. Contudo, frise-se que a equidade entre os sujeitos envolvidos nessa interação é fundamental, e é essa a ideia que norteia o direito e a democracia habermasiana. Nas palavras de Habermas (1997):

A razão comunicativa distingue-se da razão prática por não estar adstrita a nenhum ator singular nem a um macrossujeito sociopolítico. O que torna a razão comunicativa possível é o médium lingüístico, através do qual as interações se interligam e as formas de vida se estruturam. (...) Entre outras coisas, ele tem que tornar como ponto de partida que os participantes perseguem sem reservar seus fins ilocucionários, ligam seu consenso ao reconhecimento intersubjetivo de pretensões de validade criticáveis, revelando a disposição de aceitar obrigatoriedades relevantes para as consequências da interação e que resultam de um consenso. (HABERMAS, 1997, p.20).

É dizer, Habermas pretendeu desconstruir a razão prática Kantiana, voltada para a subjetividade do indivíduo, de modo a instaurar uma nova forma de pensar: o pensar comunicativo, ligado à comunhão de interesses e convicções entre sujeitos em condição de igualdade. Note que o autor não rompe totalmente com o racionalismo, no

entanto, rompe com a metafísica kantiana e a dialética de Hegel, ao passo que assume uma racionalidade intersubjetiva. Desse modo, a razão não mais é vista como condição intrínseca, mas sim como ferramenta comunicativa utilizada por sujeitos em condição de equidade. E Habermas prossegue:

Nesse contexto modificado, o próprio conceito tradicional de razão prática adquire um novo valor heurístico. Não funciona mais como orientação direta para uma teoria normativa do direito e da moral. Mesmo assim, ele se transforma num fio condutor para a reconstrução do emaranhado de discursos formadores da opinião e preparadores da decisão, na qual está embutido o poder democrático exercitado conforme o direito. (HABERMAS, 1997, p.20).

Dado o acima exposto, resta evidente a pretensão habermasiana de promover a dinamicidade das estruturas normativo-rationais para conjugar os planos da validade e facticidade do direito, garantindo a democracia a partir da ação comunicativa. A perspectiva, portanto, é dinâmico-linguística, onde a comunicação reproduz a cultura e promove a socialização. Como resultado, a proposta habermasiana possui uma roupagem mais democratizadora que outras teorias da racionalidade, visto que desloca o ponto nodal da normatividade jurídica à materialidade das ações comunicativas.

É dentro desta discussão axiológica que a democracia participativa ganha seus contornos, consistindo, pois, em um espaço de interação entre os sujeitos (que saem de um papel observador para dar concretude ao processo legislativo, que constroem propriamente o Estado de Direito). Segundo Habermas (1997), deve-se supor que os participantes do processo legislativo saem do papel de sujeitos privados do direito para virarem cidadãos, membros de uma comunidade jurídica livremente associada.<sup>92</sup>

Ele discorre sobre a democracia a partir da conjugação dos princípios normativos da regulamentação da convivência a partir da ação comunicativa. Contudo, destaca que esse contexto deve permitir a existência de um processo de legislação no qual os cidadãos participam como sujeitos de direito e sujeitos construtores do direito, participando da criação de novas regras e instituições no plano político-estrutural da sociedade em que estão inseridos. Para o filósofo e sociólogo, “os direitos de comunicação e participação política são constitutivos para um processo de legislação eficiente do ponto de vista da legitimação (...)”. (HABERMAS, 1997, p.53). Em suma:

---

<sup>92</sup>Idem. P. 53.

A cidadania deliberativa habermasiana, portanto, constitui-se em uma nova forma de articulação que questiona a prerrogativa unilateral de ação política do poder administrativo – do Estado – e/ou do dinheiro – o mercado. A perspectiva é que a cidadania deliberativa contribua, por intermédio da esfera pública, para que se escape das “barreiras de classe”, para que se liberte das “cadeias milenárias” da estratificação e exploração social e para que se desenvolva plenamente “o potencial de um pluralismo cultural” atuante “conforme a sua própria lógica”, potencial que, “sem dúvida alguma, é tão rico em conflitos e gerador de significado e sentido” (Habermas, 1998, p. 385). Desse modo, o procedimento da prática da cidadania deliberativa na esfera pública é a participação. (TENÓRIO, 2005, p. 113).

Nesse sentido, esses direitos não podem ser vistos como privados ou isolados, mas sim analisados sob o enfoque da participação, mediante a prática intersubjetiva da racionalidade comunicativa. É por isso que a teoria da ação comunicativa habermasiana pode ser considerada como força socialmente integradora da manifestação consciente da vontade dos cidadãos livres e em condição de equidade. É essa a real democracia participativa.

Aristóteles, quando em retórica para desenvolver a obra *A Política*, já havia traçado um conceito de democracia ao dizer ser preferível que todos atuem de certa maneira na sociedade. Nesse sentido, colaciona-se a seguinte passagem:

Ora, é evidentemente preferível que, na comunidade política, governem sempre os mesmos, se isso for possível; mas nos casos em que não for possível, por todos serem naturalmente iguais, é justo também que todos participem no governo, quer este seja bom ou corrupto. (...) É assim que, alternadamente, uns governam e outros são governados, como se uns se tornassem nos outros. Do mesmo modo, entre os governantes, uns ocupam uma função, e outros, outras. (ARISTÓTELES. 1998: P.52).

Pelo que se pretendeu dizer, Aristóteles acreditava ser a participação dos cidadãos uma forma crucial de alternar a integração dentro de uma sociedade. Se, para ele, o homem é um animal político, então ser cidadão é participar ativamente da elaboração e execução das leis, estejam elas a encargo do rei (monarquia), de uma minoria (oligarquia) ou da coletividade de cidadãos livres (democracia).

Nesse raciocínio, se ser cidadão é ter a aptidão de participar da elaboração de leis, então nem todos teriam, para aristóteles, esse status. Os idosos, crianças, e

quaisquer outras pessoas que não pudessem participar ativamente da sociedade não eram considerados cidadãos<sup>93</sup>.

Logicamente, com a transformação da relação entre Estado e indivíduo, o conceito de cidadania também evoluiu, e essas concepções clássicas foram dando espaço à termos da modernidade. Por assim o ser, sobretudo após a criação do termo “Dignidade da Pessoa Humana” e da Declaração Universal dos direitos Humanos, aprovada pela ONU em 1948, o termo “cidadão” passou a contemplar todo indivíduo nascido em um Estado de Direito, ao qual são conferidos direitos e garantias, alguns, inclusive, desde antes do nascimento<sup>94</sup>.

Segundo Dallari (1998), a cidadania expressa um conjunto de direitos que permitem a alguém a possibilidade de participar ativamente da vida política. Logo, ser cidadão na atualidade é ser detentor de garantias, sujeito de direitos. Nesse diapasão, pode-se afirmar que o cidadão possui legitimidade para requerer a elaboração de políticas públicas, e até mesmo de participar de seu processo de atuação. Isso porque, o cidadão não é mais encarado como uma parte passiva do Estado, mas sim um integrante com voz ativa, detentor de direitos e também deveres fundamentais.

Sob a mesma ótica da interpretação da cidadania, Kolling e Massaú (2011): “Höffe refere sobre o povo, no sentido de que o povo não se resume à simples constituição do eleitorado, é mais que isso, é um ator da política, visto que o autêntico soberano na democracia é o próprio cidadão!” (KOLLING e MASSAÚ 2011, p.19).

Consequentemente à imagem traçada acima, é manifesto dever do cidadão exigir a execução de certa prestação estatal e, nesse ponto, chegou-se à evolução promovida pela democracia participativa: o cidadão não só pode exigir, mas também cabe a ele elaborar, executar e contribuir para que essas políticas públicas sejam criadas.

### **2.3 O caminhar: da gênese do direito à participação para a efetiva modificação da pauta política**

---

<sup>93</sup> Nessa mesma linha está Jean Jacques Rousseau, em sua obra “O Contrato Social”.

<sup>94</sup> Graças ao postulado da Dignidade Humana, tanto o embrião quanto o natimorto possuem não só direitos, mas também tutela jurídica. É o que prescreve o Enunciado n. 1 da I Jornada de Direito Civil: Enunciado 1: a proteção que o Código defere ao nascituro alcança o natimorto no que concerne aos direitos da personalidade, tais como nome, imagem e sepultura.

As investidas para corrigir os atos da ditadura militar no Brasil ocuparam grande destaque no novo governo que se instaurou. Prova disso é o fato de que a Constituição da República Federativa do Brasil, datada de 1988, traz em seu texto inicial alusões ao que seria um governo pensado pelo povo e para o povo. Tanto o é que, logo no preâmbulo da Magna Carta, consta a seguinte passagem: “Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte (...) promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição<sup>95</sup>”. Faz-se evidente, pela passagem, que a pretensão do legislador constituinte originário era devolver o poder decisório ao povo, que teve seus direitos caçados, suas garantias oprimidas e liberdade perseguida durante mais de duas décadas.

A nova carta política, dessa forma, buscou instituir uma forma de governo que contasse com a participação popular, seja na tentativa de corrigir injustiças passadas, seja visando constituir uma sociedade melhor e mais eficiente para todos. Nesse diapasão, não se pode deixar de notar a positivação da democracia participativa na nova constituição. Isto é, o novo documento político pátrio revela o cuidado de incluir a participação popular como um dos pilares da República, conforme se depreende da leitura do parágrafo único, do artigo 1º, onde consta que “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.”<sup>96</sup>.

A partir da passagem acima transcrita, pode-se chegar à máxima de que o cidadão brasileiro não é mais apenas um personagem passivo no cenário democrático, ou seja, ele é capaz de ocupar funções antes consideradas como monopólio do Estado. Essa nova abordagem se justifica, vale o destaque, pelo cuidado do legislador constitucional ordinário em inserir o termo “ou diretamente” ao tratar do exercício de

---

<sup>95</sup> CRFB. **PREÂMBULO.** 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.

<sup>96</sup>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; IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; (Vide Lei nº 13.874, de 2019); V - o pluralismo político. Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.

poder pelo povo. Assim, muitos autores interpretam o parágrafo único do artigo 1º como uma alusão à democracia participativa, ao passo que o povo teria a capacidade de fato de tomar a frente de concretizar as garantias fundamentais que lhe cabe gozar. É nesse sentido que Avritzer (2002)<sup>97</sup> pontua:

A democratização brasileira não se limitou apenas ao processo de continuidade política. No interior da Assembleia Nacional Constituinte propostas de fortalecimento do poder de influência dos atores sociais foram apresentadas através das chamadas «iniciativas populares», levando, com a sua aprovação a um aumento da influência dos atores sociais em diversas instituições. O artigo 14 da Constituição de 1988 garantiu a iniciativa popular como iniciadora de processos legislativos. O artigo 29 sobre a organização das cidades requereu a participação dos representantes de associações populares no processo de organização das cidades. Outros artigos requereram a participação das associações civis na implementação das políticas de saúde e assistência social. Sendo assim, a Constituição foi capaz de incorporar novos elementos culturais surgidos ao nível da sociedade na institucionalidade emergente. (AVRITZER, 2002, p. 571).

Com esse destaque, um ponto crucial merece ser levantado. A discussão promovida por Avritzer revela que o próprio processo de democratização brasileiro contou com o auxílio da iniciativa popular. Isso significa, de maneira bem simplória, que a república democrática promulgada com a Constituição de 1988 só foi possível graças aos esforços populares para a sua realização. Para enriquecer o conceito de cidadania, vale citar Putnam (2006):

Numa comunidade cívica, a cidadania se caracteriza primeiramente pela participação nos negócios públicos (...) o significado básico da virtude cívica parece residir em “um reconhecimento e uma busca perseverante do bem público à custa de todo interesse puramente individual e particular” (PUTNAM, 2006, p. 101).

Essa passagem expressa que cidadania é, sobretudo, um exercício comissivo. Ou seja, pressupõe uma ação positiva, um “fazer” em prol do bem coletivo, que faz o indivíduo deixar de lado suas peculiaridades de classe e imergir no tal “véu da ignorância”<sup>98</sup> rawlsiano. Nessa ótica, cidadania seria, então, a capacidade de fato de

<sup>97</sup> AVRITZER, Leonardo. Modelos de deliberação democrática: uma análise do orçamento participativo no Brasil. In B. de Sousa Santos, Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa (2 ed., pp. 561-597). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2002.

<sup>98</sup> Rawls foi um intelectual que defendia a supremacia das liberdades individuais em relação a igualdade material. É o liberalismo igualitário, segundo o qual os interesses individuais manifestados refletiriam em direitos assegurados, posto que cada pessoa deve ter a liberdade de eleger suas escolhas de vida e, por isso, o estado não pode ser paternalista. Contudo, na constatação de desequilíbrios sociais, quando uma pessoa não possui as mesmas condições de acesso que outras, o estado deve intervir para garanti-los. Existem duas máximas na teoria da justiça rawlsiana: “1. Cada pessoa deve ter um direito

poder deliberar junto ao gestor público e até exigir do mesmo o cumprimento de determinada lei ou política, é reivindicar em nome do coletivo, da *res* pública.

No Brasil, o exercício do poder de decisão política pelo povo jamais foi silenciado pela Ditadura Militar, mas teve seu fortalecimento durante o governo Geisel (1974-1979), quando em resposta à transição “lenta, gradual e segura” os diferentes grupos de esquerda se uniram<sup>99</sup> para promover a democracia liberal. A tentativa do governo militar era, na verdade, travestir a ditadura de democracia, visando uma “ditadura reformada”.

---

igual ao mais abrangente sistema total de liberdades básicas iguais que seja compatível com um sistema semelhante de liberdade para todos”; e 2. “As desigualdades econômicas e sociais devem ser ordenadas de tal modo que, ao mesmo tempo: (a) tragam o maior benefício possível para os menos favorecidos, obedecendo às restrições do princípio da poupança justa, e (b) sejam vinculadas a cargos e posições abertos a todos em condições de igualdade equitativa de oportunidades”. (SARMENTO, 2012, p.182). Para Rawls, as duas premissas são importantes, mas a primeira se sobreporia à segunda. Sendo a primeira intrinsecamente egoísta, pautada no exercício individualíssimo da liberdade, pode ser que promova a desigualdade entre os homens, já que a propriedade dos meios de produção não é aqui assegurada. Assim, justifica-se a 2ª assertiva principiológica da teoria rawlsiana, sendo necessária a intervenção do Estado para promover medidas redistributivas. Sabe-se que não há espaços, no sistema constitucional brasileiro, para absolutismos principiológicos, havendo, na verdade, um equilíbrio entre eles. Assim, faz-se necessária a menção da rota de rodapé constante do livro de Daniel Sarmento, que cuidou de explicar a teoria da justiça rawlsiana de forma suficiente e muito superior ao que se tentaria aqui: “para o filósofo norte-americano, os princípios que devem reger a estrutura básica de uma sociedade justa correspondem àqueles que seriam acordados por indivíduos numa situação hipotética, em que todos estivessem recobertos por um “véu da ignorância”, desconhecendo a sua posição no mundo, seus talentos e preferências. Pessoas racionais e razoáveis, nesta situação, escolheriam os seguintes princípios: (1º Princípio): cada pessoa deve ter direito à maior extensão de liberdades básicas, que seja compatível com a atribuição das mesmas liberdades a todas as demais pessoas; (2º Princípio): as desigualdades sociais e econômicas devem ser estruturadas de forma que: (a) os cargos e oportunidades sejam acessíveis a todos, em condições de justa igualdade de oportunidades; e (b) as desigualdades distributivas sejam apenas aquelas que resultarem em maior benefício para aqueles situados em pior situação social. Cf. RAWLS, John. A Theory of Justice, p. 302-303.” (SARMENTO, 2012, p.470).

<sup>99</sup> Na visão de José Ortega Y Gasset, a união de pequenos grupos em uma multidão é estratégica e reflete o resultado de um objetivo em comum, de um modo de ser ou de pensar dos indivíduos que a integram. O autor, continuando, estipula a diferença entre pequenos grupos e minorias, de modo a compreender que para se formar uma minoria qualquer, deve-se ter nela indivíduos que se separem da multidão por motivos especiais e relativamente individuais (ORTEGA Y GASSET, 2010, p. 82/83). E a coincidência desse indivíduo com os outros que formam a minoria é secundária, pois, segundo o autor, é em boa parte uma coincidência em não coincidir. É um caráter singularizador que separa os conceitos de pequenos grupos e minorias. Minorias são específicas, são grupos de indivíduos extremamente qualificados. É essa a abordagem que nos permite tecer a seguinte diferenciação: minorias são qualitativas, enquanto que massas são quantitativas. Uma massa é o conjunto de pessoas não especialmente qualificadas. A multidão, pensada em um aspecto sociológico, pode ser traduzida como “massa”. Dentro desse raciocínio, a sociedade seria sempre uma unidade dinâmica e estaria dividida entre dois fatores: minorias e massa. Todavia, salienta o autor que a formação normal de uma multidão implica na coincidência efetiva de desejos entre seus membros, enquanto que no tocante às minorias, a coincidência seria (como já visto) em não coincidir. Massa seria todo aquele que não valora a si mesmo, em rigor, a massa pode se definir como eixo psicológico, não havendo a necessidade de aglomerar seus componentes. Ou seja, a massa pode ser apenas uma pessoa, apenas um indivíduo, desde que possua as características próprias da massa.

A luta de resistência pelas liberdades democráticas pressionou o governo para a abertura política ao rechaçar medidas como a Lei de Segurança Nacional (LSN), as prisões arbitrárias, a tortura e a censura; ao lutar pela liberdade de organização, expressão e manifestação política, pelo restabelecimento do *habeas corpus* e, em última instância, pelo Estado de direito. Nesta etapa, os livros de história<sup>100</sup> nos mostram que a Imprensa Alternativa foi um importante aliado ao fim da ditadura ao divulgar bandeiras políticas censuradas nos meios de comunicação oficiais.

O protagonismo da sociedade civil na reconstrução da democracia é evidente quando se analisa a história brasileira. A reserva desse lugar de atuação popular no artigo 1º da carta política só reitera a importância da sociedade civil na confecção do texto. E, de igual modo, a constituição criou os conselhos e conferências de políticas públicas na tentativa de aproximar, ao longo dos anos, a atuação da sociedade civil e a elaboração/gestão de políticas sociais. No entanto, a construção desse espaço não tem sido tarefa fácil. A disputa de interesses que separa as chamadas “minorias” se apresenta como fator impeditivo à formação de uma unidade democrática.

Sem uma voz uníssona e consistente, a frente popular perde poder de fala e dá cada vez mais espaço para os representantes políticos eleitos. A pluralidade de vozes, quando exacerbada e não organizada, portanto, pode propiciar o fortalecimento da democracia representativa em detrimento à participativa. Essa é uma das críticas feitas para a aplicação da democracia direta em países populosos, tal como é o caso brasileiro. A esse respeito, ainda cabe mencionar Avritzer<sup>101</sup>:

De acordo com autores como Schumpeter (1942), Downs (1957) e Elster e Slagstad (1988) entre outros, o problema com as formas de ampliação da participação é que elas operam em ambientes individualistas nos quais é muito difícil alcançar uma visão do bem comum. Como alternativa para esse problema, a concepção hegemônica da democracia propõe a descentralização das formas de representação de interesses no interior de uma oferta política competitiva que deixa nas mãos do eleitorado a escolha dos interesses dominantes em uma determinada proposta política.

---

<sup>100</sup> Mais em: Ditadura militar e democracia no Brasil: história, imagem e testemunho / organização Maria Paula Araujo, Izabel Pimentel da Silva, Desirree dos Reis Santos. - 1. Ed. - Rio de Janeiro: Ponteio, 2013. <https://www.politize.com.br/ditadura-militar-no-brasil/>

<sup>101</sup> AVRITZER, Leonardo. Modelos de deliberação democrática: uma análise do orçamento participativo no Brasil. In B. de Sousa Santos, Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa (2 ed., pp. 561-597). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Ortega Y Gasset (2010) acredita que o problema é que a decisão tomada pelas massas de assumir as atividades das minorias não se manifesta, nem pode se manifestar, apenas na ordem dos prazeres. Para ele, as inovações políticas dos anos mais recentes não significam nada além do império político das massas, uma vez que a velha democracia vivia “temperada por uma abundante dose de liberalismo e entusiasmo pela lei<sup>102</sup>”. Acredita em um insulamento da elite pensante, ou seja, responsável por representar determinados valores sociais, em sobreposição à participação popular. Na sua visão, a participação política ampliada não gera benefícios à sociedade, uma vez que retira o critério de especialização necessário para atuar na política, promovendo apenas mais cobranças e menos resultados.

Por outro lado, defende que hoje vigora o triunfo da ‘hiperdemocracia’, onde as massas atuam diretamente sem leis, por meio de pressões materiais e impondo seus gostos e aspirações ao governo. Se antes a massa acreditava que uma minoria política detinha conhecimento suficiente para reger a sociedade, hoje, a situação se inverte: o autor aponta que a massa crê que tem direito de impor e dar vigor de lei às suas aspirações particulares. Nesse sentido, finaliza a argumentação dizendo: “Duvido que tenha havido outras épocas da História nas quais a multidão tenha governado tão diretamente quanto em nosso tempo. É por isso que falo em hiperdemocracia.”<sup>103</sup>

Avritzer cita a teoria de Ortega Y Gasset dizendo que ela desconstrói a associação entre a democracia e a participação política e para isso justifica explicando o motivo: “a participação política ampliada não leva à ampliação dos atores e das questões envolvidas na esfera política, mas sim, à pressão irracional das massas sobre o sistema político.” (AVRITZER, 2002, p. 563). Por outro lado, não parece absurdo associar o governo das massas com a silhueta da democracia participativa. Ora, se antes as massas deixavam as decisões a cargo do corpo político, agora possuem embasamento legal para agir no sentido oposto: ou seja, podem tomar para si a legitimidade de escolher o que deve ou não ser feito, o que deve ou não entrar na pauta. A realidade, logicamente, deve ser avaliada caso a caso, mas o estado democrático brasileiro permite interferências cidadãos e, inclusive, prevê situações que

---

<sup>102</sup> ORTEGA Y GASSET, 2010, p. 86.

<sup>103</sup> A frase original, sem tradução: “Yo dudo que haya habido otras épocas de La historia en que muchedumbre llegase a gobernar tan directamente como en nuestro tiempo. Por eso hablo de hiperdemocracia.”. ORTEGA Y GASSET, 2010, p. 86

exijam a oitiva da população (como no plebiscito ou em uma audiência pública, por exemplo).

Voltando ao panorama brasileiro pós-ditadura militar, as iniciativas populares conseguiram aprovar, em decorrência da nova Constituição, avanços democráticos tais como a lei federal que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Esses são exemplos do que GOHN (1997)<sup>104</sup> chama de “controle social”, isto é, medidas de intervenção sejam elas positivas ou negativas, a fim de restabelecer padrões políticos, sociais e/ou normativos. Na visão de Ortega Y Gasset, essas leis resumir-se-iam às vontades da massa que foram, por seu livre esforço, positivadas no ordenamento jurídico. É dizer, os avanços legislativos acima, (desde o ECA até o Código de Defesa do Consumidor ou a LOAS, por exemplo) evidenciam a atuação das massas no contexto brasileiro de democratização.

Na cartilha “Controle Social” (CGU, 2008, pág. 16)<sup>105</sup>, do Programa Olho vivo no dinheiro público da Controladoria-Geral da União (CGU), encontra-se a seguinte definição:

Controle Social pode ser entendido como a participação do cidadão na gestão pública, na fiscalização, no monitoramento e no controle das ações da Administração Pública. Trata-se de importante mecanismo de prevenção da corrupção e de fortalecimento da cidadania”. (CGU, 2008, pág. 16).

Em uma abordagem mais técnica, a cartilha da CGU apresenta, nos moldes supra, que o controle social também pode ser encarado como o ‘*accountability*’, apesar dessa expressão encontrar grande dificuldade em ser traduzida para o português<sup>106</sup>. Nessa toada, o controle social seria nada além do que a atuação efetiva do cidadão no tocante à cobrança feita para que os governantes eleitos cumpram com seus votos políticos e para que as ações governamentais estejam no alcance da legalidade.

---

<sup>104</sup> GOHN, Maria da Glória. *Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: Loyola, 1997.

<sup>105</sup>CGU, Controladoria-Geral da União. Secretaria de Prevenção da Corrupção e Informações Estratégicas. Controle Social, orientações aos cidadãos. Brasília-DF, 2008.

<sup>106</sup> CAMPOS, Anna Maria. *Accountability: Quando poderemos traduzi-la para o português*. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, fev/abr.1990.

A Constituição de 1988, também chamada de constituição cidadã<sup>107</sup>, marcou a transição do modelo corporativista ditatorial brasileiro para outro, ao revés, universalista e redistributivo, com a constitucionalização de direitos sociais. Ademais, foi essa mesma constituição que restabeleceu as eleições diretas e livres, que deu maior autonomia aos municípios e que promoveu direitos aos trabalhadores. No campo organizacional, essa autonomia municipal foi resultado da descentralização administrativa, o que fez com que a população se aproximasse da máquina estatal e do centro das decisões políticas.

É com o fortalecimento dos municípios que, a partir de 1988, o Brasil se torna o único caso de federação triade, onde os municípios também se enquadram no conceito de “ente federativo”. Essa nova classificação reforça, frise-se, a soberania popular e a democracia participativa nos moldes do parágrafo único do artigo 1º. Isso se deve ao fato de que os municípios são a esfera mais próxima do povo, onde poderão exercer de forma mais livre sua voz ativa. Os municípios seriam, então, um “mini-cosmos” dos outros entes federativos, onde a interação do indivíduo nas questões de Estado implicaria em assumir sua relevância em escalas a nível estadual ou federal.

Em resumo, a atuação cidadã em uma escala menor (tal como é a municipal em comparação aos demais entes federativos) revelar-se-ia como um observatório de análise comportamental do modelo democrático brasileiro. Assim, verificando-se que a cidadania ativa não foi capaz de angariar ‘fiéis’ a nível local, possivelmente em uma escala maior o resultado seria o mesmo, ou até pior, dada a longitude entre os atores e a máquina, ou seja: entre os cidadãos e a esfera de decisões políticas.

Daí a importância de se verificar a atuação da sociedade civil no processo de lapidação democrática.

A Lei nº 8.142/90<sup>108</sup> é um desses marcos que permitiu a atuação cidadã, ao passo que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Além disso (e

---

<sup>107</sup> Essa alusão é fruto das iniciativas populares para a instauração da Nacional Constituinte, sem a qual não seria redigida a nova Constituição da República Federativa Brasileira, ou “CRFB”. A CRFB foi pensada pelo povo e para o povo. Por isso, a alcunha de constituição cidadã.

<sup>108</sup> A íntegra da legislação está no site do Conselho Nacional de Saúde, onde sua relevância é reafirmada. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm). Acesso em 07.Mai.2020.

ainda a título de exemplo), em 2012 foi publicada a Resolução nº 453/12<sup>109</sup>, do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde. Através dessa resolução foram aprovadas novas diretrizes instituindo, reformulando e reestruturando o funcionamento dos Conselhos de Saúde de modo a legitimar sua atuação e fortalecer a atuação da sociedade nos assuntos públicos referentes à saúde pública. Trata-se de norma garantidora do controle social nas políticas públicas de saúde. Parafraseando Kolling e Massaú (2011):

Falar-se em saúde é extremamente complexo, especialmente quando se trata da concretização desse direito. É notório que o saber isolado do direito não dá conta da concretização da saúde, nessa ótica, é oportuno lembrar Foucault quando ele afirma que devemos (des) construir um conjunto de relações de poder-saber difusos, que operam como dispositivos de construção de subjetividades. Desse modo tornar-se-á possível movimentar ações com o intuito de colaborar com essa árdua atividade: concretizar o direito à saúde. É dentro dessa perspectiva que se deve pensar essas ações como sendo exercício de cidadania na república, ou seja, o controle social na tomada de decisão. (KOLLING e MASSAÚ, 2011, p.18).

O direito à saúde só encontra sua eficácia quando pensado pela união de possíveis usuários – os cidadãos - desse serviço público e aqueles que detêm a capacidade (leia-se: o poder) de representar os primeiros. Isso, em outras palavras, quer dizer “abrir para a deliberação”, é a democracia participativa positivada, mais uma vez, no ordenamento jurídico brasileiro. Essa medida do Poder Executivo traz a reafirmação de que é importante para o funcionamento da democracia a participação cidadão, através da deliberação<sup>110</sup> proporcionada pelos Conselhos Municipais de Saúde, verdadeiros espaços de diálogo e confecção de propostas eficazes, pensadas por profissionais da área e grupos de interesse. Aos Conselheiros, cumpre a fiscalização, avaliação, acompanhamento, deliberação e propositura de políticas públicas em saúde, entre outras atividades.

Neste intervalo de páginas, a intenção foi confeccionar um raciocínio que permitisse ao leitor assimilar a reforma psiquiátrica como política pública derivada do

---

<sup>109</sup> O texto completo da Resolução está disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453\\_10\\_05\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html) . Acesso em 06.Mai.2020.

<sup>110</sup> Conforme dispõe a quinta diretriz da resolução: “aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como em indicações advindas das Conferências de Saúde, compete: IX - **deliberar** sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde;” (Idem).

exercício da democracia participativa. Para tanto, discorreu-se como o exercício da cidadania ativa poderia atuar combatendo engessamentos burocráticos em nosso atual sistema. Nessa linha, contemplou-se que a participação popular nas decisões políticas poderia diluir as decisões (de modo a combater concentrações de poder decisório) e auxiliar nas análises *ex-ante* e *ex-post* de determinada política pública, tal como o *accountability* Weberiano (LOUREIRO, ABRUCIO, 2018, p.33). Seguindo esse pensamento, também, estão os economistas do *PublicChoice*, ao passo que defendem que os burocratas são “auto interessados” (EVANS, 1993).

É válido relembrar o conceito habermasiano de ação comunicativa trazido nessas páginas, uma vez que, para ele, seria esse o segredo das boas escolhas em sociedade. No caso do Brasil, a 8ª Conferencia Nacional de Saúde foi essa matriz participativa capaz de promover grandes mudanças sociais, a partir da tomada de decisões político-administrativas com a oitiva dos usuários e prestadores de serviços públicos. Logo após, a promulgação da Carta Constituinte de 1988 registrou a transição de um período ditatorial para um republicano, universalista. Em caráter terminativo desta seção, cumpre reiterar que essa forma de governo escolhida pelo legislador brasileiro revela sua natureza: a “república” é o governo do povo, enquanto que a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 é seu maquinário normativo de legitimação. Logo, é acertado reafirmar a importância da participação para o funcionamento da democracia e provimento de direitos fundamentais, princípios sensíveis à República brasileira dos dias atuais.

## **CAPÍTULO 3 –“A SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO”: A REFORMA SANITÁRIA E A NOVA POLÍTICA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

### **3.1 Introdução**

O presente capítulo abarca as duas significativas reformas em saúde no final do século XX, no Brasil, bem como aponta e explica o surgimento dos CAPS. Nas próximas páginas, serão trazidos os eventos que propiciaram o início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e do processo de Reforma Sanitária, sendo estes contemporâneos e bastante similares. Porém, a complexidade do movimento

reformista em saúde mental supera a do movimento sanitário, dada as suas influências internacionais e ao pioneirismo da diversidade (pelo fato de abarcar as três instâncias do governo, as universidades, os profissionais de saúde, os pacientes com transtornos mentais e seus familiares, bem como os movimentos sociais, por meio da participação da sociedade civil organizada nos “territórios do imaginário social e da opinião pública”<sup>111</sup>). Ademais, é de suma importância mencionar que da reforma psiquiátrica sobrevieram os CAPS, que é estrutura basilar do sistema público de saúde mental contemporâneo, e um dos objetos do presente estudo.

Assim, serão destrinchados os eventos que propiciaram a mobilização na área da saúde, consolidando-a como Direito Social universal, único e gratuito, por meio do SUS. Ato contínuo, será explicado o que vem a ser esse Sistema Único de Saúde, como ele surgiu e quais são seus fundamentos e objetivos. Por último, e não menos relevante, serão expostos os eventos que antecederam a Reforma Psiquiátrica, e que foram dela elaboradores. O estudo dos Centros de Atenção Psicossocial será crucial para demonstrar como opera a política pública de saúde mental, com pressuposto de garantir um novo e digno tratamento aos usuários desse serviço. Essa análise final ilustrativa, então, passa a ser o ponto focal de todo o trabalho.

### **3.2 O movimento dos Sanitaristas e a criação de um Sistema Único de Saúde**

Foi no período mais repressivo da história do país (anos 60 e 70) que se extraiu o entendimento de medicina social e humanitária tal como esta se apresenta atualmente. Diante da inquietação daquele momento, emergiram críticas ao caráter privatista da política de saúde o que, por sua vez, fez nascer o movimento dos sanitaristas. À frente dele, estava Sergio Arouca. O médico foi um dos principais teóricos e líderes do movimento, tendo reivindicado, durante a ditadura militar, o livre acesso à informação e aos estudos científicos publicados à época. Anos mais tarde, já na redemocratização, a consagração da reforma sanitária se firmou, sendo esta

---

<sup>111</sup>In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005: p.6.

abarcada pela Constituição Federal de 1988, quando a saúde se tornou um direito inalienável de todos<sup>112</sup> os cidadãos.

Teixeira (2016) aborda a Reforma Sanitária Brasileira<sup>113</sup> como:

um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como referente fundamental, o processo de RSB pode ser descrito e analisado a partir de um ciclo integrado pelos momentos que contemplam desde a elaboração da ideia, à conformação da proposta e sistematização de um projeto político incorporado parcialmente à agenda do Estado e traduzido em políticas e ações de saúde nos últimos 25 anos. (PAIM, 2008a; PAIM, 2013a; PAIM et al., 2011; TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

Em outras palavras, trata-se de um movimento rico em detalhes que buscou uniformizar e melhorar o serviço público em saúde. As tentativas de se explicar o movimento sanitário dentro da Academia não são poucas, dada a relevância que esse evento teve para a comunidade médica e para a sociedade brasileira, que encontrava na iniciativa uma solução para dar voz àquelas solicitações e necessidades que antes não alcançavam a esfera pública. Paim e Hochman estão em lados opostos quanto à percepção da duração da Reforma Sanitária. Como bem aduz Teixeira (2016): “não há consenso entre os estudiosos sobre a própria vitalidade da RSB” (TEIXEIRA, 2016, p.43), enquanto Hochman dá crédito aos reformistas pela conquista do SUS, sinalizando o fim e o êxito desse movimento, Paim, ao revés, acredita em uma continuidade do movimento, uma vez que a saúde se recicla (leia-se: atualiza) constantemente ainda nos dias atuais.

Mesmo sem um consenso definido, o que ambos os lados podem afirmar é que a trajetória de Sergio Arouca e a da reforma convergem em alguns pontos, uma vez que o sanitário esteve inserido dentro da conjuntura revolucionária até mesmo como presidente da FioCruz, nos anos de 1985 a 1989. É por essa carreira de destaque que ora merece estar em relevo uma de suas entrevistas, concedida à revista Radis e disponível no portal da Escola Nacional de Saúde Pública – Ensp<sup>114</sup>, da Fundação Oswaldo Cruz:

---

<sup>112</sup> “A saúde é direito de todos e dever do Estado”. Veja-se o disposto no artigo 196, da CRFB: “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”. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm). Acesso em: 14.Out.2020.

<sup>113</sup> Autora utiliza a abreviação “RBS” para se referir à Reforma Sanitária Brasileira.

<sup>114</sup> Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/33499> Acesso em: 14.10.2020

**Revista Radis: A saúde pública mudou nesses últimos anos, quando muitas questões sociais e estruturais foram adicionadas ao seu contexto. Em relação a essas mudanças, e mais de uma década depois da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), tem sentido ainda falar em Reforma Sanitária?**

**Sergio Arouca:** A pergunta tem a ver com a origem do movimento da Reforma Sanitária, com a passagem do pensamento crítico para uma proposta de ação. O movimento da Reforma Sanitária nasceu dentro da perspectiva da luta contra a ditadura, da frente democrática, de realizar trabalhos onde existiam espaços institucionais. Na área da saúde, existia a ideia clara de que não poderíamos fazer disso uma esquizofrenia, ser médico e lutar contra a ditadura. Era preciso integrar essas duas dimensões. O espaço para essa integração era o da Medicina Preventiva, movimento recém-criado no Brasil, que começou na Escola Paulista de Medicina, em Ribeirão Preto, e na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). A ideia era que o Sistema de Saúde não precisava mudar em nada, que se poderia deixar as clínicas privadas e planos de saúde como estavam e bastava mudar a mentalidade do médico. O movimento da Reforma Sanitária cria outra alternativa, que se abria para uma análise de esquerda marxista da saúde, na qual se rediscute o conceito saúde/doença e o processo de trabalho, em vez de se tratar apenas da relação médico/paciente. Discute-se a determinação social da doença e se introduz a noção de estrutura de sistema. Começamos a fazer projetos de saúde comunitária, como clínica de família e pesquisas comunitárias, e fizemos treinamento do pessoal que fazia política em todo o Brasil. No PCB, havia uma dinâmica para o debate sobre saúde. Quando a ditadura chegou ao seu esgotamento, o movimento já tinha propostas. Não só criou quadros de profissionais, mas também meios de comunicação, espaço acadêmico consolidado, movimento sindical estruturado e muitas práticas. Assim, esse movimento conseguiu se articular em um documento chamado *Saúde e Democracia*, que foi um grande marco, e enviá-lo para aprovação do Legislativo. Nós queríamos conquistar a democracia para então começar a mudar o sistema de saúde, porque tínhamos muito claro que ditadura e saúde são incompatíveis. Nosso primeiro movimento era, portanto, no sentido de derrubar a ditadura, e não de melhorar a saúde. Tudo isso aconteceu antes da Constituinte. (AROUCA, 2002).

{Grifos não constam do original}.

Ou seja, ele, em poucas palavras, explicou o desenvolvimento da reforma defendendo que a mesma não se resumiu à criação do SUS, mas de início visava romper a ditadura militar que governava o país naqueles anos. “Ditadura e saúde são incompatíveis”. A reforma, todavia, trouxe diversas atualizações no campo médico. O conceito de saúde/doença passou a ser vinculado ao meio social, a trabalho, cultura e lazer – e não mais se limitou ao consultório e à clínica. Enfim, a saúde pôde sair do hospital e passar a ter significado para toda a sociedade, retomou o seu posto de

importância e mobilizou cada vez mais esses grupos organizados para que novas melhorias e avanços surgissem. Os atores políticos mais liberais da esquerda, como já fora ventilado por Arouca, tiveram sua participação dentro da causa sanitarista assim como o corpo médico visou promovê-la.

É dessa conjuntura (massa organizada + corpo político engajado) que resulta a VIII Conferência Nacional de Saúde, cuja realização se deu entre os dias 02 e 06 de dezembro do ano de 1985. Arouca acredita que “a grande vitória é que a Reforma Sanitária cria novos atores na área da saúde.”<sup>115</sup> Nesse sentido, a Conferência foi um espaço multifacetado, com a presença dessas novas figuras-chave, onde a forma de discurso ocorria mediante deliberação. Dentre as propostas e debates surgidos, o saldo que se apresentou foi a universalização da saúde, parametrização de seus procedimentos com a formalização das conferências como mecanismos legítimos de participação e com a estrutura dos Conselhos de Saúde (cuja composição era 50% preenchida por usuários do serviço) sendo transferida para a estrutura pública, dentro do novo sistema de assistência em saúde pública: o SUS.

O momento histórico estava inclinado a permitir que mudanças como essa ocorressem, já que nomes como Sergio Arouca (FioCruz), Renato Archer (Previdência Social) e Waldir Pires (Inamps) ingressavam na presidência de importantes órgãos de saúde do Estado. A tentativa de migrar o Inamps para o Ministério da Saúde foi um dos primeiros passos pensados pelo conservadorismo para cessar o movimento. Carlos Santana, que era o Ministro da Saúde, conseguiu que o então presidente José Sarney autorizasse a transferência do Inamps para o MS, mas Waldir Pires veta o Decreto, uma vez que a população, já imersa na onda da democracia participativa, tomou a frente. Waldir Pires então diz que “o Inamps é um patrimônio dos trabalhadores e que por isso essa decisão deveria ser participada a eles”, e tentou convocar uma conferência para fomentar a discussão.

No entanto, Arouca nesta mesma entrevista alerta para o fato de que, nessa época, as conferências ainda eram espaços burocráticos, com temas e votos já pré-definidos. O que foi feito, então, foi um convite à sociedade para discutir a questão, em uma conferência com a participação de 50% de usuários: eis a ideia

---

<sup>115</sup> Entrevista concedida à Revista Radis, em 2002. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/33499>. Acesso em 14.Out.2020.

propulsora da VIII Conferência Nacional de Saúde. Oriunda de movimento popular, esse espaço deliberativo fez nascer o SUS.

### 3.2.1 Afinal, o que é o SUS?

De acordo com o que se pretendeu demonstrar ao longo deste capítulo, a sistemática de saúde pública no Brasil, durante o período que antecedeu a Constituição Federal de 1988, era seletiva, prestando assistência apenas àqueles vinculados ao sistema da Previdência Social<sup>116</sup>. Nessa etapa, buscar-se-á destrinchar o SUS, entendendo sua origem, explicando os princípios que o norteiam e tecendo seu papel no cenário da saúde pública atual do Brasil. Após esse tópico, a finalidade é que não restem dúvidas no tocante ao essencialismo desse sistema para a efetivação do direito fundamental à Saúde em território nacional.

Como resultado das iniciativas tratadas no tópico anterior, com o fim da ditadura, as propostas da Reforma Sanitária foram reunidas num documento chamado Saúde e Democracia, enviado para aprovação do Legislativo. Em 1986, o Brasil contou com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que, pela primeira vez no país, contou com a participação da sociedade civil organizada no processo de construção do novo modelo de saúde pública brasileiro. Desde o tema – “Saúde como direito de todos e dever do Estado”, a conferência possibilitou a abertura da pauta política para a voz da sociedade organizada, em prol de uma significativa alteração do que se entendia por saúde e seus mecanismos de assistência. Foi, sem dúvidas, da construção de um esboço para o SUS.

Como visto, com a Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), o direito à assistência farmacêutica pôde, finalmente, buscar as vias da efetivação. Já com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, vê-se um marco na história da saúde no Brasil, um estopim para que em 1988 houvesse a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O Sistema Único de Saúde

---

<sup>116</sup> Uma nota que merece destaque é a relevância que ganhou a saúde após a Constituição Federal de 1988. Nela, a saúde passou a ser direito de todo cidadão brasileiro, e entrou no rol dos deveres do Estado. O site oficial do Ministério da Saúde informa que: “no período anterior a CF-88, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas.” Para acesso ao inteiro teor desse e de outros dados, acessar: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em 07.Abr.2020.

(“SUS”) é um modelo assistencial em saúde de cobertura universal, considerado uma inovação trazida pela Constituição Federal de 1988. Atualmente, classificam-no como um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, cuja existência visa a prevenção e a promoção da saúde.

A rede que o compõe abrange tanto a esfera Federal como a Estadual e Municipal, englobando desde a atenção primária até casos mais sérios como transplante de órgãos. Essa rede abarca tanto emergências quanto ações de atenção hospitalar, vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e até mesmo a assistência farmacêutica.

A participação cidadã, por meio do controle social, é, além de direito, mecanismo que garante a efetividade do Sistema Único de Saúde. Conforme defendeu o Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica – SCTIC/MS, Norberto Rech<sup>117</sup>, durante a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), “a participação organizada e democrática da sociedade no processo de construção do SUS tem demonstrado o papel essencial e estratégico do controle social na definição e implementação das políticas públicas no campo da saúde”.<sup>118</sup>

Essa conferência teve como motivação o marco regulatório da Portaria MS/GM nº 879, de 08 de maio de 2002, modificada pela Portaria MS/GM nº 696, de 2003, que estabeleceu requisitos mínimos para habilitação de hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos a executarem ações e serviços em saúde pelo SUS. O tema central da Conferência foi: “Efetivando o Acesso, Qualidade e Humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social”, e nela foram aprovadas propostas importantes sobre a universalização e integralidade do acesso a medicamentos dos pacientes atendidos pelo SUS, ampliar o acesso a medicamentos da atenção básica, assegurar, por meio dos serviços municipais e estaduais de saúde a distribuição gratuita e

---

<sup>117</sup> Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica – SCTIE/MS Membro da Comissão Organizadora da CNMAF, representante do MS.

<sup>118</sup> Trecho retirado da fala do Diretor Norberto Rech, durante apresentação das propostas aprovadas pela CNMAF. Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF): relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.– Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1\\_conferencia\\_nacional\\_medicamentos\\_farmaceutica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_medicamentos_farmaceutica.pdf)

Acesso em 03.Mai.2020.

contínua de insulinas e garantindo acompanhamento clínico-laboratorial e fármaco-terapêutico, dentre outras.

A conferência, ainda segundo o Diretor da CNMAF, estabelece:

As diretrizes a serem seguidas para a formulação e implementação da política de saúde do Brasil durante os próximos quatro anos. Esta característica confere às Conferências Nacionais de Saúde um papel ímpar no estabelecimento de consensos entre os diferentes segmentos da sociedade, na perspectiva de consolidar políticas públicas que atendam aos interesses e às necessidades da população e cuja direção deve ser norteadas pelas decisões do Conselho Nacional de Saúde, enquanto fórum legítimo de controle social do sistema de saúde do País. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.19).

Nesse compasso, Norberto Rech reafirma a relevância da conferência para o estabelecimento de diretrizes e metas a serem aprovadas, no âmbito do Ministério da Saúde, capazes de dar ao SUS a concretude esperada desde sua criação como política nacional. É diante dessa realidade que, para a perfeita assimilação desse Sistema, faz-se manifesta a explicação quanto à origem do SUS, conforme ver-se-á a seguir.

### **3.2.2- SUS: Positivção**

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu na seara do Direito público pátrio já em posição de destaque, dado que o constituinte originário teve o cuidado de incluí-lo no condão normativo da nova Constituição da República, a chamada “Constituição Cidadã”, de 1988.

A nova constituição trouxe, após muito esforço e inúmeras reivindicações e acordos, as propostas apresentadas pelo movimento de reforma sanitária, dentre as quais se destaca o direito universal à saúde como dever do Estado, materializado com a construção do SUS e a separação da assistência em saúde nas esferas privada e pública (sendo a primeira de caráter meramente complementar). Segundo Teixeira (1989) a década de 1980 e o movimento sanitário marcaram um período de politização na área da saúde, que objetivava, segundo o autor, aprofundar o nível de consciência sanitária e alcançar a visibilidade necessária para obter o apoio político à implementação de políticas apropriadas.

O Sistema Único de Saúde, então, previsto na CRFB de 1988, encontrou sua positivação com a publicação da Lei nº 8.080/90<sup>119</sup>. Essa lei, publicada pela Casa Civil da Presidência da República, dispôs sobre as condições para a promoção proteção e recuperação da saúde, organizando seu funcionamento e estipulando padronização de procedimentos correspondentes. A previsão legal do SUS traz, em seu aspecto normativo, a noção de que a regulamentação de uma política nacional em saúde é pôr a saúde no rol de direito fundamental. É esse o entendimento que se infere da leitura do artigo 2º<sup>120</sup> da legislação do SUS, que dispõe ser a saúde é um direito fundamental e que é de responsabilidade do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

No mesmo artigo, em seus parágrafos 1º e 2º, a legislação é assertiva ao prever que o dever do Estado em garantir o exercício à saúde não é exclusivo deste, mas que deve contar com a atuação da sociedade, da família e das empresas. Vê-se, novamente, que a legislação responsável por disciplinar o tratamento público em saúde inclui a participação da sociedade civil organizada e da família no tocante ao processo de efetivação desse direito.

O SUS pode ser entendido como o conjunto de ações e serviços em saúde a serem prestados pelos três entes federativos e instituições das suas Administrações direta e indireta, bem como fundações mantidas pelo Poder Público, tal como disposto no artigo 4º da Lei nº 8.080/90. Em que se pese seu caráter público, o SUS poderá contar com a atuação privada, em caráter complementar, tal como se observa na previsão do § 2º deste artigo. É inquestionável, então, que a sua previsão legal revela a natureza pública de sua cobertura e assistência, e reforça sua natureza de política pública destinada a promover ações, nos campos econômico e social, que atuem em saúde, na sua proteção, promoção e recuperação.

---

<sup>119</sup> O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 vem regulamentar a Lei do SUS para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e outras providências. Seu teor encontra-se disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm) Acesso em 17.Out.2020.

<sup>120</sup>Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acesso em 25.jun.2020.

Superado esse ponto, segue-se para a análise da organização estrutural desse Sistema.

### 3.2.3-Estrutura do SUS <sup>121</sup>

Por meio de uma investigação em torno da estrutura da Lei do SUS, não é difícil identificar que ela, na condição de diploma a tratar exaustivamente do assunto, tenha previsto um capítulo próprio para a organização do SUS. É exatamente com tal função que foi confeccionado o capítulo III, cujo título é “Da organização, Direção e da Gestão”. Neste mesmo capítulo, estão os artigos 8º ao 14, dentre os quais o ponto focal passa para os artigos 9º, 10 e 12, a respeito da estruturação nos níveis federal, estadual e municipal.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição da República Federativa do Brasil (“CRFB”). Cada ente é dotado de responsabilidades, sendo que estas se conjugam. Ou seja, é um sistema integrado, que une as esferas federal, estadual e municipal, juntamente com os respectivos órgãos gestores e executores, para a perfeita execução do atendimento em saúde na rede pública.

Segundo o artigo 9º da Lei nº 8.080/90, a Direção do SUS é única nos moldes do inciso I do art. 198 da CRFB, sendo exercida a nível federal pelo Ministério da Saúde e a nível estadual e municipal pelas respectivas Secretarias de Saúde ou órgãos equivalentes. As atribuições de formular, fiscalizar, normatizar e monitorar/avaliar as políticas em saúde ficam a cargo do Ministério da Saúde, responsável por ser o gestor em âmbito nacional do SUS.

---

<sup>121</sup> Interessante consultar o Glossário do SUS. No site do Ministério da Saúde, existe menção a um Glossário do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual traz explicações importantes para a compreensão do trabalho, dentre as quais, destaca-se: **Atenção à saúde** – é tudo que envolve o cuidado com a saúde do cidadão, incluindo atenção básica e especializada, ações e serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. (...) **Gestão participativa** – atuação efetiva de cidadãos, conselheiros, gestores, profissionais e entidades civis na formulação de políticas, na avaliação e na fiscalização de ações de saúde. **Promoção da saúde** – conjuntos de ações sanitárias integradas, inclusive com outros setores do governo e da sociedade, que busca o desenvolvimento de padrões saudáveis de: qualidade de vida, condições de trabalho, moradia, alimentação, educação, atividade física, lazer entre outros. **Regulação** – é o poder exercido pelo Estado para fiscalizar e estabelecer padrões, normas e resoluções para serviços, produtos, estabelecimentos e atividades públicas ou privadas em prol do interesse coletivo. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude> Acesso em: 02.04.2020.

O Ministério da Saúde é um dos pactuantes do Plano Nacional de Saúde, e integra a Comissão Intergestores Tripartite (CIT<sup>122</sup>), cuja previsão encontra respaldo no artigo 14 da Lei nº 8.080/90. Integram sua estrutura os seguintes órgãos: FioCruz, Funasa, Hemobrás, Inca, Into, Anvisa, ANS, e oito hospitais federais localizados em diversos estados brasileiros. A atuação das Comissões de Intergestores Bipartite e Tripartite tem como objetivo propor métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera da federação. Nesse compasso, são classificadas, segundo o artigo 14-A, como “foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

No âmbito estadual, cabe à Secretaria Estadual de Saúde a formulação das políticas e ações de saúde, auxiliando os municípios e as secretarias municipais. A Secretaria Estadual de Saúde participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB<sup>123</sup>) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde, em colaboração comum pactuação com os municípios.

A Secretaria Municipal de Saúde, por sua vez, é a estrutura vinculada ao Ministério da Saúde em nível municipal, mais próximo do cidadão. É ela quem planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde, em articulação com o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e a secretaria estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde. Os Conselhos de Saúde, nos âmbitos de atuação Nacional, Estadual ou Municipal, possuem caráter permanente e deliberativo. Ademais, é o outro ente a compor a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), juntamente com a Secretaria Estadual.

No tocante aos conselhos, cumpre esclarecer que essas estruturas consistem em órgãos colegiados, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, pessoas da sociedade civil, atuantes na formulação de estratégias e no controle da execução da política pública de saúde. Vale mencionar que as decisões dos conselhos serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. Cabe a cada Conselho de Saúde

---

<sup>122</sup> A Comissão Intergestores Tripartite é o foro de negociação e pactuação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

<sup>123</sup> A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é o foro de negociação e pactuação entre gestores estadual e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

definir o número de membros, que obedecerá a seguinte composição: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

O CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, é a entidade que representa os Estados e DF na CIT, para tratar de assuntos relacionados à Saúde. Já o CONASEMS<sup>124</sup>, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, representa os entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde. O COSEMS, Conselho de Secretários Municipais de Saúde é uma entidade civil que tem por finalidade lutar pela autonomia dos municípios, reconhecido como entidade que representa o ente municipal, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao CONASEMS, na forma que dispuserem seus estatutos.

A Lei nº 12.466/11 incluiu o artigo 14-B na Lei nº 8.080, dispondo sobre a previsão do CONASS e do CONASEMS no âmbito do SUS. Esse novo artigo (14-B) traz a compreensão de que os aludidos conselhos seriam entidades representativas dos entes estaduais e municipais e autoriza a percepção de recursos do orçamento geral da União – através do Fundo Nacional de Saúde – para auxiliar o custeio de suas despesas institucionais.

Esses são os componentes do Sistema Único de Saúde – SUS. Sobre sua gestão, por sua vez, vale mencionar que além da previsão acerca do controle social, o SUS também conta com a repartição de competências dentre as três esferas de poder da República Federativa.

Em âmbito Federal, a gestão do SUS é realizada por meio do Ministério da Saúde. O Governo Federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Dados do ministério comprovam que o órgão é o responsável por aplicar metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública, cabendo aos estados e municípios, em geral,

---

<sup>124</sup>O Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde – CONASEMS – nasceu a partir do movimento social em prol da saúde pública e se legitimou como uma força política, que assumiu a missão de agregar e de representar o conjunto de todas as secretarias municipais de saúde do país. Desde 1988 promove e consolida um novo modelo de gestão pública de saúde alicerçado em conceitos como descentralização e municipalização. Mais informações em: <https://www.conasems.org.br/institucional/o-conasems/>. Acesso em: 01.Mai.2020.

contribuir com a outra metade dos recursos. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, e cabe aos estados, municípios, Organizações não governamentais (as “ONG’s”), fundações e empresas a realização desses projetos.

Os Estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde, que atuam mediante recursos próprios e aqueles oriundos dos repasses da União. Ele possui competência para formular suas próprias políticas de saúde, monitorando a execução do SUS em nível estadual, sempre em observância à normatização federal. Os Estados, então, possuem autonomia para coordenar o atendimento em seu território. Sobre esse ponto, os Municípios, por sua vez, também ficam como responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território. Os recursos aplicados se dão na semelhança do que foi relatado para a gestão estadual, mediante recursos próprios e repasses. À luz do princípio da capilaridade<sup>125</sup>, os Municípios também estão autorizados a planejar e coordenar o SUS (respeitando a normatização federal).

Inovador, participativo, universal e democrático. Muito embora seja repleto de ideias vanguardistas, “o SUS não é imune ao conservadorismo, classicismo e patrimonialismo do Estado brasileiro”. (TRAVAGIN, 2017, p. 996). Nesse diapasão, a seguir serão listados os componentes teóricos do alicerce de funcionamento do SUS, cabendo o lembrete de que esses princípios (como quaisquer outros) não são absolutos.

### **3.2.4 - Princípios norteadores do SUS**

A base principiológica do SUS está disposta no artigo 7º da Lei nº 8.080/90. Segundo ele, o Sistema Único de Saúde (“SUS”) tem como alicerces os seguintes postulados: equidade, universalidade, integralidade, controle social e descentralização. Esse sistema pressupõe que a saúde é direito de acesso universal (público e gratuito), e que suas ferramentas e ações devam ser feitas em caráter de integralidade

---

<sup>125</sup> O termo capilaridade é aqui utilizado para se referir à proximidade do ente municipal com a esfera social e, em razão disso, possibilitar a maior interação dentre os entes federativos entre cidadão x Estado. Sob esse prisma, leia-se uma passagem da PORTARIA Nº 971, de 03 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS): “Diante do exposto, é necessário repensar, à luz do modelo de atenção proposto pelo Ministério, a inserção dessa prática no SUS, considerando a necessidade de aumento de sua capilaridade para garantir o princípio da universalidade.” Essa foi a fala do Ministro de Estado da Saúde interino, José Agenor Álvares da Silva, aprovada e devidamente publicada por meio da portaria em menção. A íntegra deste documento está disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html) Acesso em 04.Mai.2020.

(integralidade de tratamento), respeitando o princípio da equidade, ou seja, pautando-se no dever de atender de maneira igual cada paciente coberto pelo sistema.

Os princípios acima tangenciam a democracia participativa (que é o cerne deste trabalho), neste sentido, se faz imperiosa uma reflexão apartada. O último princípio que norteia o SUS é o da descentralização dos recursos. Sobre esse ponto, resta lembrar que o antigo modelo de previdência e assistência em saúde possuía caráter diametralmente oposto.

O INPS, como já foi visto neste trabalho, consistiu em uma autarquia federal de nível centralizador, e que contava com inúmeros problemas funcionais devido a essa centralização. Para SANTOS (1979), “a política compensatória, isto é, aquela ao sistema previdenciário, permanece, como no tempo de Vargas, administrada por representantes do Ministério do Trabalho e da burocracia sindical” (SANTOS, 1979, p.80). Nesse sentido, acredita que esses representantes sindicais foram os que mais resistiram à unificação do sistema previdenciário, haja vista que a autonomia dos IAP's era mais favorável ao aumento da influência e poder político desses líderes sindicais.

Ao contrário da centralização observada no INPS, o SUS foi criado para ser regido sob o princípio da descentralização dos recursos, de forma a garantir a boa qualidade do serviço. Nessa nova sistemática, então, gestores e executores do sistema estariam mais próximos dos usuários que dele necessitam. Dessa maneira, é exercido o controle social, através da figura dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, nos quais ecoam as vozes dos usuários, trabalhadores e prestadores dos serviços públicos de Saúde, bem como as organizações da sociedade civil. Frise-se, ainda, que a carta dos direitos em saúde<sup>126</sup> traz o rol enunciados em que se pauta o SUS.

---

<sup>126</sup> A “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” está disponível no site oficial do Ministério da Saúde e traz informações para que os pacientes reivindiquem seus direitos na hora de procurar atendimento de saúde. Ela reúne os seis princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado. São os seguintes princípios: i) Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; ii) Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; iii) Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; iv) Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos. v) Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada e vi) Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Esmiuçando o significado de cada um dos princípios, tem-se que: a universalização no tratamento é sinônimo de assegurar o direito de cidadania de todas as pessoas, cabendo ao Estado assegurar a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Já a equidade tem como objetivo reduzir desigualdades. Conforme o Ministério da Saúde<sup>127</sup> justifica: “apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas.”. Ou seja, tratar desigualmente os desiguais, e retomando à máxima aristotélica de “dar a cada um o que é seu<sup>128</sup>”.

No que toca à integralidade, pode-se afirmar que este princípio diz respeito à cobertura do atendimento, uma vez que considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, com equipe interdisciplinar, para a articulação da saúde com outras políticas públicas, assegurando uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Ao analisar a organização do Sistema, estão presentes, também, os princípios da Regionalização e Hierarquização, segundo os quais os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, abrangendo uma determinada área geográfica.<sup>129</sup> Ademais, existem também os princípios estruturantes da Descentralização e do Comando Único, que pressupõem a redistribuição de poder entre os três níveis do governo. No caso específico, Direito à Saúde, descentralização

---

<sup>127</sup> Essas informações e conceitos principiológicos são facilmente encontrados no site oficial do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 01.Mai.2020.

<sup>128</sup> Para Aristóteles, a igualdade consistia em tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na proporção de sua desigualdade. É basicamente a noção de justiça equitativa que vigora na atualidade, uma equiparação de condições iniciais para que se possa analisar duas pessoas de modo indistinto. É a igualdade material, ou substancial, que ultrapassa os limites formais. No ano 300 A.C, Aristóteles proferiu a seguinte frase: “Devemos tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida de sua desigualdade.” (ARISTÓTELES). ALEXANDRINO, PAULO e DIAS (2014) trazem a isonomia material da seguinte maneira: “o princípio da igualdade (ou da isonomia) veda a fixação de tratamento discriminatório a pessoas que se encontrem em situação equivalente, e impõe que sejam tratados de maneira desigual os desiguais, na medida de suas desigualdades.” (ALEXANDRINO, PAULO, DIAS, 2014, p.180). Quanto à isonomia formal, o entendimento a esse respeito está positivado no artigo 5º, *caput*, da CRFB/88.

<sup>129</sup> Segundo informativo no site oficial do Ministério da Saúde: “A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.”. (idem - Disponível em: <https://saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 01.Mai.2020. )

significa que a prestação (e fiscalização) dos serviços estará mais próxima do cidadão usuário, ficando a encargo dos entes municipais. Desta feita, preservam-se as chances de garantir a melhor qualidade do atendimento, tendo em vista a facilitação do controle e a fiscalização por parte dos cidadãos.

No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, o que só reforça a teoria federalista de autonomia entre os três poderes circunscritos na Federação brasileira. Nesse sentido, valiosa a lição de Alexandre de Moraes *in verbis*:

A Constituição Federal consagrou o município como entidade federativa indispensável ao nosso sistema federativo, integrando-o na organização político-administrativa e garantindo-lhe plena autonomia, como se nota na análise dos arts. 1.º, 18, 29, 30 e 34, VII, c, todos da Constituição Federal. Ressalta Paulo Bonavides, que "não conhecemos uma única forma de união federativa contemporânea onde o princípio da autonomia municipal tenha alcançado grau de caracterização política e jurídica tão alto e expressivo quanto aquele que consta da definição constitucional do novo modelo implantado no País com a Carta de 1988". (MORAES, 2003, p.211).

A Autonomia Municipal, posta dentre os princípios constitucionais sensíveis<sup>130</sup>, é assegurada e reafirmada pelo SUS, na medida em que a descentralização exerce uma função equalizadora dentre os três poderes. MORAES (2003), então, chama atenção para os princípios constitucionais sensíveis e reforça que estes são fundamentais para a permanência das competências legislativas, administrativas ou tributárias, e "sua inobservância pelos Estados-membros (...) pode acarretar a sanção politicamente mais grave existente em um Estado Federal, a intervenção na autonomia política." (MORAES, 2003, p.208).

---

<sup>130</sup> Esses princípios são especialmente caros ao presente trabalho acadêmico, visto que incluem a forma republicana, o sistema representativo e regime democrático; e não só: manifestam os direitos da pessoa humana e a autonomia municipal. Esses estão previstos no art. 34, VII, da Constituição Federal, cujo texto vale a leitura: Capítulo VI – Da Intervenção: **Art. 34.** A União não intervirá nos Estados nem no Distrito Federal, exceto para: (...) **VII – assegurar a observância dos seguintes princípios constitucionais: a) forma republicana, sistema representativo e regime democrático; b) direitos da pessoa humana; c) autonomia municipal;** d) prestação de contas da administração pública, direta e indireta; e) aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm). Acesso em: 04.Mai.2020.

A participação popular, assunto inúmeras vezes já abordado nas páginas do presente trabalho, consiste, resumidamente, na ação da sociedade civil em participar ativamente do sistema. Para que seja possível, a participação deve ser exercida através de órgãos participativos e deliberativos, tais como Conselhos e Conferências de Saúde, em cuja missão é formular estratégias, enquanto controlam e avaliam a execução da política pública de saúde.

O SUS foi o estopim para a efetiva participação da sociedade civil organizada nas decisões de gestão do Sistema Público de Saúde, através da independência, deliberação e participação. Ora, foi em decorrência da Lei Orgânica da Saúde (que instituiu o SUS) e da Lei nº 8.142/90 (que legitimou o controle social no SUS), que os princípios da descentralização e participação puderam extrapolar o conteúdo abstrato em que estavam inseridos, passando a se expressarem no plano prático. O cidadão, nesse raciocínio, como gestor social das políticas em saúde, exerceria o controle de políticas públicas *a posteriori*.

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

É dizer, a figura do cidadão é de nodal relevância para a continuidade de uma boa política pública, uma vez que atua no controle de qualidade e eficiência da mesma. Ora, se o cidadão é, também, o potencial usuário da política pública, porque não incluí-lo no corpo pensante do processo?

É sob esse prisma que o legislador, por meio dos instrumentos legislativos pós CRFB/88, cuidou de autorizar o controle social.

Por isso, no item que se segue, a figura do cidadão ganha distinto relevo quando o assunto é reforma psiquiátrica. Isso porque, como bem pretendeu se dissecar ao longo dessas laudas, o movimento que culminou na edição da Lei nº 10.216/01 foi impulsionado não pelo gestor público ou pelo corpo político legislativo, mas sim pelos

profissionais da saúde mental apoiados pela sociedade civil. A seguir, portanto, passar-se-á ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, suas reivindicações e mobilizações em nome da luta antimanicomial, atravessando a promulgação da carta cidadã de 1988, a votação para aprovação da Lei da Reforma, e também as estruturantes normativas das Portarias nº 336/GM/MS/2002 e nº 3.088/11, operacionalizando os CAPS e a RAPS.

### **3.3 – A evolução e consolidação da Reforma Psiquiátrica o Brasil e o MTSM**

*"A história da nossa psiquiatria é a história de um processo de asilamento; é a história de um processo de medicalização social". (Amarante, 1994:74)*

A Doutrina que estuda a Reforma Psiquiátrica Brasileira pode ser encontrada nas mais diversas áreas do saber, tais como: Ciências Sociais, Direito, Psiquiatria, História, Ciência Política e outros. A presente dissertação se propôs a tangenciar as produções desses campos de conhecimento, pincelando a estrutura da Reforma não só no âmbito do Direito e das Políticas Públicas, mas como ela é: multidisciplinar.

Neste item “3.3” poderão ser identificados e compreendidos o estopim, os atores, as implicações, as propostas e o processo de positivação da Reforma Psiquiátrica, com cada um desses pontos sendo explicados e detalhados. A intenção é que “DINSAM”, “MTSM”, “CAPS” e “RAPS” sejam siglas facilmente absorvidas pelo leitor ao final deste capítulo. Em uma tradução mais didática, será perquirido o esqueleto da atual política pública em saúde mental no Brasil, com a compreensão dos regramentos que a estruturam: a Lei 10.216/01, a Portaria que regulamenta os CAPS e a que reformula a Rede de Atenção Psicossocial, incluindo “álcool e drogas” no rol de cobertura dos CAPS.

#### **3.3.1 Processo de positivação da Reforma Psiquiátrica:**

Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, foi aprovada, em 2001, a Lei Federal nº 10.216/01, com o intento de se promover, através dela, a chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira. Essa lei trouxe, em seu artigo 3º, a responsabilidade do Estado a respeito do desenvolvimento da política pública de saúde mental, sua assistência e promoção de ações nesse sentido, com a previsão de participação social.

A compreensão da pretensão do legislador aqui se faz muito relevante para o entendimento do processo de reforma psiquiátrica pelo qual passou o Brasil desde os anos 70 até o início dos anos 2000. Em outras palavras, é com essa redação do artigo 3º que o legislador demonstrou a importância da promoção de políticas públicas em saúde mental por parte do Estado e, de mesmo modo, reiterou a participação da sociedade e da família do paciente como pilar fundamental da assistência e promoção à saúde mental. Veja-se, para tanto, a transcrição literal do artigo:

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 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.

Esse artigo, portanto, confirma a relevância da atuação da sociedade na construção e continuidade de determinada política pública. Em se tratando da saúde mental, essa baliza legal se revela como um importante avanço para o sistema que se implementou com a referida legislação.

É certo que a Reforma Psiquiátrica Brasileira contou com o apoio popular para redirecionar a assistência em saúde mental. Trazida através da Lei nº 10.216/01, ela concretizou no início dos anos 2000 a luta antimanicomial das décadas anteriores, estipulando, por exemplo, que a internação deveria ser justificada como medida de extrema necessidade, quando os recursos extra hospitalares oferecidos se mostrassem ineficientes ao tratamento.

A promulgação dessa lei, ao estipular que a finalidade permanente do tratamento é a reinserção social do paciente e a intervenção em assistência humanitária, abriu espaço para que surgisse a política pública da rede RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Essa Política Pública foi prevista no artigo 5º, da Lei 10.216/01, e advém da necessidade de se acabar com a hospitalização permanente, buscando-se, ao revés, sua reinserção.

Como iniciativa desse diploma legal, a internação psiquiátrica se restringiu às hipóteses em que laudo médico a solicitasse, havendo a necessidade de caracterizar seus motivos. As espécies de internação se resumiram a três modalidades, dentre as quais: internação voluntária (aquela que se dá com o consentimento do usuário); internação involuntária (sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro); e

internação compulsória (por determinação judicial). Essas previsões constam o artigo 6º, parágrafo único, I, II e III, da Lei 10.216/01.

A Lei Paulo Delgado inaugura uma política pública em saúde mental com o intuito de efetivar a transição do modelo exclusivamente hospitalar para a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para atender os pacientes na área de saúde mental, sejam pessoas com transtornos mentais, sejam dependentes químicos.

Ao final do ano de 2001, em Brasília, tem-se um marco para o controle social da Reforma, com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Essa conferência foi convocada logo após a promulgação da Lei nº 10.216/01 e envolveu a presença ativa de usuários desse serviço e seus familiares, bem como o MTSM e profissionais da saúde. Segundo o relatório do Ministério da Saúde, avaliando a atenção pública em saúde mental 15 anos após a Declaração de Caracas, durante todo o processo da Conferência, “são pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil.” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005: p. 10).

Em 2002, com a Portaria nº 336/GM/MS, o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foi regulamentado, possibilitando a implementação desse modelo substitutivo aos manicômios. 12 anos após a publicação do primeiro normativo a tratar dos CAPS (A portaria MS/SAS nº 224/92), e três anos após à promulgação da Lei Paulo Delgado, se deu o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, no ano de 2014. Ocorrida em São Paulo, essa iniciativa reuniu dois mil trabalhadores e usuários de CAPS, na intenção de alinhar “pontas soltas” no modelo CAPS, sobretudo em relação à destinação de verba para financiamento e a proibição de novos manicômios.

Em 2011, como fruto de ampliação dessa política dos CAPS e através da Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, institui-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (o SUS). Dentre os objetivos da RAPS encontram-se a reabilitação do paciente, a prevenção do consumo e dependência química, redução dos danos provocados pelo consumo dessas drogas e a desenvoltura da formação capacitada dos profissionais de saúde de maneira permanente.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é formada pela união de sete iniciativas, quais sejam: Atenção Básica em saúde, Atenção Psicossocial, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial. No tocante à segunda delas, a Atenção Psicossocial, vale destacar que os Centros de Atenção Psicossocial são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, conforme se extrai do artigo 7º da Portaria nº 3.088/11.

Da observância dessa nova Portaria, a Reforma Psiquiátrica passa a ser entendida como processo social complexo, envolvendo a mudança na assistência de acordo com os novos pressupostos técnicos e éticos, incorporando-os à cultura e os convalidando na ordenação jurídico-legal. Essa reestruturação reflete a Declaração de Caracas em 1990<sup>131</sup>, documento que norteou as políticas públicas de saúde mental.

### **3.4. A Rede de Atenção Psicossocial e os CAPS: definições e funcionalidades.**

Este item visa trazer orientações para aqueles que não conhecem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e suas estruturas, em especial, os CAPS. Em um primeiro momento, faz-se imperiosa a explicação do termo “CAPS” e sua origem, a partir da qual poder-se-á compreender a relevância dessa estrutura organizacional no cenário da saúde pública brasileira.

A RAPS é composta<sup>132</sup> por i) Atenção Básica em Saúde; ii) Atenção Psicossocial; iii) Atenção de Urgência e Emergência; iv) Atenção Residencial de Caráter Transitório; v) Atenção Hospitalar; vi) estratégias de Desinstitucionalização e vii) Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

Conhecidos como “CAPS”, os Centros de Atenção Psicossocial são componentes do SUS decorrentes da reforma anti-manicomial e consistem em pontos de tratamento e cuidado às pessoas com transtorno mental. Eles estão inseridos no

---

<sup>131</sup> Ao final desta dissertação, está seu inteiro teor, como anexo a título. Também disponível em: [http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao\\_caracas](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas) Acesso em 16.Out.2020.

<sup>132</sup> Ao final do trabalho, como anexo, constará uma tabela com a composição da RAPS, publicada pela Portaria MS/GM nº 3088/2011, e alterada pela Portaria GM de Consolidação nº 3/17. Também disponível online: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html) Acesso em 16.Out.2020.

item “ii” narrado acima, ou seja, estão dentro da Atenção Psicossocial da RAPS. O Ministério da Saúde<sup>133</sup> discorre que lá são prestados “serviços de saúde de caráter aberto e comunitário” e que o CAPS é “constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar”, com a finalidade de atender às necessidades de pessoas com problemas psiquiátricos e, também aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para que sejam contidas as crises e essas pessoas possam ser reabilitadas ao convívio em sociedade. Esse modelo é, fundamentalmente, substitutivo ao modelo asilar.

Visando segregar os atendimentos por níveis/natureza do problema, os CAPS são divididos em modalidades (disponíveis no sítio oficial do Ministério da Saúde<sup>134</sup>), a saber:

- **CAPS I:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
- **CAPS II:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- **CAPS i:** Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- **CAPS AD (Álcool e Drogas):** Atendimento a todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- **CAPS III:** Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

---

<sup>133</sup>

Disponível

em:

<https://www.saude.gov.br/noticias/693-acoes-e-programas/41146-centro-de-atencao-psicossocial-caps>

Acesso em: 27.Mar.2020.

<sup>134</sup> Idem.

- **CAPS AD III:** Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
- **CAPS AD IV:** Atendimento para todas as idades, com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500 mil habitantes e capitais de Estado.

Veja-se, as classificações supra visam dar um atendimento mais efetivo, de modo a individualizar o público para cada uma das unidades de atenção. É uma forma de concentrar profissionais especializados e utilizar os recursos de forma consciente, buscando o máximo aproveitamento do suporte disponível (seja ele de pessoas, equipamentos ou medicamentos).

Os CAPS são, portanto, eixos de reinserção social para seus usuários, que através das atividades lá realizadas podem exercer direitos civis, fortalecer laços familiares, desempenhar atividades de lazer e usufruir de atenção especial às suas necessidades inerentes a condição mental. Importante frisar que as atividades em menção buscam auxiliar a manutenção e potencializar as capacidades cognitivas e psicofísicas básicas dos usuários, visando o melhor convívio destes em sociedade. Os familiares, nessa seara, funcionariam como instrumento de socialização desses pacientes, uma vez que, muitas vezes, a família é o único vínculo desse paciente com o resto da sociedade.

Por isso, as unidades dos CAPS's também se destinam a avaliar e acompanhar o progresso desses usuários, bem como a monitorar o “*feedback*” de seus familiares. O CAPS também tem como meta incentivar as famílias a participarem das atividades, de modo a incentivar o tratamento e contribuir para a melhora dos pacientes. É nessa toada que, ao analisar as entrevistas realizadas por profissionais da assistência social no CAPS, PEREIRA (2011) traz o seguinte relato:

O serviço social, a meu ver, desempenha um papel de fundamental importância na saúde mental, porque atua diretamente com questões sociais que muitas vezes são as responsáveis por desencadear os transtornos mentais ou comportamentais nos usuários [...] (A. S. 05). (PEREIRA, 2011, p.106)

A partir da fala dessa entrevista, Pereira (2011) reforça uma das constatações trazidas no corpo de seu estudo, quando diz que cada vez mais são exigidos profissionais bem qualificados. Ou seja, o assistente social seria o profissional responsável por dar o amparo necessário e verificar quais seriam os gatilhos sociais para a piora de um paciente.

Citando Gonçalves e Sena (2001), Pereira (2011) reforça a necessidade de profissionais com uma “postura interdisciplinar e espírito crítico para enfrentar o cuidado ao doente mental” (PEREIRA, 2011, p. 94). Ademais, sua pesquisa apontou que a família seria um dos pontos de enfoque do profissional da assistência social, uma vez que constitui “a base sobre a qual todas as manifestações mais gritantes da questão social se refletem, e nesse novo modelo da política de Saúde Mental trazido pelo CAPS, ela configura como base de apoio fundamental” (PEREIRA, 2011, p.96).

Segundo Bleicher and Bleicher (2016) “o CAPS (...) é a estratégia criada a partir de uma lógica própria. Nesse sentido, não adianta ter um espaço físico diferente de um manicômio e funcionar segundo a lógica do manicômio”. (BLEICHER and BLEICHER 2016, p. 119). Ato contínuo, a definição de CAPS segundo o Ministério da Saúde como bem já pôde ser observada, é reducionista no sentido de focar apenas no paciente. Na visão das autoras “não basta integrar o sujeito a um ambiente, porque, muitas vezes, é este ambiente que favorece o adoecimento. Deve-se transformar o ambiente.” (BLEICHER and BLEICHER 2016, p. 121).

Enfim, a multiplicidade das funções do CAPS, decorrente de sua natureza interdisciplinar, faz imperar a fundamental dependência entre a saúde pública, a assistência social, a educação, a comunidade cultura e outros.

### **3.4.1 Quando surgem e quem compõe os CAPS?**

Pois bem. Explicado seu conceito e modelo de atuação, passa-se, agora, à origem dos CAPS's.

A título de explanação inicial, registre-se que “CAPS” significa “Centro de Atenção Psicossocial”. O primeiro deles teve origem em São Paulo, e foi inaugurado em março de 1986. Ficou conhecido como “o CAPS da Rua Itapeva” e sua criação foi

resultado dos esforços promovidos por um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, na tentativa de obter junto à rede pública um atendimento mais humanitário e efetivo aos pacientes com doença mental.

Foi por meio da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, que os CAPS foram criados oficialmente. Através do referido instrumento normativo, o SUS passou a incluir o atendimento em saúde mental em seu rol de assistência. Importante também destacar que os CAPS podem constituir-se em diversas modalidades escolhidas em razão do tamanho, complexidade do atendimento e tamanho da comunidade que deve atender. Ele deve respeitar os princípios do SUS quanto à regionalização, descentralização e hierarquização.

Todavia, os normativos do Ministério da Saúde em 1992, embora regulamentassem os serviços e distribuição de equipe nos CAPS, não estipulavam uma linha de financiamento mínima a ser respeitada. Assim, em 1992, o processo de expansão dos CAPS e NAPS se apresenta de maneira descontínua. Sobre isso, o Ministério da Saúde Publicou, em 2005, que “ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos”. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005: p.8).

Os CAPS foram instituídos com a competência de atender, também, pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Por serem unidades assistenciais com atendimento integral (podendo funcionar até 24 horas por dia, durante os sete dias da semana) deverão estar conectados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental e devem, em complemento, contar com leitos para repouso eventual.

No tocante à assistência ao paciente, a Portaria MS/SAS nº 224/92 inclui as seguintes atividades no rol de atuação dos CAPS/NAPS: i) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); ii) atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras); iii) visitas domiciliares; iv) atendimento à família; v) atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social. Ademais, os pacientes que frequentam o serviço por um turno (período

de 4 horas) terão direito a duas refeições, enquanto que os que frequentam por um período de 8 horas (dois turnos) terão direito a três refeições.

Os CAPS foram criados com a motivação conjunta de profissionais de diversas áreas da saúde, em colaboração da sociedade civil, e por isso conta com uma equipe interdisciplinar. A portaria prevê, no item “2.5”, a equipe técnica mínima para atuação no NAPS/CAPS. E estabeleceu, para o atendimento a 30 pacientes por turno de 4 horas, equipe composta por: – 1 médico psiquiatra; – 1 enfermeiro; – 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário a realização dos trabalhos); – profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

A Portaria que sucedeu a de nº 224, por sua vez, cuidou de alterar alguns itens da primeira. Trata-se da Portaria MS/GM nº336, de 19 de fevereiro de 2002, elaborada pelo então Ministro da Saúde, José Serra. Uma das mudanças propostas foi no tocante à equipe de Recursos Humanos. O diploma mais recente detalhou melhor as especificidades de cada profissional, prevendo que a equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, será composta por: 01 (um) médico com formação em saúde mental, 01 (um) enfermeiro; 03 (três) profissionais de nível superior dentre as seguintes profissões: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e 04 (quatro) profissionais de nível médio podendo ser técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional ou artesão. Vale destacar que essa equipe foi pensada para o atendimento de 20 (vinte) a no máximo 30 (trinta) pacientes/dia por turno, em regime de atendimento intensivo.

No que diz respeito ao CAPS II, a equipe técnica mínima para atuação, considerando o atendimento de 30 (trinta) ao limite de até 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia por turno, em regime intensivo, é composta por: 01 (um) médico psiquiatra; 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Ou seja, o CAPS II, que é implementado em cidades com pelo menos 70 mil habitantes, conta com uma equipe de assistência aos médicos um pouco maior quando comparado ao CAPS I (implementado em cidades ou regiões com até 15 mil habitantes). Já o CAPS III, que conta com acolhimento noturno e só pode ser implementado em cidades ou regiões a partir de 150 mil habitantes, a equipe técnica mínima para atuação, considerando o atendimento de 40 (quarenta) ao limite de até 60 (sessenta) pacientes/dia por turno, em regime intensivo, é composta por: 02 (dois) médicos psiquiatras; 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Lembrando que, para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por: 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço e 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio. Já para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico; 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço e 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

A Portaria também estipulou equipe diferenciada para atender junto ao CAPS I, aquele cuja missão é cuidar de crianças e/ou adolescentes com doença mental. Assim sendo, a equipe técnica mínima para atuação no CAPS I e II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia possui como integrantes 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 01 (um) enfermeiro; 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; além de 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Veja-se, em se tratando de crianças e/ou

adolescentes, aqui fez-se necessário incluir profissionais como fonoaudiólogos, caso haja necessidade de desenvolver, por exemplo, a perfeita fala ou deglutição desses pacientes.

É somente em 2002, e seguindo deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que o Ministério da Saúde passa a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo o problema do uso prejudicial de substâncias químicas como importante problema da saúde pública. A Portaria GM nº 336/02 trouxe a previsão do tratamento de álcool e drogas, nos chamados “CAPS AD”<sup>135</sup>.

Nesses casos, a equipe técnica mínima atuante para atendimento de 25 (vinte e cinco) ao limite de 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia por turno, será composta por: 01 (um) médico psiquiatra; 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e arteção.

---

<sup>135</sup> Existe, junto ao Conselho Federal de Medicina, um processo consulta a respeito das Portarias MS/SAS nº 224/92 e MS/GM nº 336/02 no tocante aos CAPS III, ad II e III. Através desse Processo Consulta, de referência CFM nº 8.589/10, foi redigido o Parecer CFM nº 01/11, sob a relatoria do Conselheiro Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti. No curso do parecer, verificando possíveis condutas antiéticas arroladas nas portarias sob análise, o conselheiro se posicionou no sentido de afirmar que os CAPS passaram a exercer função hospitalar (muito precária e desqualificada, segundo ele) ao aceitarem e estimularem a internação de pacientes em suas dependências. Alegou que as normas da Portaria MS/GM nº 336/02 devem ser objeto de crítica, posto que eivadas de ilegalidades e absurdos técnicos, podendo repercutir de forma negativa ao tratamento adequado àqueles pacientes. A crítica principal é concernente aos CAPS III, ad II e III, que são encarados como “pseudo-hospitais onde se realiza a internação, aplica-se medicamentos e observa-se a evolução em caráter prognóstico, mas nos quais o papel do médico é subtraído e diluído com o de outros membros da equipe, como se todos pudessem fazer tudo”. A discussão é em face do termo “acolhimento”, que deixa uma lacuna e passaria a exercer o papel antes desempenhado pelas casas de internação ou manicômios. O parecer, ainda, traz uma crítica à composição das equipes e às atribuições dadas a profissional que não o médico psiquiatra. Além disso, ressalta o fato de que os pacientes poderão dormir nas instalações, se assim o quiserem, e poderão igualmente deixá-las pela manhã, revelando uma descontinuidade no tratamento e falta de posturas procedimentais adequadas. Por esses e outros motivos, confrontando as Portarias com dispositivos da Constituição Federal (tais como os artigos 196 e 198) com o Decreto presidencial nº 20.931/32, com a Lei Federal nº 3268/57 e a Lei Federal nº 10.216/01, o conselheiro se manifestou em sentido contrário às Portarias, alegando que as mesmas continham imprecisões técnicas e eram, em certos tópicos, antiéticas. Sugeriu a reapreciação das mesmas pelo Ministério da Saúde, para as devidas correções. A íntegra desse parecer está disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2011/1\\_2011.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2011/1_2011.htm). Acesso em: 02.04.2020.

O CAPS AD IV, por fim, foi instituído por último, através das Portarias de Consolidação nº 3/GM/MS e nº 6/GM/MS<sup>136</sup>, ambas de 28 de setembro de 2017, e pela Portaria nº 3.588, de 21 de Dezembro de 2017. Como a sua existência pressupõe uma população de 500.000 habitantes, a estrutura desse serviço de assistência é maior e mais completa que a dos demais CAPS. A nível menor, para os cuidados em enfermaria de 8 a 10 leitos, compõe a equipe multiprofissional mínima: 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno; 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 40h por semana; e 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga horária mínima de 10h por semana.

Por outro lado, já para o atendimento em enfermaria de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 3 (três) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno; 1 (um) enfermeiro por turno; 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 60h por semana; e 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, contabilizando carga-horária mínima total de 20h semanais. Chegando ao limite da estrutura de atendimento, entre 21 a 30 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima deverá comportar: 5 (cinco) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno; 1 (um) enfermeiro por turno; 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária de 90h por semana; 1(um) médico clínico responsável pelo suporte entre consultas; e 1 ou 2 (um ou dois) médico(s) psiquiatra(s) responsável(is) pelos leitos, contabilizando carga-horária total de serviços de 30h por semana.

Para ilustrar a dinâmica de atendimento dessa política pública, cabe observar a distribuição dos CAPS no Estado do Rio de Janeiro nos dias atuais. Lembrando que foi neste Estado, na cidade do Rio de Janeiro, que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi fundado. Atualmente, o ERJ conta com 92 municípios, com variado número de habitantes em cada um deles, oferecendo todas as modalidades possíveis de CAPS.

---

<sup>136</sup>A Portaria de Consolidação nº 06, de 28/09/2017, trata da “Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde”, vinculando despesas de implementação e gastos com equipe. Em momento oportuno, esse financiamento será abordado mediante aferição de avanços e retrocessos na Reforma.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS), o Rio de Janeiro possui atualmente 188 CAPS. O último relatório quantitativo da Frente Estamira<sup>137</sup>, em fevereiro de 2020, aponta os seguintes dados:

- O Estado do Rio de Janeiro é dividido regiões e todas possuem CAPS;
- Dentre as regiões listadas, a que mais apresenta o serviço é a Região Metropolitana I, na qual estão sediados 63 CAPS (sendo 26 CAPS II, 5 CAPS III, 16 CAPSi, 12 CAPS AD e 4 CAPS AD III).

- A região Norte é formada por oito municípios, sendo eles: Campos de Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra. Todos os Municípios da Região Norte possuem pelo menos 1 CAPS. A região conta com treze CAPS totais, sendo que Campos, a cidade mais importante da Região, possui 4, sendo eles CAPSi, CAPS II e CAPS III e CAPS IIIad, ainda não habilitados mas em funcionamento.

- A Região Serrana é composta por Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis e Trajano Moraes. Possui 21 serviços de CAPS, sendo os municípios principais os de Teresópolis, Petrópolis e Nova Friburgo. Desses 21, mais da metade são CAPS I, cinco são CAPS II, 2 CAPSi e apenas um CAPS AD. A Região não possui CAPS III nem CAPS AD III.

- A Região Noroeste é composta por 14 municípios: Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna (sede da CIR), Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre – Sai. A região possui 10 (dez) CAPS, e o município de Itaperuna é o único que possui CAPS II, CAPSi e CAPS AD. Alguns municípios não chegam ao número mínimo de habitantes para permitir a criação de CAPS.

- A região da Baixada Litorânea é formada por nove municípios: Araruama, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Rio das Ostras, Iguaba Grande, São Pedro da Aldeia e Saquarema. Todos os Municípios possuem CAPS, totalizando 12 na região inteira, sendo sua maioria CAPS I.

---

<sup>137</sup>

Disponível

em:

[https://frenteestamira.org/wp-content/uploads/2020/08/FRENTE\\_ESTAMIRA\\_relatorio02.2020-01.08.pdf](https://frenteestamira.org/wp-content/uploads/2020/08/FRENTE_ESTAMIRA_relatorio02.2020-01.08.pdf) Acesso em: 05.Nov.2020.

- A região Centro-Sul possui 11 municípios, a saber: Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios (sede da CIR) e Vassouras. Com exceção de Três Rios e Paracambi todos os municípios possuem menos de 50.000 habitantes.<sup>138</sup> OS CAPS ofertados são os tipos I, II e AD. A região possui 13 CAPS, e apenas Areal não dispõe do serviço de atenção psicossocial.

- A Região do Médio Paraíba tem 12 municípios, quais sejam: Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda. A região conta com 22 CAPS, e apenas Rio das Flores não dispõe do serviço. A Região não possui CAPS III ou CAPSIII ad.

- A Região Baía da Ilha Grande é composta por três municípios - Angra dos Reis, Mangaratiba e Paraty, sendo Angra seu município mais expressivo. Possui 5 CAPS, dentre os quais são: dois CAPS I, um CAPS II, um CAPSi e um CAPS AD.

- A Região Metropolitana II é composta por sete municípios: Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá. A região conta com 20 CAPS, sendo: 7 CAPS II, 5 CAPSi e 4 CAPS AD. Niterói e São Gonçalo são os municípios maiores, possuindo, respectivamente, 4 e 6 CAPS.

- É na Região Metropolitana I que está a cidade do Rio de Janeiro, responsável por 34 dos 63 CAPS do Estado. Ou seja, mais da metade dos centros de atenção estão localizados na cidade mais populosa do Estado, o que faz sentido haja vista a demanda.

Lembrando que essa oferta por municipalidade não garante a qualidade de cobertura e, tampouco, significa universalidade de cobertura. Em outras palavras, não é só porque existe um CAPS no município que todos os potenciais usuários do serviço estarão cobertos ou que, caso estejam, esse atendimento se dê de forma satisfatória. Ver-se-á em momento oportuno que a rede de atenção psicossocial merece cuidados e reparos, e que não está imune a atrasos e prejuízos.

Desta sorte, conclui-se da leitura deste tópico que a Atenção Psicossocial se organiza municipalmente em função da quantidade de habitantes e levando em consideração a especificidade do tratamento pretendido (o que justifica a criação dos

---

<sup>138</sup> Dados extraídos do Relatório da Frente Estamira (p.27). Disponível em: [https://frenteestamira.org/wp-content/uploads/2020/08/FRENTE\\_ESTAMIRA\\_relatorio02.2020-01.08.pdf](https://frenteestamira.org/wp-content/uploads/2020/08/FRENTE_ESTAMIRA_relatorio02.2020-01.08.pdf) Acesso em: 05.Nov.2020.

CAPS AD, nas suas variadas modalidades). Na prática, ele realiza acolhimento: diferentemente da formalidade de receber, administrativamente, um paciente, no acolhimento o profissional presta o serviço de introduzir aquele usuário a uma rede integrada e preparada para garantir sua cidadania. Além disso, nos CAPS, é sentida a capilaridade municipal, onde gestor e usuário do serviço mantêm um diálogo mais íntimo, permitindo melhorias nessa obrigação prestacional.

Em suma, os CAPS manifestam uma vivência de um tratamento não internalizante, surgindo, portanto, para “apoiar a promoção de cidadania e a construção coletiva da qualidade de vida.” (SAMPAIO; BARROSO, 1994, p. 2)<sup>139</sup>.

## CONCLUSÃO

Viu-se, ao longo destas páginas, uma construção teórica que propôs compreender a reforma psiquiátrica enquanto política pública em saúde mental. A começar pelo status da própria saúde, enquanto direito fundamental de segunda dimensão/geração, cuja relevância política foi fortalecida ao longo do século XX, no Brasil, sobretudo com a criação do DNSP e do Ministério da Saúde, em 1920 e 1953, respectivamente.

Muito embora tenha havido um retrocesso no período ditatorial, com uma centralização maior das decisões políticas e com maior nível de vinculação de políticas públicas às pautas do governo autoritário, o período que sucedeu a ditadura militar brasileira foi de grande contribuição para o cenário democrático da atualidade. Com a reforma sanitária e a criação do SUS, por exemplo, o Brasil conseguiu tirar do papel um projeto que serve de inspiração mundo afora. O SUS, com os preceitos de universalidade de cobertura, integralidade, gratuidade, autonomia municipal e participação popular rompeu com a lógica centralizadora do INPS, que alimentava uma indústria da loucura ao mesmo tempo em que não resolvia a questão da saúde mental.

---

<sup>139</sup> “Desta maneira, para além do sistema de saúde, um CAPS deve atuar conjuntamente com os equipamentos das políticas públicas de assistência social, educação, trabalho e geração de renda, cultura, entre outros. Para os autores citados, um dos objetivos do CAPS é “apoiar a promoção de cidadania e a construção coletiva da qualidade de vida”. (SAMPAIO; BARROSO, 1994, p. 2). Isto porque o exercício de cidadania, em si, é terapêutico. O que as autoras deste livro defendem é que o cerceamento dos direitos próprios à cidadania, somado a configurações afetivas e materiais, ligam-se às várias formas de adoecimento mental. Por isso, a construção da qualidade de vida deve ser tomada de forma coletiva. Isto se torna fundamental dada a herança histórica relacionada ao louco, que até hoje convive com situações de preconceito e segregação.” In: BLEICHER, L., and BLEICHER, T. Saúde para todos, já! [online]. 3rd ed. Salvador: EDUFBA, 2016: p.122.

Com a promulgação da nova constituição, percebeu-se uma mudança no corpo político brasileiro. Em decorrência da democratização do poder decisório promovida pelas reformas sanitária e psiquiátrica na área da saúde, o desenho institucional do federalismo brasileiro passou a ter nuances de capilaridade e subsidiaridade. Outrossim, essas modificações “resultaram em transformações nos processos de financiamento, formulação, implementação e controle das políticas públicas no país, com destaque para os processos de descentralização fiscal e das políticas sociais”. (OLIVEIRA, LOTTA e CAVALCANTE, 2018, p. 68).

A partir da Lei da Reforma e, posteriormente, das Portarias nº 336/02 e 3.088/11, ambas do Ministério da Saúde, foi inserida no Brasil a política pública de saúde mental que privilegia um tratamento humanitário, equânime e não-hospitalizante ao paciente, de modo a recuperar sua dignidade. A composição dos CAPS ilustra bem a proposta dessa política pública: integrada, multidisciplinar, mais próxima do cidadão, com escuta e espaço para reajustes (apesar de um nível de burocracia ainda típico da administração pública) e reparatória.

Não é absurdo afirmar que os CAPS possuem debilidades como falta de recursos, exaustão de profissionais e outros problemas já narrados aqui. Todavia, a conclusão que se faz é que a lógica dos CAPS, não obstante não consiga cumprir com o prometido com excelência, tem como objetivo deontológico a reparação histórica da indústria da loucura, tentando garantir que o holocausto brasileiro jamais se repita.

Não é a intenção deste trabalho, mas fica aqui, a título de reflexão final, a sugestão de leitura da Nota Técnica nº 11/19<sup>140</sup> do Ministério da Saúde. Em apertada síntese, trata-se de normativo através do qual o presidente Jair Messias Bolsonaro (sem partido) promove mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, diminuindo o financiamento dos CAPS e privilegiando os hospitais de internação, o que se revela arriscado dado o passado tão bem retratado por Daniela Arbex. Nessa linha, e não havendo mais o que ser dito, encerra-se a presente com um lembrete:

---

<sup>140</sup> Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso em: 09.fev.2021.

“O que é feito não pode ser desfeito, mas podemos prevenir que aconteça novamente.”

Anne Frank.

## REFERÊNCIAS

### Referências Bibliográficas:

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

**ALEXANDRINO**, Marcelo. *Aulas de direito constitucional para concursos* / Marcelo Alexandrino, Vicente Paulo, Frederico Dias – 3ª Ed. Ver. Atual. E ampl. – Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO, 2014.

**ALVES**, Felipe Dalenogare. **CONTROLE SOCIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS: Democracia, participação política e deliberação – a contribuição do Capital Social** / Felipe Dalenogare Alves – 1. Ed. – Santa Cruz do Sul, RS: Estudos de Direito, 2018. Disponível em: <https://pt.scribd.com/read/415538992/Controle-Social-De-Politicas-Publicas> Acesso em: 22.Fev.2020

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

\_\_\_\_\_. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=qNxZDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&ots=XThvKLFFcb&sig=ywGfzjHYuFp-nY1nU11gh879Uts&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=qNxZDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&ots=XThvKLFFcb&sig=ywGfzjHYuFp-nY1nU11gh879Uts&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) Acesso em 01.Mai.2020.

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

**APPEL**, Nicole Montardo. **O ASSISTENTE SOCIAL INSERIDO NA SAÚDE MENTAL E SUAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO**. VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas. 2017. Disponível em [http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo8/oassistentesocialinseridona\\_saudementalesuasestrategiasdeintervencao.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo8/oassistentesocialinseridona_saudementalesuasestrategiasdeintervencao.pdf). Acesso em 09.Abr.2020.

**ARAÚJO**. L. M. de. *Da prática médica à práxis médica: possibilidades pela Estratégia Saúde da Família*. Tese de Doutorado da UFPB, João Pessoa. 2007.

Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp119241.pdf> Acesso em: 04.Mai.2020.

**ARRETCHE**, Marta. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 7-9, fev. 2003. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092003000100001&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092003000100001&script=sci_abstract&tlng=pt)

\_\_\_\_\_. Mitos da descentralização. Mais democracia e eficiência nas políticas públicas? Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 11, n. 31, p. 44-66, jun. Disponível em:

[http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs\\_00\\_31/rbcs31\\_03.htm](http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_31/rbcs31_03.htm). Acesso em: 20 set.2020.

\_\_\_\_\_. DEMOCRACIA E REDUÇÃO DA DESIGUALDADE ECONÔMICA NO BRASIL A inclusão dos outsiders. Revista Brasileira de Ciências Sociais. Vol. 33, nº 96. 2018.DOI: 10.17666/339613/2018

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

**ARISTÓTELES**. *A política*. São Paulo: Martins Fontes. 3ª Ed. 1998.  
**ARRETCHE**,Marta. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 7-9, fev. 2003. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092003000100001&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092003000100001&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em 01.10.2020

**AVRITZER**, Leonardo. Modelos de deliberação democrática: uma análise do orçamento participativo no Brasil. In B. de Sousa Santos, Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa (2 ed., pp. 561-597). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

\_\_\_\_\_. TEORIA CRÍTICA E TEORIA DEMOCRÁTICA DO DIAGNÓSTICO DA IMPOSSIBILIDADE DA DEMOCRACIA AO CONCEITO DE ESFERA PÚBLICA. Novos Estudos CEBRAP. Nº 53. P. 167-188, 1999.

**AVRITZER**, Leonardo. **PEREIRA**, Maria de Lourdes Dolabela. DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E INSTITUIÇÕES HÍBRIDAS. TEORIA SOCIEDADE Número

Especial março de 2005.

**BAQUERO**, Marcello. “GLOBALIZAÇÃO E DEMOCRACIA INERCIAL: O QUE O CAPITAL SOCIAL PODE FAZER NA CONSTRUÇÃO DE UMA SOCIEDADE PARTICIPATIVA?”, In: CAPITAL SOCIAL: TEORIA E PRÁTICA. ORGANIZADORES: MARCELLO BAQUERO E DEJALMA CREMONESE. Ijuí, maio de 2006.

**BARBOSA**, Livia. Meritocracia à brasileira: o que é desempenho no Brasil? Revista do Serviço Público, 120 (3), set./dez. 1996, p.58-102.

**BARROSO**, Luís Roberto. Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Saraiva, 2010.

**BEZERRA**, Benilton, 1992. Da verdade à solidariedade: a psicose e os psicóticos, Psiquiatria sem hospícios - contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica (Bezerra, B. et al org) Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 41-55.

**BLEICHER**, L., and BLEICHER, T. Saúde para todos, já! [online]. 3rd ed. Salvador: EDUFBA, 2016, 137 p. ISBN 978-85-232-2005-1. <https://doi.org/10.7476/9788523220051>. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/x8xnt/pdf/bleicher-9788523220051.pdf>. Acesso em: 17.Out.2020.

**BOBBIO**, Norberto. *O futuro da democracia*. 13. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

\_\_\_\_\_. *Qualdemocracia?* Trad. Marcelo Perine. São Paulo: Loyola, 2014

**BONAVIDES**, Paulo. Curso de Direito Constitucional. Curso de Direito Constitucional. 28ª. Ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

**BORBA**, Julian. SILVA, Lillian Lenite da. *Sociedade Civil ou Capital Social? Um balanço teórico*, p.71-87. In: BAQUERO, Marcello. CREMONESE, Dejalma. CAPITAL SOCIAL: TEORIA E PRÁTICA. ORGANIZADORES: MARCELLO BAQUERO E DEJALMA CREMONESE. Ijuí, maio de 2006.

**BORBA**, Leticia de Oliveira et al. *Tratamento no modelo hospitalocêntrico: percepções de familiares e portadores de transtorno mental* [Treatmenton hospital-centeredmodel: perceptionsofrelativesandindividualsaffectedby mental disturbance]. Revista Enfermagem UERJ, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 88-94, mar. 2015. ISSN

0104-3552. Disponível em:

<<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4689>>.

Acesso em: 02 Mai.2020. Doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.4689>.

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

**BRAVO**. M. I. S. *Política de Saúde no Brasil. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica*. In: *Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001, p. 01-24. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/jorjor/politica-de-sade-no-brasil> Acesso em 30.Abr.2020.

**BRITO**, Laura Elisabete Figueiredo. Competência Cultural nos Profissionais de Saúde Caso específico da relação dos profissionais de saúde com a comunidade cigana. Dissertação. Universidade de Coimbra, 2016. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/34031/1/Tese.pdf> Acesso em 12.04.2020

**BUCCI**, Maria Paula Dallari. *Buscando um Conceito de Políticas Públicas para a Concretização dos Direitos Humanos* In: BUCCI, Maria Paula Dallari et alli. Direitos humanos e políticas públicas. São Paulo, Pólis, 2001. 60p. (Cadernos Pólis, 2) Disponível em: <https://www.polis.org.br/uploads/831/831.pdf> . Acesso em: 01.Mai.2020.

\_\_\_\_\_.Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

**CAMPOS, Anna Maria**. Quando poderemos traduzi-la para o português. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, fev/abr.1990. Disponível em=[m: https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/05/accountability-quando-poderemos-t raduzi-la-am-campos.pdf](https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/05/accountability-quando-poderemos-t raduzi-la-am-campos.pdf) Acesso em: 13.Mar.2021.

**CARVALHO**, José Murilo de. Cidadania no Brasil: o longo caminho. 15. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012. Portal da Consciência Política. Democracia Participativa. Parintins-AM, 2011. Disponível em: <http://www.portalconscienciapolitica.com.br/ciber-democracia/democracia-participativa/>. Acesso em: 28.Set.2020.

**CAPELLA**, Ana Cláudia Niedhardt. Formulação de Políticas / Ana Cláudia

NiedhardtCapella. --Brasília: Enap, 2018.

**CGU**, Controladoria-Geral da União. Secretaria de Prevenção da Corrupção e Informações Estratégicas. Controle Social, orientações aos cidadãos. Brasília-DF, 2008.

**CORREIA**, Maria Valéria Costa. *O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da política de saúde brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais*. Tese (doutorado) apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Recife: UFPE, 2005. Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9680> . Acesso em: 08.02.2020

**CROSS**, T.L. et al. *Towards a culturally competent system of care*. Washington (DC): Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center, 1989.

**DAHL**, Robert A. *A preface to Democratic Theory*. [Chicago]: University of Chicago Press, 1956.

**DALLARI**, Dalmo de Abreu. *Cidadania e Direitos Humanos*. São Paulo Brasiliense, 1998. (Coleção Polêmica).

**DELGADO**, Pedro Gabriel. *Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica*. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, p. 13-18, Mar. 2015 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100013&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04.Jun.2020.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000100002>

**DEL'OLMO**, Florisbal de Souza; CERVI, Taciana Marconatto Damo. *Sofrimento mental e dignidade da pessoa humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil*. Sequência: Estudos Jurídicos e Políticos, Florianópolis, v. 38, n. 77, p. 197-220, dez. 2017. ISSN 2177-7055. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/2177-7055.2017v38n77p197>. Acesso em: 02.Mai.2020. Doi:

<https://doi.org/10.5007/2177-7055.2017v38n77p197>.

**DOIMO**, Ana Maria. *A vez e a voz do popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70*. Rio de Janeiro, ANPOCS/Relume-Dumará, 1995.

**ESCOREL**, Sarah Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. / Sarah Escorel. – Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 1999.

**FERREIRA**, Gina. *A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma análise sócio política*. Psicanálise & Barroco – Revista de Psicanálise. v.4, n.1: 77-85, jun. 2006. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/psicanalise-barroco/article/view/8891/7650> -Acesso em 05.jun.2020.

**FOUCAULT**, Michel. *A sociedade punitiva: curso no Collège de France (1972 -1973)*; Tradução Ivone C. Benedetti. - São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2015. (Coleção obras de Michel Foucault).

\_\_\_\_\_. *História da Loucura na Idade Clássica*. Tradução de José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 1978. In:[https://pt.slideshare.net/wesley\\_h88/foucault-michel-a-histria-da-loucura-na-idade-clssica](https://pt.slideshare.net/wesley_h88/foucault-michel-a-histria-da-loucura-na-idade-clssica) Acesso em 02.Mai.2020. \_\_\_\_\_. Os anormais. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

**GOHN**, Maria da Glória. *Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: Loyola, 1997.

\_\_\_\_\_. Os conselhos municipais e a gestão urbana. In SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos. Governança democrática e poder local. A experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

\_\_\_\_\_. Conselhos gestores e Participação Sociopolítica. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

**GORDON**, Flávio. *A corrupção da inteligência*. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Record 2018.

**GRADELLA JUNIOR**, Osvaldo. *Hospital psiquiátrico: (re)afirmação da exclusão*. Psicol. Soc., Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 87-102, June 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822002000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822002000100006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04.Mai.2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-718220020001000066>.

**GUIMARÃES**, JACILEIDE. *A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental?*.Rio de Janeiro: Revista Saúde em Debate. V. 43, N. 122, P. 883-896, JUL-SET, 2019. Disponível em: [http://docvirt.com/asp/acervo\\_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.40%2C+N.109+-+abr.%2Fjun.%2F2016&pesq=&x=76&y=17](http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.40%2C+N.109+-+abr.%2Fjun.%2F2016&pesq=&x=76&y=17) Acesso em 10 abr. 2020.

**HABERMAS**, Jürgen. *Direito e democracia, entre a facticidade e validade. Volume I* / Jürgen Habermas; Tradução: Flavio Beno Siebeneichler. - Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

**HEIMANN**, Luiza. **KAYANO**, Jorge. Políticas Públicas em Saúde e Participação Popular. In: ALBUQUERQUE, Maria do Carmo, (Org.) Participação popular em políticas públicas: espaço de construção da democracia brasileira. – São Paulo: Instituto Pólis, 2006. P. 90.

**HOBSBAWM**, Eric J. A Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991/ Eric Hobsbawn; tradução Marcos Santarrita; revisão técnica Maria Célia Paoli. – São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

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

**JACOBI**, Pedro Roberto. “Movimentos sociais urbanos no Brasil: reflexão sobre a literatura nos anos 70 e 80”. In: BIB/ANPOCS , v. 23, p. 18-34, 1987. LIMA, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos.

**LOTTA**, Gabriela. **OLIVEIRA**, Vanessa Elias de. **CAVALCANTE**. Do Insulamento Burocrático à Governança Democrática: transformações institucionais e a burocracia no Brasil. 10º Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política (ABCP). 2016. Disponível em: <https://cienciapolitica.org.br/system/files/documentos/eventos/2017/04/insulamento-autonomia-e-discricionariedade-atuacao.pdf> Acesso em: 16.Out.2020.

**MACPHERSON**, C. B. A democracia liberal: origens e evolução. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

**MEDEIROS**, Nayara Fátima Macedo de. DEMOCRACIA CLÁSSICA E MODERNA: DISCUSSÕES SOBRE O CONCEITO NA TEORIA DEMOCRÁTICA. Revista Eletrônica de Ciência Política, ISSN 2236-451X, vol. 6, n. 2, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/politica/article/view/42359>. Acesso em: 17.Out.2020.

**MELO**, André Luis. *Ressocialização é ato de vontade do cidadão*. Revista Consultor Jurídico, 1 de janeiro de 2013. Disponível em <https://www.conjur.com.br/2013-jan-01/andre-luis-melo-ressocializacao-ato-vontade->

[cidadao](#)>. Acesso em 12 abr. 2020.

**MENDES**, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

**MESQUITA F. J, NOVELLINO F. S. M, &CAVALCANTI T. M.** (2010). *A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um Novo Olhar Sobre o Paradigma da Saúde Mental*. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 07 de Junho de 2020.

**MILLANI**, Helena de Fátima Bernardes e **VALENTE**, Maria Luisa L. de Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)* [online]. 2008, vol.4, n.2, pp. 00-00. ISSN 1806-6976

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

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

**NUNES**, R. M. “SOU DE LUGAR NENHUM, AONDE NÃO VAI NINGUÉM”: a importância do território na Saúde Mental, entre a Psicanálise e a Memória Social. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória Social, Centro de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/documentos/Teses/Tese96.pdf>  
[Acesso em 13.10.2020.](#)

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

**OLIVEIRA**, Jaime Antonio de; **TEIXEIRA**, Sonia Maria Fleury . (Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985. 356p. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Im-previdencia-social-60-anos-hist%C3%B3ria.pdf> Acesso em 04.jun.2020.

**OLIVEIRA**, Valdemar de. *Higiene e puericultura*. São Paulo: Editora do Brasil, 1966, p. 265-66.

- ORTEGA Y GASSET**, José. *La rebelión de las masas*. EspasaLibros, S.L.U., 2010.
- PAIM**, J. S. *Políticas de saúde no Brasil: epidemiologia e saúde*. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 587-603.
- PATEMAN**, Carole. *Participação e teoria democrática*. / Carole Pateman; e Pateman; tradução de Luiz Paulo Rouanet. – Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1992.
- PEREIRA**, Jaira Alana Claro. *O serviço social na saúde mental: um estudo acerca das demandas, competências e dificuldades profissionais nos CAPS à luz da Reforma Psiquiátrica* / Jaira Alana Claro Pereira – Dissertação de Mestrado. UFPB/CCHLA. João Pessoa, 2011. 126f.
- PEREIRA**, José Maria Dias. Rio de Janeiro, Cadernos do Desenvolvimento. v. 6, n. 9, p.121-141, jul.-dez. Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento: Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: [http://www.centrocelsofurtado.org.br/arquivos/image/201111011233060.CD\\_edicao9\\_completo.pdf](http://www.centrocelsofurtado.org.br/arquivos/image/201111011233060.CD_edicao9_completo.pdf) Acesso em 01.Out.2020.
- PEREIRA**, Rosemary Corrêa. *Políticas de Saúde Mental no Brasil: O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01)*. 2004. Tese de Doutorado em ciência na área da saúde pública (Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004). Disponível em: <http://www.mpdft.mp.br/saude/index.php/saude-mental/pesquisa-academica/186-politicas-de-saude-mental-no-brasil-o-processo-de-formulacao-da-lei-de-reforma-psiquiatrica-10-216-01>. Acesso em: 27/08/2020.
- PIRES**, Roberto. **LOTTA**, Gabriela. **OLIVEIRA**, Vanessa Elias de. *Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas* / organizadores: Roberto Pires, Gabriela Lotta, Vanessa Elias de Oliveira. – Brasília: Ipea : Enap, 2018. Disponível em: [https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3247/1/livro\\_Burocracia%20e%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas%20no%20Brasil%20-%20interse%C3%A7%C3%B5es%20anal%C3%ADticas.pdf](https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3247/1/livro_Burocracia%20e%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas%20no%20Brasil%20-%20interse%C3%A7%C3%B5es%20anal%C3%ADticas.pdf). Acesso em: 16.Out.2020.
- PUTNAM**, Robert. *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton: Princeton University, 1993. REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE VOLUME 41, NÚMERO 115 RIO DE JANEIRO, OUT-DEZ

2017 Disponível em:  
<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2018/01/RSD115-web.pdf> Acesso em:  
 03.Mai.2020.

**RODRIGUES**, Thais Ferreira Cidadania, desigualdade social e política sanitária no Brasil / Thais Ferreira Rodrigues. – 1. ed. – Curitiba :Appris 2016. Disponível em:  
<https://pt.scribd.com/read/405745927/Cidadania-desigualdade-social-e-politica-sanitaria-no-brasil#> Acesso em: 12.01.2020.

**ROTELLI**, Franco &**AMARANTE**, Paulo. 1992. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.* (B. Bezerra Jr., P. Amarante. orgs.). Rio de Janeiro: Relume-Dumará. pp.41-55.

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

**SANTOS**, Maria Paula Gomes dos O Estado e os problemas contemporâneos / Maria Paula Gomes dos Santos. – 3. ed. rev. atual. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014.

**SARTORI**. Giovanni. *A TEORIA DA DEMOCRACIA REVISITADA: O debate contemporâneo.* Vol.1 São Paulo: Ática, 1994.

**SILVA**, Lennon Leonardo Pereira da. **ALMEIDA**, Anderson Batista de. **AMATO**, Tatiana de Castro. *Perspectiva dos profissionais sobre o processo de alta de pacientes do Caps-AD: critérios e dificuldades.* REVISTA SAÚDE DEBATE. RIO DE JANEIRO, V. 43, N. 122, P. 819-835, JUL-SET, 2019. Disponível em:  
<http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/27/v.%2043%2C%20n.%20122>  
 Acesso em: 04.jun.2020.

**SILVA**, Tiago Aparecido da. *O processo de construção da rede de atenção psicossocial em uma região de saúde do Estado de São Paulo/* Tiago Aparecido da Silva. São Paulo, 2015. 114p. Disponível em:  
<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/07/1006089/tiagodissertacaocompleta.pdf>  
 Acesso em: 07.Abr.2020.

**SOARES**, Thiago Costa. **DA COSTA**, Jenniffer Beatriz. **LOPES**, LuckasSabioni. *Análise Espacial da Eficiência dos Gastos Públicos em Saúde em Minas Gerais.*In: *Análise Econômica*, Porto Alegre, v. 37, n. 72, p. 113-136, mar. 2019. 113 DOI: dx.doi.org/10.22456/2176-5456.70816.

**SOUZA NETO**, Cláudio Pereira de. **SARMENTO**, Daniel. *Direito constitucional: teoria, história e métodos de trabalho*. 1ª Ed. – Belo Horizonte: Fórum, 2012.

**TEIXEIRA**, C.F., comp. *Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações* [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, 510 p. ISBN 978-85-232-2021-1. <https://doi.org/10.7476/9788523220211>. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/hpttj/pdf/teixeira-9788523220211.pdf> Acesso em 17.Out.2020.

**TEIXEIRA**. EC. *O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e transformação da realidade*. Associação dos Advogados de Trabalhadores Rurais da Bahia 2002. Disponível em: [http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a\\_pdf/03\\_aatr\\_pp\\_papel.pdf](http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf). Acesso em: 15.Abr.2020.

**TEIXEIRA**. S. M. F. *Em defesa da Seguridade Social*. Revista Saúde em Debate. nº 26. Londrina, 1989.

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

**TENÓRIO**, Fernando Guilherme. *(Re)Visitando o Conceito de Gestão Social*. Ensaios. DESENVOLVIMENTO EM QUESTÃO Editora Unijuí. Ano 3, n. 5, • jan./jun. p.101-124, 2005.

**TRAVAGIN**. Letícia Bona. *O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às Organizações Sociais de Saúde*. In: REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE VOLUME 41, NÚMERO 115 RIO DE JANEIRO, OUT-DEZ 2017 ISSN 0103-1104.

**WILSON**, Woodrow. *The Study of Administration*, in: *Political Science Quarterly*, Volume 2. 1887. Disponível em: <https://archive.org/details/jstor-2139277/page/n1/mode/2up>. Acesso em 07.Nov.2020.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION AND CALOUSTE GULBEKIAN FOUNDATION**. *Social determinants of mental health*. Geneva, World Health Organization, 2014. ISBN 978 92 4 150680 9

---

**Referências Legislativas e outros:**

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: [http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_2.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_2.pdf) Acesso em 17.Mai.2020.

\_\_\_\_\_. Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.– Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1\\_conferencia\\_nacional\\_medicamentos\\_farmacutica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_medicamentos_farmacutica.pdf) Acesso em 03.Mai.2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002. / Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/polit\\_fed\\_assist\\_farm.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/polit_fed_assist_farm.pdf) Acesso em: 03.Mai.2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial [internet]. Brasília, DF: MS; 2004. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf) Acesso em: 03.jun.2020

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf) Acesso em: 05.jun.2020.

\_\_\_\_\_. Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Processo SEI-25000.021223/2019-50. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 09.fev.2021.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/SAS n° 224/92:  
[https://www.mppi.mp.br/internet/phocadownload/saude/Saude-mental/portaria%20ms%20224\\_92.pdf](https://www.mppi.mp.br/internet/phocadownload/saude/Saude-mental/portaria%20ms%20224_92.pdf)

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM n° 336/02 – Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS I e CAPS ad. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86p. Disponível em:  
[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Saude\\_mental\\_no\\_SUS\\_os\\_centros\\_de\\_atencao\\_psicossocial/48](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Saude_mental_no_SUS_os_centros_de_atencao_psicossocial/48)

\_\_\_\_\_. Parecer CFM. Disponível em:  
[http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2011/1\\_2011.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2011/1_2011.htm) Acesso em: 02.jul.2020

\_\_\_\_\_. SAÚDE MENTAL NO SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília. 2004. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/SM\\_Sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf)  
 Acesso em: 26.Jun.2020

\_\_\_\_\_. Lei n° 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm). Acesso em 02.jul.2020

\_\_\_\_\_. Decreto n° 1.232, de 30 de agosto de 1994:  
 Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/D1232.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1232.htm) . Acesso em 02.jul.2020.

\_\_\_\_\_. Lei n° 8.689, DE 27/07/1993: Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências..

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8689.htm) Acesso em: 02.jul.2020.

\_\_\_\_\_.PRT/MS 2.607, DE 10/12/2004 - D.O.U. DE 13/12/2004, P. 69: APROVA O PLANO NACIONAL DE SAÚDE - PNS - UM PACTO PELA SAÚDE

\_\_\_\_\_. PRT/MS 971, DE 03/05/2006 - D.O.U. DE 04/05/2006, P. 20: APROVA A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PNPIC) NO SISTEMA UNICO DE SAUDE - SUS

\_\_\_\_\_.Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008.Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2008/lei-11664-29-abril-2008-574731-norma-Atualizada-pl.pdf> . Acesso em 02.Jul.2020.

Canal da TvBrasilGov.NBREntrevista, programa de 26.08.16: O programa convida Ingrid Quintão, do Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal, para falar sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=p9y8q4tvOgw> Acesso em: 03.Abr.2020.

Canal do STJ no Youtube, em 22 de Fev. de 2016 o programa Antes & Depois da Lei, produzido pela Coordenadoria de Rádio e TV do STJ aborda a Lei Antimanicomial. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ojr4xc3HYXA>. Acesso em: 03.Mai.2020.

Entrevista concedida por Jurandir Freire Costa.Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24 [4]: p. 1023-1033, 2014.DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000400003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01023.pdf>. Acesso em 14.Out.2020.

Entrevista concedida por Sérgio Arouca à Revista Radis em 2002 e compartilhada pela Escola Nacional de Saúde Pública – Ensp. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/33499> Acesso em 14.Out.2020.

## ANEXOS A TÍTULO

- CAPÍTULO 3 – ANEXOS:

### ANEXO I

DECLARAÇÃO DE CARACAS (ADOTADA PELA ORGANIZAÇÃO  
MUNDIAL DE SAÚDE EM CARACAS, VENEZUELA, EM 14 DE NOVEMBRO  
DE 1990)

As organizações, associações, autoridades da saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde.

Notando que:

1. A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva;
2. O hospital psiquiátrico como uma única modalidade assistencial, dificulta a consecução dos objetivos acima mencionados por:
  - a) Provocar o isolamento do paciente de seu meio, gerando dessa maneira maior incapacidade para o convívio social;
  - b) Criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente;
  - c) Absorver a maior parte dos recursos financeiros e humanos destinados pelos países aos serviços de saúde mental;
  - d) Fomentar um ensino insuficientemente vinculado às necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

Considerando que:

1. A Atenção Primária de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-americana de Saúde, referendadas pelos Estados Membros para a consecução da meta Saúde para Todos no Ano 2000;

2. Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar a consecução dessa meta por oferecerem melhores condições para o desenvolvimento de programas baseados nas necessidades da população e com características descentralizadas, participativas e preventivas;

3. Os Programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e modelos de organização de atenção à saúde.

DECLARAM:

1. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada a Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais;

2. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

3. Que os recursos, cuidado e tratamento devem: Salvaguardar invariavelmente a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; Estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; Propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário.

4. Que as legislações dos países devem se ajustar de maneira que: Assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais; Promovam a organização de serviços que garantam seu cumprimento;

5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e psiquiátrica deve ser realizada apontando para um modelo cujo eixo passe pelo serviço de Saúde comunitário e propicie a internação psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios diretores que fundamentam esta reestruturação;

6. Que as Organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam acordada e solidariamente a assegurar e desenvolver nos países programas que promovam a reestruturação, assim como se comprometam pela promoção e defesa dos direitos humanos dos pacientes mentais de acordo com as legislações nacionais e com os respectivos compromissos internacionais.

Para o qual:

CONCLAMAM:

Os Ministérios de Saúde e Justiça, os Parlamentos, a Seguridade Social e outros prestadores de serviços, as organizações profissionais, as associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação, organizações de defesa dos direitos humanos e os meios de comunicação social, com o objetivo de apoiar a reestruturação da Atenção Psiquiátrica, assegurando assim o êxito na sua implementação em benefício das populações da região.

## ANEXO II

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Anexo 1)

<b>MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b>					
Região:					
Município:					
População:					
<b>COMPONENTE</b>	<b>Ponto de Atenção</b>	<b>Necessidade</b>	<b>Existentes</b>	<b>éficit</b>	<b>Parâmetro</b>
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro 2011
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas				Consultório na Rua: Portarias nos 122 e 123 de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e o funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.  Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: A ser normatizado por portaria específica.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, apresentada pela Portaria n.

					2488, de 21 de outubro de 2011.
	Centro de Convivência				A ser normatizado por portaria específica.
II. Atenção Psicossocial	CAPS I				Municípios ou regiões com pop. acima de 15 mil hab.
	CAPS II				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III				Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS AD				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS AD III				Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS i				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA SAMU Sala de Estabilização Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/Pronto Socorro				Conforme orientações de Portaria específica.
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO				Conforme orientações da Portaria 121. de 25 de janeiro de 2012.
	UA INFANTO-JUVENIL				Conforme orientações da Portaria 121. de 25 de janeiro de 2012.

	SERVIÇO DE ATENÇÃO EM REGIME RESIDENCIAL				Municípios ou regiões com ao menos 1 CAPS e uma UA adulto.
V. Atenção Hospitalar	LEITOS DE PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL				1 leito para cada 23 mil habitantes
	SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA				
VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT				A depender do nº de municípios que recebam alta após ao menos dois anos de internação ininterrupta em hospital psiquiátrico ou hospital de custódia
	PVC				A depender do nº de municípios que recebam alta após ao menos dois anos de internação ininterrupta em hospital psiquiátrico ou hospital de custódia
VII. Estratégias de Reabilitação Psicossocial	COOPERATIVAS SOCIAIS EMPREENDIMENTOS SOLIDÁRIOS E INICIATIVAS DE TRABALHO E RENDA				Conforme orientações da Portaria n.132 de 26 de janeiro de 2012