
O TRATAMENTO AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL: UM DIÁLOGO COM A LEGISLAÇÃO FEDERAL BRASILEIRA (1935-2001)

*Andréa Noeremberg Guimarães¹, Marina Marques Fogaça², Letícia de Oliveira Borba³, Marcio Roberto Paes⁴,
Liliana Müller Larocca⁵, Mariluci Alves Maftum⁶*

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Paraná, Brasil. E-mail: deia@ufpr.br

² Acadêmica de Enfermagem da UFPR. Bolsista PIBIC/CNPq. Paraná, Brasil. E-mail: marinamf@gmail.com

³ Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf) da UFPR. Bolsista Capes. Paraná, Brasil. E-mail: leticia_ufpr@yahoo.com.br

⁴ Mestrando em Enfermagem pelo PPGEnf/UFPR. Enfermeiro do Hospital de Clínicas da UFPR. Paraná, Brasil. E-mail: marropa@ufpr.br

⁵ Doutora em Educação. Docente do Departamento de Enfermagem da UFPR. Paraná, Brasil. E-mail: larocca_m@terra.com.br

⁶ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf/UFPR. Paraná, Brasil. E-mail: maftum@ufpr.br

RESUMO: Pesquisa de caráter histórico, com fundamentos da História social, desenvolvida em 2008, que objetivou identificar a legislação federal de saúde mental de 1935-2001 e analisar os modos de tratamento preconizados ao portador de transtorno mental. Foram obtidos 36 aparatos legais. No período de 1935-1990, a legislação tratava de questões administrativas da saúde mental com referência a termos como psicopatas, alienação mental e reações psicopáticas, atualmente considerados expressões pejorativas e preconceituosas. Os resultados dos aparatos legais demonstram que nos últimos anos a assistência em saúde mental sofreu amplas transformações e, no período de 1991-2001, os modos de tratamento têm o foco no modelo assistencial que visa à ruptura do modo hospitalocêntrico, ênfase na humanização, reinserção social, preservação e resgate da cidadania das pessoas com transtorno mental e avaliação dos serviços para a garantia dos direitos desse grupo.

DESCRITORES: Saúde mental. Legislação. Tratamento.

TREATMENT FOR MENTAL DISORDER CARRIERS: A DIALOGUE WITH BRAZILIAN FEDERAL LEGISLATION (1935-2001)

ABSTRACT: The objective of this historical study, based on social history and developed in 2008 was to identify Mental Health Brazilian Federal Legislation from 1935 to 2001 and analyze treatment modes used on patients with mental disorders. Thirty-six legal displays were accessed. From 1935 to 1990, Brazilian legislation treated administrative questions in mental health with references to terms like psychopath, mental alienation, and psychopathic reactions, which are now considered pejorative and prejudicial. The results of the legal displays show that in recent years mental health assistance has suffered several transformations. In the period from 1991 to 2001, treatment modes have focused on the care model which seeks a rupture from the hospital-centered model and which emphasizes humanization, social reinsertion, the preservation and rescue of the citizenship of people with mental disorders, as well as the evaluation of these services in order to guarantee these patients' rights.

DESCRIPTORS: Mental health. Legislation. Treatment.

EL TRATAMIENTO A PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL: UN DIÁLOGO CON LA LEGISLACIÓN FEDERAL BRASILEÑA (1935-2001)

RESUMEN: Investigación de carácter histórico-social, desarrollada en 2008, con el objetivo de identificar la legislación federal de salud mental de 1935 a 2001, y analizar los modos de tratamiento recomendados para pacientes con trastorno mental. Se obtuvieron treinta y seis aparatos legales. Se verificó que la legislación en el período de 1935 a 1990 trataba de las cuestiones administrativas de la salud mental. La legislación contiene referencias a términos, tales como: psicopata, alienación mental y reacciones psicopáticas, que en la actualidad son considerados peyorativos y prejuicios. Los resultados demuestran que en los últimos años, la legislación sobre la atención a la salud mental sufrió amplias modificaciones, y en el período de 1991 a 2001, los modos de tratamientos se centran en el modelo asistencial que pretende romper con el modo hospitalocéntrico, enfatizar la humanización, la reinserción social, la preservación y restauración de la ciudadanía de las personas con trastornos mentales y la evaluación de esos servicios para garantizar los derechos de ese grupo.

DESCRIPTORES: Salud mental. Legislación. Tratamiento.

INTRODUÇÃO

A história da psiquiatria no Brasil demonstra que por muitos anos a assistência aliou o isolamento com a cronicidade. Desde o período colonial, buscou-se afastar o louco do convívio social com o intuito de manutenção da ordem. Os que pertenciam às famílias ricas eram presos em suas casas e aos pobres restava perambular pelas ruas ou serem abrigados nos porões das Santas Casas de Misericórdia. Com a urbanização das cidades, no Brasil imperial, houve necessidade de dar “aparência” à sociedade e, então, urgia retirar os loucos e os andarilhos das ruas. Assim, o Imperador D. Pedro II construiu, no Rio de Janeiro, o primeiro hospício brasileiro, que levou seu nome. Sua inauguração, em 1852, pode ser considerada o gatilho pelo qual as pessoas com transtorno mental passaram a ser institucionalizadas em espaços exclusivos, como os diversos asilos e manicômios que foram construídos no país.¹⁻⁴

Desde meados de 1850 até os dias atuais, surgiram decretos e leis para normatizar a assistência às pessoas portadoras de transtorno mental. A criação destes aparatos legais foi influenciada pelo contexto histórico, social e político de cada período. Destarte, as concepções da sociedade e profissionais relativas à saúde e doença mental do ser humano e os modos de tratamento destinados ao portador de transtorno mental também são influenciados por esses contextos, o que vem repercutindo na assistência prestada a essa população.

Estudar a história e as políticas de saúde mental, em meio às mudanças ocorridas no modelo assistencial de saúde mental no país, possibilita compreender a sua atual organização. Para os profissionais de enfermagem, bem como os demais da saúde, esse conhecimento é imprescindível, pois auxilia no planejamento do cuidado e no estabelecimento da relação interpessoal com o paciente. Já, aos familiares, aos usuários e à sociedade, propicia entendimento sobre os recursos disponíveis.⁵

Este estudo compreende uma das etapas do projeto de Iniciação Científica “O contexto histórico, social e político em saúde mental no Brasil, Paraná e Curitiba: dos primórdios de sua organização até a atualidade”, que propõe identificar e analisar a legislação de saúde mental federal, do Paraná e de Curitiba. Esse projeto emergiu da necessidade de embasamento histórico-crítico e teórico para a sustentação de discussões em reuniões do Projeto de Extensão intitulado “O cuidado à saúde de familiares e pessoas com sofrimento mental”, desenvolvido desde 2005.

Na primeira etapa dessa pesquisa, analisou-se a legislação federal de saúde mental no Brasil desde sua organização política até 1934.⁶ O primeiro aparato legal voltado à pessoa com transtorno mental que faz menção ao ser humano foi aprovado após a promulgação da Constituição Federal de 1934, pelo Decreto nº 24.559/34, que, ao dispor sobre a assistência e proteção individual, bem como sobre os bens dos psicopatas, considerava loucos os menores, os anormais, os toxicômanos, os intoxicados habituais e os indivíduos suspeitos incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil.⁷

Com a Constituição de 1934 e a eleição de Getúlio Vargas, acreditava-se que a democracia e a harmonia política seriam estabelecidas no Brasil. Entretanto, os anos seguintes foram marcados pela polarização política e pela defesa de ideias totalitárias. Após o decreto de 1934, surgiram outras normas federais referentes à saúde mental, mas foi somente na década de 1980 que mudanças significativas de inclusão, cidadania e ética, sustentadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, tornaram-se visíveis na legislação. Essa reforma foi oficialmente instituída pela Lei nº 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental e redireciona a assistência em saúde mental.⁸

Este estudo se refere à segunda etapa da pesquisa de Iniciação Científica mencionada e teve como objeto os modos de tratamentos a partir da legislação federal de saúde mental de 1935-2001. Para tanto, objetivou identificar a legislação federal de saúde mental de 1935-2001 e analisar os modos de tratamento preconizados ao portador de transtorno mental.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de caráter histórico, fundamentada nas ideias da História Social, que, ao apresentar uma narrativa dos discursos contidos nas fontes pesquisadas, legislação federal brasileira de 1935-2001, pretendeu reconhecer os modos de tratamentos preconizados à pessoa com transtorno mental.⁹ O contato e o diálogo com as fontes historiográficas se iniciaram em 2008, e o acervo da Biblioteca Pública do Paraná e o site do Ministério da Saúde (MS) foram basilares para a coleta das informações. Foram encontradas como fontes históricas 36 aparatos legais. São eles: 14 Portarias, uma Portaria Interministerial, cinco Resoluções, três Decretos-Lei, quatro Leis, oito Decretos e um Projeto de Lei.

A análise historiográfica foi realizada estabelecendo-se ordem cronológica, por meio da elaboração de um quadro de registros contendo ano da legislação, número e síntese do conteúdo. Na discussão, buscou-se interpretar os modos de tratamento preconizados, bem como o reconhecimento temático de rupturas, continuidades e singularidades.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A trajetória legislativa pesquisada demonstrou a existência de dois períodos nos quais as fontes evidenciaram mudanças paradigmáticas: 1935-1990 e 1991-2001 (Quadros 1 e 2).

Primeiro recorte temporal: legislação federal brasileira de saúde mental entre 1935-1990

No primeiro recorte temporal, a legislação tratava principalmente de questões administrativas da saúde mental, o que permitiu visualizar o movimento de criação do MS e do Código Nacional de Saúde. Há referência a termos como psicopatas, alienação mental e reações psicopáticas, o que demonstra diferentes interpretações de seus usos, dando a ver caminhos de por que estas expressões na atualidade são consideradas pejorativas e preconceituosas.

Quadro 1 - Aparatos legais da área da saúde mental promulgados no Brasil (1935-1990)

Ano	Legislação	Sobre o que estabelece
1935	Decreto nº 301	Regula a operação de crédito destinada a melhorar as instalações de Assistência a Psicopatas.
1941	Decreto-Lei nº 3171	Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde e cria o Serviço Nacional de Doenças Mentais que substitui a Divisão de Assistência a Psicopatas e o Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal.
1941	Decreto-Lei nº 3.497	Cria o Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil no recém-criado Serviço Nacional de Doenças Mentais.
1944	Decreto-Lei nº 7.055	Cria o Centro Psiquiátrico Nacional, ao extinguir o Conselho de Proteção aos Psicopatas.
1953	Lei nº 1.920	Desintegra o MS e o Ministério da Educação.
1953	Decreto nº 34.596	Aprova o regulamento do MS.
1954	Lei nº 2.312	Dispõe sobre normas gerais de defesa e proteção da saúde, sendo posteriormente revogada pela Lei orgânica da saúde nº 8.080/1990.
1955	Decreto nº 37.990	Altera o nome do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, que passou a ser denominado Heitor Carrilho em homenagem ao psiquiatra forense e professor da Universidade Federal Fluminense.
1961	Decreto nº 49.974-A	Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2.312/54.
1961	Decreto nº 51.169	Institui a Seção de Terapêutica Ocupacional e de Reabilitação no Serviço Nacional de Doenças Mentais.
1967	Decreto nº 60.252	Institui a Campanha Nacional de Saúde Mental.
1970	Decreto nº 66.623	Dispõe sobre a organização administrativa do MS e cria a Divisão Nacional de Saúde Mental com a finalidade de planejar, coordenar e fiscalizar os serviços de Assistência e reabilitação de psicopatas e de higiene mental.
1974	Portaria nº 32-BSB	Dispõe sobre a elaboração e execução dos Programas de Saúde Mental.
1979	Portaria Interministerial nº 1.369	Estabelece as diretrizes para a execução da Política de Saúde Mental.
1983	Portaria nº 3.235	Disciplina o processo de curatela e pagamento de proventos dos servidores da Previdência Social acometidos de alienação mental. Define que quando a Junta Médica concluir que, em consequência de alienação mental, o servidor está incapacitado para os atos da vida civil, serão providenciadas as ações de interdição e nomeação de um curador para o servidor.
1988	Resolução nº 6	Implanta o uso das técnicas alternativas nos serviços de Saúde Mental, consideradas recursos terapêuticos que podem auxiliar a prática clínica e recomendadas pela OMS.
1989	Projeto de Lei nº 3.657	Propõe a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a substituição por outros serviços assistenciais extra-hospitalares.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1934, o clima político, econômico e social do país foi caracterizado por crises sucessivas influenciadas pelo clima mundial pós-Primeira Guerra e crise de 1929. A doença mental era considerada caso de ordem pública e de polícia, em que a atuação da psiquiatria era repressiva, com amplos poderes aos psiquiatras, inclusive o de questionar ordens judiciais. Ao doente mental não era garantido qualquer direito de cidadania.³

A legislação relativa à saúde mental, de 1935 a 1940, se destinou às questões administrativas pertinentes à criação e organização da assistência em serviços de saúde específicos. Foi possível perceber um movimento de mudança na nomenclatura utilizada para designar o portador de transtornos mentais, com a extinção nas fontes pesquisadas do termo psicopata, porém, seu uso se manteve pela sociedade e por alguns trabalhadores da área da saúde. Assim, percebe-se que o prescrito não equivale necessariamente ao conceito e à compreensão usual sobre saúde mental que circulava na sociedade brasileira da época.¹⁰

Em 1953 ocorreu a cisão entre o Ministério da Educação e Saúde, e o regulamento do MS aprovado dispôs sobre diversas normas técnicas e burocráticas sem, contudo, fazer referência à área da saúde mental. A partir de 1960, é possível perceber a ênfase no discurso legal relativa ao tratamento hospitalar das pessoas com transtornos mentais. Contudo, existe menção de instituições para-hospitalares e do meio social para sua realização, com extensão à família do portador do agravo. Somente poderia ser internado em nosocômios a pessoa que após avaliação fosse reconhecida como doente mental. As fontes destacaram que os anexos psiquiátricos das Casas de Detenção e Penitenciárias teriam por objetivo a assistência e tratamento dos reclusos com reações psicopáticas.

A legislação da década de 1960 trouxe avanços nas modalidades de tratamento como a criação da Seção de Terapêutica Ocupacional e de Reabilitação no Serviço Nacional de Doenças Mentais, que objetivava a terapêutica ocupacional, a reabilitação de pacientes em todos os hospitais psiquiátricos do país e fomento à formação de especialistas nesta área.¹¹

Com o objetivo de reduzir a incidência de transtornos mentais no país, sustentada em concepções do modelo preventivista, no qual as ações de saúde mental deveriam acontecer em

outros serviços e em contraposição à hegemonia do modelo hospitalocêntrico, foi instituída em 1967 a Campanha Nacional de Saúde Mental. Esta enfatizava medidas para melhorar as condições de assistência aos psicopatas. Foram descritas na legislação investigada campanhas de higiene mental, medidas educacionais para prevenção e combate ao alcoolismo e à toxicomania. Entretanto, no período da ditadura militar, alguns psiquiatras e psicanalistas, em consonância com o governo, encontraram no louco uma grande fonte de lucro. O número de internações por neurose em hospitais psiquiátricos, que em 1965 era de 5.186, em 1970 passou para 18.932. No ano de 1975, esse valor se elevou para 70.383 e, em 1977, já estava em 200.000. Estima-se que, no período de 1950 a 1970, a população de doentes mentais tenha aumentado em 213%, enquanto o crescimento da população geral no Brasil foi de 82%.^{3,11}

Na década de 1970, foi criada a Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam) cujo objetivo era planejar, coordenar e fiscalizar os serviços de assistência e reabilitação de psicopatas e os de higiene mental. Percebe-se que naquela época houve preocupação da esfera governamental com a prevenção da doença mental. Assim, a Portaria nº 32-BSB/74 citava a multiplicidade de problemas que interferem na saúde mental, como processos de mudança e adaptação à sociedade, alcoolismo e dependência de drogas.¹¹ Os discursos legais passam a dar prioridade ao tratamento ambulatorial e à hospitalização de curta permanência, que, preferencialmente, deveria ocorrer em hospitais gerais.

Apesar dessa postura, as condições da assistência psiquiátrica no país evidenciavam espantosas situações de precariedade. Os portadores de transtorno mental eram tratados em hospitais-colônia e manicômios espalhados em todo país, sendo a grande maioria com localização no entorno dos centros urbanos. As internações tinham duração média de 25 anos e superlotavam os hospitais, adotando-se medidas coercitivas e isolamento dos doentes como formas de tratamento, acrescidos da situação dramática do *déficit* de profissionais capacitados.²

No Brasil dos anos de 1970, a assistência à saúde como um todo acontecia em um cenário bastante conturbado. Na saúde mental, especificamente, é importante destacar que a partir de 1974, a Dinsam passou a vivenciar uma crise, que veio a ser o estopim para que o processo de Reforma Psiquiátrica fosse discutido e, posteriormente, implantado.² Esse órgão, que estava com os re-

cursos humanos defasados, começou a contratar profissionais e acadêmicos da área da saúde mantidos por bolsas de estudos. A precariedade nas condições do trabalho agravou a crise do setor, que teve seu ápice com a denúncia de irregularidades em uma das instituições da Dinsam, mobilizando trabalhadores de diversas unidades. Assim, nasceu, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Naquele mesmo ano, Franco Basaglia, líder da Reforma Psiquiátrica democrática de Trieste na Itália, visitou um hospital na cidade de Barbacena, em Minas Gerais, comparando-a a um campo de concentração, pelo caos nas condições de higiene e nutrição, além de técnicas coercitivas e desumanas a que eram submetidos os internos. Essa visita de Franco Basaglia ao Brasil teve forte influência no movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.^{2,10-13}

Nessa mesma época, a Portaria nº 1.369/79 preconizava a cobertura assistencial abrangente à população, por meio de ações de saúde mental integradas nos serviços de saúde, com inclusão da comunidade, desenvolvimento de atividades de prevenção, estímulo a atividades laborativas remuneradas para doentes parcialmente incapacitados e internação psiquiátrica em hospitais gerais nos casos imprescindíveis. São também recomendadas na legislação novas técnicas de tratamento como psicoterapia individual e de grupo, técnicas socioterápicas, utilização de farmacoterápicos e terapia ocupacional.

Em 1986, em Brasília, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, cujos relatórios evidenciaram uma nova concepção de saúde, compreendida como direito do cidadão e dever do Estado, resultado do processo de democratização brasileiro. Em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, considerada um marco histórico do Movimento da Reforma Psiquiátrica, pois significou a renovação ideológica e política do MTSM, além da aproximação às entidades de usuários e familiares. Nesse cenário de transformações da sociedade brasileira, a área da saúde mental e o movimento da Reforma Psiquiátrica ganharam importantes aliados – a inclusão das famílias e dos pacientes – o que levou à criação da associação Loucos pela Vida em São Paulo² e à inauguração em 1986 do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), denominado Professor Luiz da Rocha Cerqueira, que serviu como modelo para implantação de outros centros em todo o país.¹³⁻¹⁴

A primeira experiência de desospitalização no Brasil ocorreu em 1989, com o fechamento da Casa de Saúde Anchieta em Santos, em decorrência de graves denúncias de maus tratos a pacientes e da criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), como forma de tratamento extra-hospitalar, com atendimento 24 horas por dia, durante todos os dias da semana.^{2,13,15} A partir desse evento, surgiu um dos mais importantes aparatos legais federais, o Projeto de Lei nº. 3.657/89, do Deputado Paulo Delgado, que dispôs sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentação da internação psiquiátrica compulsória.¹⁴⁻¹⁵

Segundo recorte temporal: legislação federal brasileira de saúde mental entre 1991-2001

Neste recorte temporal, ficou perceptível a proposição de modos de tratamento que visavam a romper com o padrão hospitalocêntrico. Explicitou-se nas fontes pesquisadas o viabilizar da reinserção social e do resgate da cidadania do portador de transtorno mental, bem como a possibilidade de assistência ambulatorial em Hospitais-dia (HD), CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), atendimento de emergências psiquiátricas em unidades de internação em hospitais gerais, entre outros.

Avanços na reestruturação político-social brasileira, na implantação e operacionalização do SUS bem como na legislação federal de saúde mental começaram a ocorrer. Em 1990 foi extinta a Dinsam e no ano seguinte criada a Coordenação Nacional de Saúde Mental, que teve como primeiro coordenador um profissional de carreira do MS e militante da Reforma Psiquiátrica. Esse período pode ser considerado um momento germinativo para a saúde mental, com intensa articulação de atores na discussão de políticas públicas, com a constituição de grupos de trabalho diferenciados, parcerias formais e informais, diálogo com consultores, sendo expressa com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) em 1992. Outro fator importante desse período foi o aumento de debates e audiências promovidos em torno do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, de modo a possibilitar a explicitação de personagens e grupos de interesse e o desenvolvimento de propostas de atuação política.¹⁶

Quadro 2 - Aparatos legais da área da saúde mental promulgados no Brasil (1991-2001)

Ano	Legislação	Sobre o que estabelece
1991	Portaria nº 189	Aprova a internação psiquiátrica em hospital psiquiátrico e geral e o tratamento em hospital-dia inclui novos procedimentos de atenção à saúde mental: atendimento em grupo executados por profissional de nível superior e nível médio, Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial, oficinas terapêuticas, visita domiciliar realizada por profissional de nível superior e Psicodiagnóstico.
1992	Portaria nº 224	Estabelece diretrizes e normas que regulamentam os serviços ambulatorial e hospitalar para o tratamento psiquiátrico.
1992	Portaria nº 407	Dispõe sobre a criação de um grupo de procedimento transitório, denominado Internação em Psiquiatria III.
1992	Portaria nº 408	Inclui grupos de procedimento Internação em Psiquiatria III e Internação em Psiquiatria IV no Sistema de Informações Hospitalares do SUS.
1993	Portaria nº 088	Estabelece critérios para o processo de credenciamento dos hospitais psiquiátricos no código de procedimento Internação em Psiquiatria IV.
1993	Resolução nº 093	Cria a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica para avaliar e definir estratégias para esse processo em curso.
1994	Resolução nº 1.407	Estabelece princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental.
1994	Portaria nº 145	Cria um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência de saúde mental em estabelecimentos credenciados no SUS em todo o território nacional.
1994	Portaria nº 147	Exige a apresentação escrita pela instituição, de um projeto terapêutico.
1995	Portaria nº 149	Estabelece normas referentes à conduta dos hospitais psiquiátricos acerca da internação de pacientes grábitos.
1998	Resolução nº 11	Dispõe sobre a cobertura obrigatória de tratamentos nos níveis ambulatorial e hospitalar.
1999	Portaria nº 1.077	Implanta o Programa de Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental.
1999	Lei nº 9.867	Dispõe sobre a criação de cooperativas sociais.
1999	Resolução nº 298	Constitui Comissão de Saúde Mental que objetiva auxiliar na formulação de políticas de saúde mental.
2000	Portaria nº 106	Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) no âmbito do SUS.
2000	Portaria nº 799	Institui o Programa Permanente para Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental.
2001	Portaria nº 175	Complementa a Portaria 106/00 acerca da assistência nos SRTs.
2001	Lei nº 10.216	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
2001	Decreto nº 3.956	Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência.

A partir da década de 1990, foram iniciadas de forma mais enfática as lutas do movimento antimanicomial nos campos legislativo e normativo, em consonância com a construção da Reforma Psiquiátrica.¹⁷ Em novembro de 1991 foi promulgada a Portaria nº. 189, que propôs a ampliação significativa na oferta de serviços e procedimentos em saúde mental. No ano seguinte, a Portaria nº 224, além de complementar a Portaria nº 189, tornou-se referência para o processo de transformação do modelo de atenção à saúde mental no país, uma vez que propunha o atendimento em unidades básicas, ambulatórios, NAPS/CAPS, HD, unidades de internação e de urgência psiquiátrica em hospitais gerais e especiali-

zados, cujas atividades deveriam ser desenvolvidas por uma equipe multiprofissional.¹⁶

Tal portaria preconiza que a assistência deve ser variável de acordo com o tipo de estabelecimento, podendo englobar a atenção individual (consultas, orientações, psicoterapia e medicamentos) e o atendimento grupal (oficinas terapêuticas, atividades socioterápicas, grupos operativos e psicoterapia), bem como visitas domiciliares, orientações aos familiares e atividades comunitárias, visando à reintegração social do portador de transtorno mental. Ainda ocorreram outros importantes avanços nos modos de tratamento, como a proibição de celas fortes nos hospitais psiquiátricos,

a necessidade de registros completos nos prontuários e a inviolabilidade de correspondências dos pacientes em internação, exigindo-se também, nessas instituições, sala de estar com televisão e música, área externa para deambulação, esportes e sala de jogos. Foram acrescentados novos procedimentos no Sistema de Informações do SUS, com ênfase na participação social, na formulação e no controle das políticas de saúde mental, bem como na definição de órgãos responsáveis para o cumprimento e possíveis complementações do disposto.

A fonte pesquisada evidencia uma rede de serviços diversificada e qualificada, com modos de tratamento para todos os níveis de complexidade de cuidados, tendo como foco um modelo de atenção à saúde mental, com vistas à ruptura do padrão hospitalocêntrico, enfatizando a humanização da assistência, o resgate e a preservação da cidadania do portador de transtorno mental.

As duas portarias citadas marcaram o início oficial da Reforma Psiquiátrica no Brasil, movimento que evidenciou e, posteriormente, consolidou significativas mudanças nos modos de tratar os usuários dos serviços de saúde mental, ampliando espaços, procedimentos e equipe de saúde, entre outros avanços.⁵

Com o propósito de exigir o cumprimento integral das novas normativas nos hospitais psiquiátricos, foi aprovada a Portaria nº 407/92, que criou um grupo de procedimentos transitórios, denominado Internação em Psiquiatria III, cujo credenciamento dependia de vistoria da Secretaria Estadual de Saúde à instituição para avaliação da correta aplicação das normas em vigor. Tal grupo, no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, por meio da Portaria nº 408/92, foi posteriormente agregado a outro: Internação em Psiquiatria IV. O quesito principal para a habilitação à cobrança desse procedimento era a comprovação da adequação do hospital psiquiátrico às normas dispostas na Portaria nº 224/92. O processo de credenciamento nesse procedimento incluía vistoria do gestor estadual, parecer técnico da Coordenação de Saúde Mental e deliberação do secretário estadual da saúde.

Em 1992, foi realizado em Brasília a II CNSM, cujos temas centrais de deliberações foram referentes ao modelo de atenção em saúde mental, à transformação e cumprimento de legislação e aos direitos de cidadania, que influenciaram algumas mudanças na legislação federal de saúde mental. Foi com base nelas que o plenário do Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº 93/93, que criou a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, composta por representantes de prestadores de serviços, usuários,

familiares, gestores e associações de profissionais de saúde, respeitando a Lei nº 8.142/90. Essa Conferência também conduziu à incorporação na legislação brasileira dos 25 princípios para a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental, aprovados pela ONU em 17 de dezembro de 1991.¹¹

Por meio da Portaria nº 145/94, ficou estabelecido que a vistoria da assistência à saúde mental nos estabelecimentos credenciados deveria ser realizada por grupos compostos de representantes de gestores, usuários, familiares, prestadores de serviços e associações de profissionais de saúde. Os hospitais psiquiátricos deveriam ser priorizados, e as escolhas poderiam ser a partir de amostras aleatórias, denúncias ou solicitações. Quando constatadas anormalidades nos estabelecimentos durante as vistorias, os relatórios das irregularidades encontradas seriam emitidos e as respectivas sanções aplicadas.

Mediante a Portaria nº 147/94, foi previsto que cada instituição psiquiátrica precisa estabelecer um projeto terapêutico com ações executadas por equipe multiprofissional e adequadas à característica da clientela desde a admissão até a alta do paciente, bem como sistemas de referência e contrarreferência, que garantam a continuidade do tratamento após a alta hospitalar. Assim, o projeto terapêutico tornou-se um importante instrumento avaliativo do serviço de hospitalização utilizado pela supervisão técnica, pois possui a capacidade de realizar de forma objetiva estudos comparativos da realidade institucional.

De 1991 a 1996, o potencial germinativo da produção normativa, apesar de não ter configurado um desenho de modelo assistencial ansiado pela reforma psiquiátrica, constituído por serviços de complexidade e territorializada, preparava campo para a construção da rede ampla pelo enfrentamento da questão da desospitalização e da abertura do financiamento, bem como pela construção de consensos e de legitimidade em torno da política de saúde mental.¹⁶

Em meados de 1996 o então coordenador deixou o cargo e logo em seguida houve mudança de Ministro da Saúde. De 1997 a 1999, a produção normativa na área de saúde mental diminuiu. Em 1998, foi aprovada a Resolução nº 11 que trata da cobertura de tratamentos de pessoas com transtornos mentais por planos e seguros privados de saúde. O Conselho de Saúde Suplementar do MS, ao considerar a importância da adoção de medidas que evitem a estigmatização e institucionalização dos portadores de transtornos psiquiátricos, aprovou essa legislação que dispõe sobre a cobertura obrigatória de tratamentos ambulatorial e hospitalar.¹⁶

Em 1999, com a aprovação da Portaria nº 1.077, foi implantado o Programa de Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federais e estaduais do SUS. Dessa forma, o tratamento farmacológico pela rede pública de atenção ambulatorial com medicamentos psicotrópicos básicos passou a garantir aos usuários maior acessibilidade e continuidade no tratamento farmacológico.¹⁶

Um dos aspectos amplamente contemplados no processo de Reforma Psiquiátrica foi a inclusão social da pessoa com transtorno mental mediante a criação de cooperativas sociais para sua inserção no mundo do trabalho. O portador de transtorno mental acaba por vivenciar situações de desvantagem no mercado econômico, sendo incluídos nesse processo os deficientes mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente e os egressos de hospitais psiquiátricos. As cooperativas sociais foram criadas com a Lei nº 9.867/99 e visam, por meio do trabalho, à promoção do ser humano e sua integração social. Cabe a elas organizar as instalações e as jornadas e realizar treinamentos visando à minimização das dificuldades individuais e gerais dos envolvidos, de modo a maximizar a produtividade e a independência econômica e social.

Em 2000, a nova estrutura ministerial adotada e as novas coordenações de áreas técnicas, como a de saúde mental, evidenciam o retorno de um espaço propício à alavancagem das políticas públicas.¹⁶ A criação dos SRTs foi imprescindível para a concretização do processo de reestruturação do modelo de atenção em saúde mental no país. Trata-se de moradias ou casas destinadas a egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não têm suporte social e laços familiares. Os projetos dos SRTs devem contemplar o respeito aos direitos de cidadania dos usuários, a construção da autonomia no desenvolvimento de atividades diárias da vida, a ampliação da inclusão social e a reabilitação psicossocial, por meio de programas de reintegração social, reinserção laboral, mobilização de recursos comunitários e estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários. Os profissionais da equipe técnica do estabelecimento no qual está vinculada um SRT devem atuar na assistência e na supervisão das atividades realizadas nesses serviços.

Ainda em 2000, houve a criação do Programa Permanente para Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental. Esse serviço deve ser desenvolvido por Grupos Técnicos e tem como objetivos avaliar a qualidade da

atenção prestada em saúde mental, supervisionar a adoção de medidas nos hospitais psiquiátricos que apontam para o prosseguimento do processo de reversão do modelo assistencial, sugerir métodos terapêuticos alternativos e promover protocolos para regulação da assistência em saúde mental.

Em 6 de abril de 2001 foi sancionada a Lei nº 10.216, ou “Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira”, como é conhecida. Esta reforma é aqui entendida como um processo complexo político e social caracterizado por atores, instituições e outras forças, que incidem nos níveis federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtorno mental e de familiares, nos movimentos sociais, no imaginário social e na opinião pública. Ela abrange um conjunto de modificações de práticas, conhecimentos e valores culturais e sociais. É no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.¹⁷

A Lei nº 10.216/01 dispõe sobre a proteção aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental e é considerada resultado da substituição ao Projeto de Lei nº 3.657-A/89. Os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais estabelecidos por essa Lei compreendem: ter acesso ao melhor tratamento, ser tratada com humanidade e respeito, ser protegida de abusos e exploração, ter garantia de sigilo, receber informações, ter acesso aos meios de comunicação, ser tratada pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários. O tratamento no regime de internação deve visar à reinserção social e abranger atenção integral, que inclui assistência médica, social, psicológica, ocupacional e de lazer. Não consta nessa Lei a ideia central de extinção dos hospitais psiquiátricos proposta por Paulo Delgado, mas ela proíbe a internação em instituições com características asilares e estabelece que a internação em hospitais psiquiátricos somente seja indicada quando os serviços extra-hospitalares forem insuficientes. Desse modo, esse dispositivo tornou-se um marco para os processos de reestruturação do modelo de atenção em saúde mental e Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Ainda em 2001, foi aprovado, por meio do Decreto nº 3.956, o texto da Convenção Interamericana para a “Eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência”, que inclui a restrição mental como forma de deficiência. O texto afirma que as pessoas

com deficiência têm os mesmos direitos e liberdades inerentes ao ser humano e estabelece medidas para eliminar a discriminação contra essas pessoas. Essas medidas incluem o fornecimento de serviços, bens, instalações, programas e atividades, visando à plena integração à sociedade, garantia de melhor nível de independência e qualidade de vida pela detecção, tratamento, reabilitação, educação e formação ocupacional e sensibilização da população.

CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou a identificação da legislação referente à assistência à saúde mental no recorte temporal proposto e também o conhecimento do contexto histórico e social que a ela estava atrelado, dando visibilidade aos processos singulares relacionados à assistência em saúde mental no Brasil. Foi possível perceber avanços legislativos e os primórdios legais que influenciaram o movimento político e social conhecido como Reforma Psiquiátrica, que culminou na consolidação das atuais políticas públicas em saúde mental.

Pelos modos de tratamentos referidos nos aparatos legais que serviram como fontes historiográficas, percebe-se que, nos últimos anos, a assistência em saúde mental sofreu várias transformações, algumas em decorrência da necessidade de reavaliação e reestruturação da organização do modelo assistencial de saúde mental no país. Infere-se que a legislação federal de saúde mental do período de 1991-2001 apresenta modos de tratamento com o foco no modelo assistencial baseado nos princípios básicos de atenção à saúde mental, com vistas à ruptura do padrão hospitalocêntrico, viabilização da humanização da assistência, reinserção social, preservação e resgate da cidadania das pessoas com transtornos mentais e avaliação dos serviços para a garantia dos direitos desse grupo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Memória da loucura: apostila de monitoria. Brasília (DF): MS; 2004.
2. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 1995.
3. Santos NG. Do Hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental. Santa Catarina (SC): Letras Contemporâneas; 1994.
4. Peres MAA, Barreira IA. Desenvolvimento da assistência médica e de enfermagem aos doentes mentais no Brasil: os discursos fundadores do hospício. *Texto Contexto Enferm.* 2009 Out-Nov; 18(4):635-42.
5. Maftum MA. O Ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004.
6. Canabrava DS, Souza TS, Fogaça MM, Guimarães AN, Borille DC, Villela JC, et al. Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. *Rev Eletr Enf.* 2010 Jan-Mar; 12(1):170-6
7. Brasil. Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934: dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. *Coleção de Leis do Brasil*, 31 Dez 1934. v. 004, p. 351.
8. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001: dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, 09 Abr 2001. p. 2.
9. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.
10. Amarante P. Rumo ao fim dos manicômios. *Rev Mente Cérebro.* 2006 Set; 164(9):30-5.
11. Messas GP. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. *Hist Cienc Saúde - Manguinhos.* 2008 Jan-Mar;15(1):65-98.
12. Paulin LF, Turato ER. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *Hist Cienc Saúde - Manguinhos.* 2004 Mai-Ago; 11(2):241-58.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF): MS; 2004.
14. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009 Jan-Fev; 14(1):297-305.
15. Machado K. Como anda a reforma psiquiátrica? *Radis Comunic Saúde.* 2005 Out; 38(10):11-9.
16. Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad. Saúde Pública.* 2008 Fev; 24(2):456-68.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Brasília (DF): MS; 2005.

Correspondência: Mariluci Alves Maftum
Endereço: Rua João Clemente Tesseroli, 90
81520-190 - Jardim das Américas, Curitiba, PR, Brasil
E-mail: maftum@ufpr.br

Recebido em: 18 de agosto de 2009
Aprovação final: 30 de março de 2010