

ARENAS DE PRODUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: A NOVA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

João Cauby de Almeida Júnior

PUBLIC POLICY-MAKING ARENAS: A NEW NACIONAL
POLICY ON MENTAL HEALTH

RESUMO

A INTERAÇÃO ENTRE OS PODERES EXECUTIVO E LEGISLATIVO NO PROCESSO DE PRODUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS APRESENTA CONTORNOS DIVERSIFICADOS, QUE VARIAM SEGUNDO AS REGRAS INERENTES AO SISTEMA POLÍTICO, AS ESTRATÉGIAS ADOTADAS POR ESSES ATORES POLÍTICOS E A CAPACIDADE DOS GRUPOS SOCIAIS ORGANIZADOS DE INFLUENCIAR AS DECISÕES POLÍTICAS RELATIVAS A POLÍTICAS PÚBLICAS. NÃO HÁ, PORTANTO, UM PADRÃO ÚNICO DE INTERAÇÃO ENTRE ESSES PODERES NO PROCESSO DECISÓRIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS. NO SISTEMA POLÍTICO BRASILEIRO, O EXECUTIVO E O LEGISLATIVO SÃO OS RESPONSÁVEIS DIRETOS PELO ENCARGO ESTATAL DE EDITAR POLÍTICAS PÚBLICAS, DAÍ O OBJETIVO DESTA TRABALHO DE INVESTIGAR, SOB O ENFOQUE NEOINSTITUCIONALISTA, AS BASES DA INTERAÇÃO ENTRE ESSES PODERES NA PRODUÇÃO DA NOVA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, NO PERÍODO DE 1989 A 2001, SEU PERÍODO DE CONSOLIDAÇÃO NORMATIVA, EM MEIO À CORRELAÇÃO DE FORÇAS QUE SE COSTUMA ESTABELECEER ENTRE ELAS NO PROCESSO DECISÓRIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.

PALAVRAS-CHAVE

POLÍTICAS PÚBLICAS; SAÚDE MENTAL; INTERAÇÃO EXECUTIVO E LEGISLATIVO.

ABSTRACT

THE INTERACTION BETWEEN EXECUTIVE AND LEGISLATIVE IN THE PROCESS OF PUBLIC POLICY-MAKING PRESENTS DIVERSIFIED CONTOURS, WITH VARY ACCORDING TO THE RULES INHERENT IN THE POLITICAL SYSTEM, THE STRATEGIES ADOPTED BY THESE POLITICAL ACTORS AND THE ABILITY OF ORGANIZED SOCIAL GROUPS TO INFLUENCE POLITICS DECISIONS RELATED TO PUBLIC POLICIES. THEREFORE THERE IS NO SINGLE PATTERN OF INTERACTION BETWEEN EXECUTIVE AND LEGISLATIVE IN THE PROCESS OF PUBLIC POLICIES PRODUCTION. IN THE BRAZILIAN POLITICAL SYSTEM THE EXECUTIVE AND THE LEGISLATIVE ARE DIRECTLY RESPONSIBLE FOR THE INCUMBENCY OF EDITING PUBLIC POLICY, HENCE THE OBJECTIVE OF THIS RESEARCH TO INVESTIGATE, UNDER THE NEW INSTITUTIONALISM APPROACH, THE BASIS OF THE INTERACTION BETWEEN THESE POWERS IN THE PRODUCTION OF A NEW NATIONAL POLICY IN MENTAL HEALTH BETWEEN 1989 AND 2001, ITS PERIOD OF LEGAL CONSOLIDATION, CONSIDERING THE CORRELATION OF FORCES THAT ARE USUALLY ESTABLISHED BETWEEN THEM IN THE PROCESS OF PUBLIC POLICIES PRODUCTION.

KEYWORDS

PUBLIC POLICIES; MENTAL HEALTH; INTERACTION EXECUTIVE AND LEGISLATIVE.

I POLÍTICAS PÚBLICAS E A PERSPECTIVA NEOINSTITUCIONALISTA

Ao analisar o estado de campo da pesquisa em políticas públicas no Brasil, Celina Souza (2003) reporta-se à aceitação da literatura neoinstitucionalista por parte da ciência política brasileira, mencionando o fato de que as possibilidades para que essa área obtenha um maior rigor teórico-metodológico são mais amplas atualmente do

que em um passado recente. Embora ela ressalte o fato de não haver uma melhor definição de política pública, resume-a como:

o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar “o governo em ação” e/ ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente) (2007, p. 69).

A alusão a regras é um ponto comum nas análises de políticas públicas. Segundo Theodore Lowi (1985), política pública é uma regra formulada por alguma autoridade governamental e que tem por escopo influenciar o comportamento dos cidadãos, por intermédio de sanções negativas ou positivas. As regras, em verdade, definem padrões de comportamento dos atores políticos e regem os processos decisórios de políticas públicas. Mudanças efetivadas nas regras redefinem padrões de atuação e alteram o modo de interação entre os Poderes Executivo e Legislativo, responsáveis diretos pela produção dessas políticas, bem como a forma pela qual os outros atores políticos atuam nos processos decisórios de políticas públicas.

No âmbito deste estudo, que pretende investigar o processo decisório de uma política pública que possui o controle social enquanto um dos seus princípios fundamentais, como é o caso da saúde, é representativo o fato de o neoinstitucionalismo voltar-se não somente para as instituições em si, mas também para os atores políticos e para suas estratégias de atuação em arenas específicas, tudo a influenciar os processos de produção de políticas públicas, em que as regras do processo decisório e os padrões de interação entre os Poderes Executivo e Legislativo têm destacado papel.

A produção de políticas públicas, sob a perspectiva neoinstitucionalista, passou a constar da pauta central do sistema político brasileiro, em um contexto mundial de revisão da concepção e do papel do Estado na sociedade e na economia. Nessa direção, a investigação acerca das instituições políticas brasileiras “está perpassada por um complexo – e imenso – debate interpretativo no interior do próprio mundo acadêmico brasileiro” (PALERMO, 2000, p. 521).

Essas discussões, além de apresentar novas perspectivas e modelagens nas formas de estruturação e atuação do Estado, promoveram uma verdadeira “redescoberta” da agenda intelectual sobre políticas municipais, descentralização do Estado, participação e transparência na esfera pública, dentre outras questões relativas ao desenho institucional (MELO, 1999). Revitalizou-se a agenda de pesquisa sobre políticas públicas. Os livros sobre desenvolvimento e planejamento desatualizaram-se e o cenário desenvolvimentista de outrora deu lugar a um novo contexto onde a formulação de *polícies* passa a constituir causa e efeito das mudanças político-institucionais em curso (REIS, 2003).

A constatação de que a política pública faz a política incentivou uma série de pesquisas recentes sobre os modos de produção e de implementação de políticas específicas

no Brasil: privatização, tributação, previdência, saneamento e meio ambiente foram algumas delas. Suas arenas específicas e seus processos de formulação e de mediação de interesses evidenciaram não haver um único padrão de interação entre agentes estatais e não estatais no processo decisório de políticas públicas.

Além da ênfase nas investigações empíricas sobre o funcionamento das instituições, o que contribuiu para testar e contradizer algumas interpretações acerca do funcionamento do sistema político brasileiro, as novas pesquisas têm feito uso de metodologias até então pouco utilizadas neste país, como a das redes sociais, utilizada por Eduardo Cesar Marques (2000) para demonstrar a relação que foi constituída entre a burocracia técnica, políticos e agentes de empresas estatais e privadas na implementação da política de saneamento básico do Rio de Janeiro entre 1975 e 1996.

Novas interpretações acerca da relação entre sociedade e Estado, mais condizentes com a mútua influência que existe entre essas instâncias,¹ têm sido formuladas, o que incentiva a realização de outras pesquisas, até mesmo para confirmar a veracidade das hipóteses anteriormente levantadas. O sistema político brasileiro é caracterizado em muitas dessas pesquisas, inclusive da literatura comparada, como um sistema dotado de baixa eficácia quanto à decisão e implementação de políticas públicas (PALERMO, 2000). Nessa direção, distorções no sistema presidencialista e na estrutura político-partidária são apontadas como fatores centrais do baixo desempenho governamental e da fragilidade dos mecanismos institucionais pátrios (MAINWARING, 1993).

Essas análises, contudo, começaram a ser refutadas por recentes estudos, que apresentam consistentes dados empíricos. Questionando as bases da literatura tradicional sobre o funcionamento do sistema político brasileiro, Argelina Figueiredo e Fernando Limongi (2001) estabeleceram um marco divisor na agenda de pesquisas sobre esse tema ao apresentarem argumentos e elementos empíricos de que tal literatura ignorou as instituições que regulam o processo decisório no Legislativo e os poderes legislativos da Presidência da República, demonstrando o controle exercido pelo presidente da República e pelos líderes partidários sobre a agenda dos trabalhos parlamentares, bem assim sobre o processo decisório no Congresso Nacional. E que, na dinâmica dessa interação, o Legislativo atua de forma organizada e centralizada, envolto a regras que influenciam a atuação dos parlamentares e inibem a indisciplina partidária.

Os críticos da abordagem de Figueiredo e Limongi, no entanto, apontam que o sucesso do Executivo estaria superdimensionado nas pesquisas por eles desenvolvidas, posto que seus dados empíricos não consideraram as propostas que a Presidência teria interesse em aprovar e que não foram transformadas em lei. Essa agenda não contemplada pelo Congresso mostraria, segundo seus críticos, o grau de conflito entre Executivo e Legislativo (DINIZ, 2005).

Outra crítica diz respeito ao caráter pontual de suas pesquisas, mais centradas na Câmara dos Deputados, fato que poderia macular suas conclusões, considerando que

inúmeras proposições do Executivo consubstanciam-se na forma de emendas constitucionais, que são discutidas e votadas em cada uma das Casas do Congresso Nacional, em dois turnos.

De todo modo, os estudos efetuados por Figueiredo e Limongi renovaram a agenda de pesquisa sobre políticas públicas no Brasil, a qual, por conta disso, apresenta agora duas grandes vertentes. Enquanto a primeira proclama que as relações entre os Poderes Executivo e Legislativo dar-se-iam em bases conflituosas e com baixos índices de eficácia na implementação da agenda governamental; a segunda, capitaneada por esses autores, defende, inversamente, que não há nenhum conflito estrutural de interesses insuperável entre esses Poderes e que o Executivo é o protagonista principal da produção legislativa (DINIZ, 2005).

Cláudio Gonçalves Couto (1998) classifica os padrões de interação entre Executivo e Legislativo em conformidade com três variáveis: quanto à estratégia, quanto à modalidade e quanto aos elementos de troca, ao tempo em que esclarece:

Quanto à estratégia, a interação pode ser basicamente cooperativa ou conflitiva (competitiva); quanto à modalidade poderá ser estável (coalizões/oposição rígida) ou instável (negociações pontuais) e, enfim, quanto à moeda de troca (caráter) poderá ser programática ou alocativa/fisiológica (1998, p. 45).

Ele alerta, contudo, tratar-se de um modelo ideal e que apresenta diversas variações na prática. O tipo de interação entre Executivo e Legislativo dependerá, basicamente, das regras do jogo político estabelecidas pelo sistema de governo e das escolhas individuais dos atores políticos, que, embora sejam tomados como indivíduos racionais, atuam sob constrangimentos institucionais. Balizadora dessa relação, a Constituição Federal atua, ainda de que de forma genérica, na definição dos parâmetros e dos princípios desse jogo político. É que, de acordo com a lógica poliárquica, as normas constitucionais conformam os sistemas políticos e instituem as condições gerais para o seu funcionamento e para atuação dos agentes políticos (COUTO; ARANTES, 2006).

O novo desenho institucional brasileiro, inaugurado pela Constituição de 1988, alocou para o chefe do Executivo inúmeras ferramentas, dentre as quais as medidas provisórias, permitindo-lhe efetivar decisões políticas e forçar a cooperação do Legislativo. Ao ímpeto legiferante do Executivo somou-se a disposição do Parlamento em cooperar e votar de maneira disciplinada em seus projetos de leis. Assim,

O comportamento disciplinado da maioria de deputados e senadores brasileiros ante a orientação das coalizões majoritárias, transmitidas pelos líderes de governos ou pelos líderes partidários, quanto às decisões

legislativas é amplamente conhecido. Esse desempenho tem marcado de forma tão preponderante o recente padrão de relações entre o executivo e o legislativo no Brasil que alguns autores consideraram necessário redefinir o conceito de presidencialismo de coalizão cunhado por Abranches (1988) ante os receios sobre o funcionamento do sistema político resultante da transição democrática (MOISÉS, 2011, p. 16).

A agenda política do Brasil, nas décadas de 1980 e 1990, estimulada pelo processo de transição democrática foi aos poucos incorporando a questão da reforma do Estado, recorrente nos debates sobre a necessidade de rever sua estrutura, aprimorar sua atuação e de enfrentar as crises econômica e fiscal daquele período (MELO, 1999; PRZEWORSKI, 1998; RUA, 1997; SANTOS, 1997). Nesse contexto de mudanças político-institucionais, o Poder Executivo manteve a dianteira do processo legislativo, fazendo uso, sempre que possível, do seu poder geral de decreto.

E, mesmo após promulgação da Constituição Federal de 1988, que aboliu um dos principais instrumentos desse poder, o decreto-lei, havido como autoritário e despótico, tratou-se de encontrar um substituto à altura daquele instituto para acelerar as decisões governamentais, qual seja, a medida provisória.

2 O PROCESSO DE PRODUÇÃO DA NOVA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO PERÍODO DE 1989 A 2001

Embora no sistema presidencialista as políticas públicas resultem da interação entre Executivo e Legislativo (KINZO, 1997), pouca atenção era dispensada ao modo de articulação do Congresso Nacional durante o processo decisório. Só recentemente, a pesquisa nessa área passou a dar destaque ao papel de variáveis internas à organização do Legislativo e à importância desse Poder no processo decisório de políticas públicas.

Segundo Ellen Immergut (1996), as decisões políticas em sistemas democráticos supõem um acordo acerca de vários pontos das cadeias de decisões existentes, de modo que

A sorte de uma proposta legislativa, como a que se refere um sistema nacional de seguro saúde, depende do número e das oportunidades de veto distribuídas ao longo dessa cadeia. Se os políticos que ocupam o Executivo querem aprovar um novo programa de ação, eles têm de ser capazes de reunir votos favoráveis em todas as instâncias de decisão dessa cadeia (1996, p. 144).

Com a promulgação da Constituição brasileira de 1988, revigorou-se o debate acerca do tipo de interação que se estabelece entre os Poderes Executivo e Legislativo

no processo de produção de políticas públicas, notadamente em face da utilização das medidas provisórias pelo primeiro. Mas o Executivo possui, além das medidas provisórias, outros instrumentos relativos ao seu poder geral de decreto, que também diminuem os pontos de vetos às suas propostas e contribuem para a mudança do *status quo*, conforme ficou evidenciado no processo de produção da nova política nacional de saúde mental.

A saúde, enquanto condição para o exercício dos demais direitos sociais previstos na Carta Política de 1988² (BRASIL, 2011), foi inscrita nesse diploma como um direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas públicas específicas que visem ao acesso universal e igualitário às suas ações e serviços (art. 196).

Na origem desse processo de constitucionalização do direito à saúde pode ser identificado um expressivo movimento de contestação do sistema público de saúde vigente à época, caracterizado como:

[...] um sistema da cura, da morte e do comércio. Desde há muito deficiente, foi construído ao longo desses vinte e tantos anos de ditadura. Na verdade, nunca tivemos uma política séria de saúde pública, que estivesse voltado para interesses da população (SOUSA, 1999, p. 19).

Mas, concluído o processo constituinte e promulgada a Constituição de 1988, institucionalizou-se no Brasil um novo sistema de saúde pública, com possibilidade de acesso universalizado e igualitário às suas ações e serviços e regido segundo as diretrizes da descentralização e da participação da comunidade. A política nacional de atenção à saúde mental é uma das políticas integrantes desse sistema e os novos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, como passou a ser denominado, tiveram forte impacto sobre esta.

Pronunciando-se acerca do modelo anterior de atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais, o Ministério da Saúde, recentemente, reconheceu:

[...] o Estado tem uma dívida ético-política com a população brasileira portadora de sofrimento psíquico, que foi excluída da sociedade, despojada de seus direitos, massacrada em sua subjetividade ao ser transformada em invisível no território de ninguém de uma institucionalização perversa, muitas vezes financiada com verbas públicas, em hospitais de características asilares, abrigos, asilos de idosos e outros [...] (BRASIL, 2007, p. 58).

Razões mais que suficientes para que o modelo anterior de assistência à saúde mental do Brasil fosse fortemente criticado e combatido por profissionais da saúde, familiares de pacientes e entidades da sociedade civil, haja vista que ele se pautava em tratamentos obscuros e na exclusão das pessoas portadoras de transtornos mentais do

convívio social, submetidas que eram a longas internações em asilos ou hospitais psiquiátricos. Quadro que começaria a mudar somente no final da década de 1980.

2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O PROJETO DE LEI ANTIMANICOMIAL

Além da instituição do novo sistema público de saúde, dois outros importantes vetores contribuíram para a promoção de mudanças na política nacional de saúde mental, quais sejam o movimento de Reforma Psiquiátrica e o Projeto de n. 3.657 (BRASIL, 1989), também conhecido como projeto de “Lei Antimanicomial”, apresentado ao Congresso Nacional em 1989.

O movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira tem a sua própria história, alinhada inclusive ao contexto internacional, onde se buscava suplantiar a violência do modelo asilar (BRASIL, 2005). A origem desse movimento, formado inicialmente por profissionais da área da saúde mental, remonta ao ano de 1970 e tem como um dos seus fundamentos a crítica ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, visando suas transformações.

Os sofrimentos causados e as violações perpetradas contra os doentes levaram o movimento de Reforma Psiquiátrica a propor, diversamente dos postulados inerentes ao antigo modelo de atendimento, a desinstitucionalização, a desospitalização e a humanização na assistência aos mesmos (AMARANTE, 1995).³

As propostas de desinstitucionalização e de desospitalização foram inspiradas no processo de reorganização psiquiátrica da Itália, liderada por Franco Basaglia, e que tinha por objetivo liberar a pessoa portadora de transtorno mental da violência institucional que representava o seu isolamento do convívio social, haja vista que os longos períodos de internação a que eram submetidas acabavam por agravar o seu quadro clínico, além de atentar contra a sua dignidade, em face da privação indevida da sua liberdade, com a consequente quebra dos laços familiares, afetivos e comunitários, mantidos por ela (RADIS, 2005).

Médico-psiquiatra por formação, Basaglia era integrante do Partido Comunista italiano. Sua proposta consistia em:

[...] destruir o manicômio e buscar meios de reintegração social aos pacientes, considerando todas as contradições do mundo extramural. Esta mesma proposta já havia sido avaliada como inviável se um exaustivo e perseverante trabalho junto à comunidade não fosse desenvolvido. O respaldo político para essa ação deveria ser obtido através de apoio a ser conseguido junto aos partidos progressistas e de organizações sindicais (FIGUEIREDO, 1988, p. 106).

Em razão da relevância do seu trabalho, o serviço psiquiátrico que gerenciava na Itália foi credenciado pela Organização Mundial de Saúde, no ano de 1973, como

referência mundial no processo de reformulação do atendimento em saúde mental. E, ao final daquela década, o congresso italiano aprovou uma lei, que ficou conhecida como “Lei Basaglia”, a qual proibia a construção de novos manicômios naquele país e recomendava o fechamento dos que existiam à época.

No Brasil, o movimento de Reforma Psiquiátrica é caracterizado como um:

[...] processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, 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 (BRASIL, 2005, p. 6).

A força política desse movimento repercutiu no Congresso Nacional, onde foi apresentado pelo deputado federal Paulo Delgado o Projeto de Lei n. 3.657/89, denominado projeto de “Lei Antimanicomial”. Esse projeto dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios, a substituição desses últimos por outros recursos assistenciais e a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória, que passaria a ser indicada somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrassem insuficientes (BRASIL, 1989).

Da justificativa desse projeto de lei constava o alerta de que desospitalização era um processo irreversível em todo o mundo, fato que demonstraria, segundo seu autor, “ser o manicômio plenamente substituível por serviços alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos, mais terapêuticos” (BRASIL, 1989, p. 10.696). Nesse sentido, é apontada a bem-sucedida experiência italiana de extinção de manicômios como alternativa para a superação da estrutura asilar em que se sustentava a contestada política de saúde mental brasileira da época, cujos

[...] efeitos danosos de privatização paroxística da saúde, nos anos 60 e 70, incidiram violentamente sobre a saúde mental, criando um parque manicomial de quase 100.000 leitos remunerados pelo setor público, além de cerca de 20.000 leitos estatais. A interrupção do crescimento desses leitos é imperativa para o início efetivo de uma *nova política*, mais competente, eficaz, digna e ética, de atendimento aos pacientes com distúrbios mentais (BRASIL, 1989, p. 10.696).

O projeto de “Lei Antimanicomial”, que logo em seu art. 1º proibia a construção em território nacional de novos hospitais psiquiátricos de natureza pública, foi apresentado à Câmara dos Deputados em 12 de setembro de 1989, sob o regime de tramitação de urgência.⁴ Após tramitar pelas Comissões de Constituição e Justiça e de Seguridade Social e Família, onde recebeu pareceres favoráveis à sua aprovação, retornou ao plenário da Câmara, onde foi discutido e emendado. Sua aprovação em Plenário ocorreu em 1990.

No ano seguinte, o projeto foi encaminhado pela Câmara dos Deputados ao Senado Federal, haja vista que os projetos de lei devem ser aprovados nas duas Casas. Após sua leitura no plenário do Senado, em 18 de fevereiro de 1991, a proposição foi despachada à Comissão de Assuntos Sociais dessa Casa, por onde tramitou durante quatro anos. Na comissão em questão, o projeto ficou à mercê de uma série de *lobbies* de proprietários de hospitais privados e de profissionais contrários aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica (SOUZA, 1999).

No final de 2005, a Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, finalmente, deliberou sobre o projeto, ocasião em que aprovou o substitutivo apresentado pelo senador Lucídio Portella, que alterou substancialmente o projeto originário da Câmara dos Deputados, mantendo, inclusive, a possibilidade de construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento pelo setor governamental de novos leitos em hospital psiquiátrico, mas que somente seriam permitidos nas regiões onde não houvesse estrutura assistencial adequada (BRASIL, 1999).

Esse substitutivo, que se propunha a redirecionar o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, vedava a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, prevendo a possibilidade de eles serem tratados em ambientes terapêuticos alternativos ao hospital psiquiátrico e estabelecia que o Poder Público destinaria recursos orçamentários para a construção e manutenção de uma rede de serviços de saúde mental diversificada e qualificada. Além do mais, atribuía ao Estado a responsabilidade pelo desenvolvimento da política de saúde mental, pela assistência e pela promoção de ações de saúde aos doentes, com a devida participação da sociedade e da família dos pacientes (BRASIL, 1999).

Mas a proposição, aprovada na Comissão de Assuntos Especiais do Senado, ainda viria a passar por mais uma longa tramitação legislativa de autuações, pareceres, despachos entre comissões e recebimento de emendas nessa Casa. E a transformação do modelo de atendimento, preconizado pela proposta legislativa, tornou-se prática política e social mesmo antes de virar lei (AMARANTE, 2006), haja vista que, no espaço de tempo em que a nova política de atenção à saúde mental era apreciada e debatida no Congresso Nacional, o Ministério da Saúde começou a deliberar, por meio de portarias normativas, sobre suas diretrizes e bases constitutivas, antes mesmo de o Legislativo aprovar o projeto de lei respectivo, violando o princípio da Separação dos Poderes, que preserva as garantias institucionais dos Poderes da União e só

permite ao Executivo, nessa seara, a expedição de atos normativos gerais complementares à lei.⁵

Esse princípio encontra abrigo na Constituição Federal, que prevê no seu art. 2º: “São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário” (BRASIL, 2011, p. 7). Em consideração a esse princípio, a Carta Política proíbe que o Executivo edite medidas provisórias acerca de matéria já disciplinada em projeto de lei aprovado pelo Congresso Nacional, de modo a evitar constrangimentos institucionais. É vedada, do mesmo modo, a edição de atos normativos pelos órgãos e entidades do Executivo que violem a competência constitucional do Legislativo. Assim,

Se o Chefe do Poder Executivo não pode assenhorear-se de funções legislativas nem recebê-las para isso por competência irregular do Poder Legislativo, menos ainda poderão outros órgãos ou entidades da Administração direta ou indireta (MELLO, 1996, p. 208).

A apresentação do projeto de “Lei Antimanicomial” no Congresso intensificou o debate na sociedade e impulsionou o movimento de Reforma Psiquiátrica a exigir do Estado mudanças imediatas no modelo de atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais.

2.2 O PROTAGONISMO DO EXECUTIVO NA PRODUÇÃO DA NOVA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: O CONGRESSO SUBTRAÍDO

Com o aumento das pressões por mudanças na política de saúde mental, o Ministério da Saúde começou a redirecionar, a partir de 1991, o financiamento público das ações em saúde mental, com vistas a implantar uma rede extra-hospitalar de atendimento, “priorizando a remuneração do atendimento alternativo à internação (especialmente os serviços-dia) e apoiando a substituição da internação em hospital psiquiátrico pela internação em hospital geral” (TENÓRIO, 2002, p. 41). Registre-se que essa era uma das propostas constantes Projeto de Lei n. 3.657/89 (BRASIL, 1989), que estava em discussão no Congresso Nacional.

Iniciando, portanto, o processo de produção da nova política nacional de saúde mental, o Poder Executivo, por meio do Ministério da Saúde, instituiu na sistemática de atendimentos em saúde mental os Núcleos e os Centros de Atenção Psicossocial, unidades de saúde alternativas aos hospitais psiquiátricos. Essas mudanças, que iniciaram a estruturação do novo modelo de atendimento em saúde mental, foram previstas na Portaria n. 189, de 19 de novembro de 1991, do Ministério da Saúde, editada, segundo justificativa desse Ministério, para melhorar a qualidade da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais e diversificar os métodos e as técnicas terapêuticas (BRASIL, 1991).

A intenção do Ministério da Saúde era regulamentar todo o subsistema de saúde mental do SUS, considerado por ele claramente inadequado. Nessa direção, ele também editou a Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992, a qual, conforme sua análise, “Regulamenta o funcionamento de *todos os serviços de saúde mental*” (BRASIL, 2004, p. 252, grifo nosso).

É como se o projeto de lei sobre a nova política de saúde mental, que ainda tramitava no Congresso, já tivesse sido transformado em lei, o que, de fato, daria margem para que o Executivo o regulamentasse, conforme impõe o princípio da Separação dos Poderes. Diferentemente do Legislativo que tem o poder de editar leis, que inovam a ordem jurídica do País, os atos normativos expedidos pelo Executivo, aqui inclusos os decretos e portarias, têm “a estrita finalidade de produzir as disposições operacionais uniformizadoras necessárias à execução da lei cuja aplicação demande atuação da Administração Pública” (MELLO, 1996, p. 184).

No entanto, a Portaria n. 224/92 do Ministério da Saúde estabeleceu, soberanamente, importantes diretrizes da atual política de saúde mental, a exemplo do multiprofissionalismo na prestação dos serviços e da participação social na formulação e no controle dessa política, bem como normatizou a forma de atendimento nas unidades básicas, centros de saúde e ambulatórios especializados e instituiu os núcleos e centros de apoio psicossocial, que oferecem serviços entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar (BRASIL, 2004).

Tal portaria também normatizou o atendimento hospitalar e instituiu os hospitais-dia, enquanto recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, visando substituir a internação integral. Nesse sentido, previu a realização de atividades comunitárias pelos pacientes, de modo a promover sua reinserção social. Além do mais, a Portaria n. 224/92 dispôs sobre os critérios de atendimento dos serviços de urgência psiquiátrica em hospital geral, que deveriam ter por objetivo evitar a internação hospitalar, de forma a permitir que o paciente pudesse retornar ao convívio social em um curto espaço de tempo (BRASIL, 2004). A Instituição Total representada pelo hospital psiquiátrico sofreu um duro golpe com essas novas normas.⁶

Nas disposições gerais dessa portaria ficou expressa a nova concepção de atenção à saúde mental no Brasil, posto que estabeleceu medidas para a humanização do atendimento e para a preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internados em todos os hospitais que prestassem serviços psiquiátricos, ficando desde então proibida a existência de celas fortes para contenção de pacientes, bem como garantido o devido registro dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuado nas unidades de saúde, o que contribuiu para a eliminação do obscurantismo dos tratamentos (BRASIL, 2004).

O Poder Executivo, portanto, não esperou a aprovação pelo Congresso do projeto de lei que instituiria o novo modelo de atenção à saúde e passou a estabelecer as bases normativas e constitutivas desse modelo, lembrando que a iniciativa daquele projeto foi de um dos membros do Congresso Nacional e que, nesse caso, não havia

prazo para que o Poder Legislativo exercesse sua função legiferante, diferentemente do que ocorre no regime constitucional de apreciação de medidas provisórias, em que o Legislativo tem prazo para deliberar.

Não havia falar, portanto, em abdicação do poder de legislar do Legislativo em favor do Executivo, considerando que o Congresso tomou a iniciativa de legislar sobre a nova política. E, do mesmo modo, não há como se vislumbrar aqui uma delegação de poderes ao Executivo por parte do Legislativo, conforme previsto no art. 68, § 2º, da Constituição Federal (BRASIL, 2011), posto que tal delegação, que se opera por meio de uma resolução do Congresso, não ocorreu.

E, mesmo com um projeto de lei sobre a nova política em tramitação no Senado Federal, o Executivo começou a legislar, a partir de 1991, sobre a política de saúde mental, por meio de portarias normativas do Ministério da Saúde, afrontando a competência do Congresso prevista na Constituição Federal e dando margem a que o Parlamento sustasse, com suporte no art. 49, V, dessa Carta Política (BRASIL, 2011), os atos regulamentares do Ministério da Saúde, haja vista a capacidade do Legislativo de sobrestar atos normativos do Poder Executivo que exorbitem da sua competência de regulamentar as leis oriundas do Parlamento.⁷

Mas nenhuma medida nesse sentido foi adotada pelo Congresso Nacional, que optou por não obstar a atuação legislativa do Executivo. Mesmo porque a política de saúde mental que este instituía, por meio das portarias normativas do Ministério da Saúde, não divergia daquela concebida pelo Congresso. E em um cenário de interesses comuns, talvez não houvesse razões para um confronto entre esses Poderes.

Dentro desse contexto político propício, destituído de arenas de veto, o Ministério da Saúde continuou dando forma e funcionalidade à nova política de atenção à saúde mental, por ele estabelecida. Por meio da Portaria GM/MS n. 1.106, de 19 de outubro de 1992, e como forma de referendar sua atuação na modelagem da nova política de atenção, esse ministério convocou a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que foi precedida por 24 conferências estaduais e tantas outras municipais. Sua comissão organizadora contou com a participação de representantes dos segmentos que atuavam no movimento de Reforma Psiquiátrica e na reestruturação dos serviços de saúde (BRASIL, 1994).

Realizada no período de 1 a 4 de dezembro de 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental teve como grande diferencial em relação à anterior a efetiva participação dos usuários da rede de serviços nos trabalhos de grupo, nas plenárias e nas tribunas livres. Formas de participação essas que deram ensejo ao “surgimento de uma nova dinâmica de organização do trabalho, onde os depoimentos pessoais, as intervenções culturais e a defesa dos direitos transformaram as relações e as trocas entre todos os participantes” (BRASIL, 2004, p. 4-5).

Uma das recomendações dessa conferência justificou a edição por parte do Ministério da Saúde da Portaria SAS n. 88, de 21 de julho de 1993, que definiu

mecanismos de supervisão, controle e avaliação das atividades assistenciais em hospitais psiquiátricos, com critérios explícitos para seus credenciamentos enquanto unidades de saúde autorizadas a proceder a cobranças por procedimentos em psiquiatria, sujeitando-os, inclusive, a penalidades pelo descumprimento das normas estabelecidas nessa portaria e nas demais editadas no ano de 1992 pelo Ministério da Saúde, que poderiam chegar até a exclusão do hospital do sistema de informações hospitalares do SUS (BRASIL, 2004).

No ano seguinte, foi criado, por meio da Portaria SAS n. 145, de 25 de agosto de 1994, o subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental, a fim de acompanhar e avaliar os serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde, como um todo, nas três esferas de governo, de modo a garantir a correta aplicação das normas em vigor (BRASIL, 2004).

Com os novos serviços de saúde mental instituídos e regulamentados por meio dos seus atos normativos pretéritos, o Ministério da Saúde criou, por meio da Portaria GM n. 1.077, de 24 de agosto de 1999, o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para Área de Saúde Mental, instrumento necessário no âmbito do

[...] processo de reestruturação da assistência psiquiátrica em curso no País, que impõe a necessidade de reversão do modelo de assistência vigente, com a implantação e implementação de uma rede de serviços ambulatoriais, com acessibilidade e resolubilidade garantidos (BRASIL, 2004, p. 95).

No ano da edição dessa nova portaria do Ministério da Saúde, o substitutivo do Senado, que se propunha a redirecionar o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, foi aprovado no seu plenário. Mas como o Senado atuou como Casa Revisora do projeto de lei, seu substitutivo precisou retornar à Câmara dos Deputados (Casa Iniciadora), para se pronunciar sobre sua aprovação ou rejeição, de forma definitiva.⁸

E, assim, a proposição que estabelecia os princípios e as bases constitutivas da nova política nacional de atenção à saúde mental completava 10 anos de tramitação no Congresso Nacional. É como se o Poder Legislativo rejeitasse suas próprias leis, isto é, as leis de iniciativa de seus integrantes. Segundo José Álvaro Moisés, “Casos assim se sucedem mostrando que a tramitação de projetos individuais dos parlamentares está bloqueada, deixando proposições de interesse social fora das prioridades das instituições” (2011, p. 29).

Embora tenha recuperado com a Constituição de 1988 muitos dos poderes que lhe foram retirados pelas reformas constitucionais conduzidas pelos governos militares, o Legislativo assistiu passivamente a atuação do Executivo na produção da nova política nacional de saúde mental, que estava sendo gestada no Congresso Nacional.

É que o tempo de resposta política do Congresso às demandas da sociedade por um modelo de assistência psiquiátrica mais humanizador foi extemporâneo, permitindo a um órgão do Poder Executivo assimilar esse anseio e editar uma política pública pautada na desospitalização das ações assistenciais e na eliminação das instituições com características asilares.

As diretrizes dessa nova política apontavam para a implantação de um modelo de atenção à saúde mental diversificado e de base territorial comunitária, o que ficou ainda mais evidente com a publicação da Portaria GM n. 106, de 11 de fevereiro de 2000 (BRASIL, 2004). Tal portaria criou no âmbito do Sistema Único de Saúde os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, visando à reintegração social dos usuários dos serviços de atendimento e à redução das internações em hospitais psiquiátricos.

A Portaria GM n. 106/2000 cumpriu, na visão do Ministério da Saúde, um papel fundamental na consolidação do processo de substituição do modelo tradicional, passando a valorizar o ambiente comunitário como espaço de tratamento dos pacientes. Corroborando tal entendimento, esse ministério, ao instituir, por meio da Portaria GM n. 799, de 19 de julho de 2000, o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental, passa a considerar “que o modelo de atenção extra-hospitalar tem demonstrado grande eficiência e eficácia no tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais” (BRASIL, 2004, p. 105).

A nova política de atenção à saúde mental, que se propunha a rever o modelo tradicional de atendimento já era, portanto, uma realidade, antes mesmo que o projeto de “Lei Antimanicomial” (àquela altura transformado em substitutivo) tivesse sido aprovado no Congresso. Tal proposição legislativa, que tinha por objetivo redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, tramitou por mais dois anos na Câmara dos Deputados, após retornar da Casa Revisora, em 1999. E nessa nova fase de tramitação, o plenário da Câmara rejeitou, em 2001, dois dispositivos do substitutivo do Senado.

Em abril de 2001, a mesa diretora da Câmara dos Deputados, finalmente, remeteu a matéria à sanção presidencial. E naquele mesmo mês foi promulgada a Lei n. 10.216/ 2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). E a “Lei da Reforma Psiquiátrica”, como ficou conhecida a lei em questão, tornou regra os princípios e as diretrizes da nova política de saúde mental, formulados e implementados pelo Executivo, por meio do Ministério da Saúde, desde o início da década de 1990.

TABELA 1 – ATOS NORMATIVOS EDITADOS PELOS PODERES EXECUTIVO E LEGISLATIVO NO PERÍODO DE 1989 A 2001, RELATIVOS À POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	TOTAL
EXECUTIVO	-	-	1*	1*	1*	1*	-	-	-	-	1*	1*	1*	7
LEGISLATIVO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1**	1

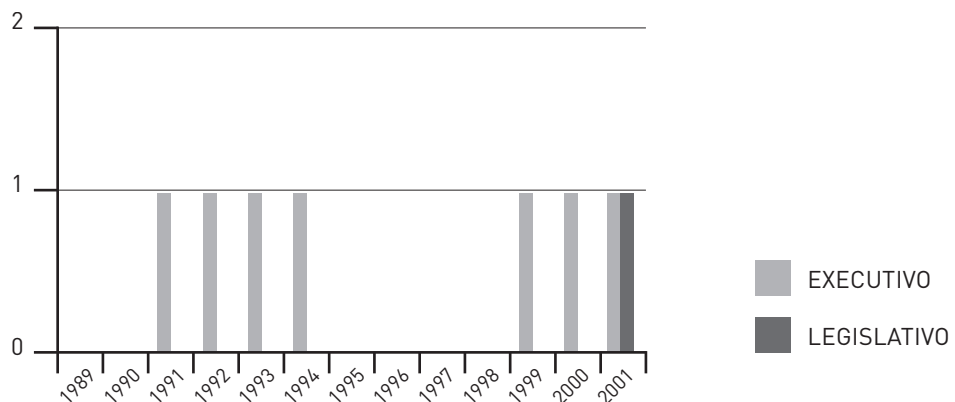
* PORTARIA

** LEI

Fonte: Dados colhidos na pesquisa.

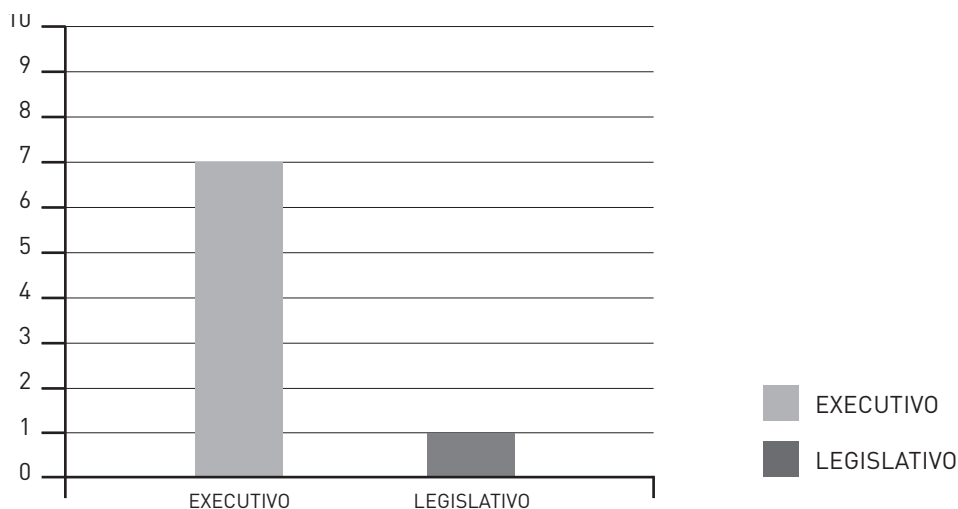
Não restam dúvidas quanto à predominância do Executivo na produção da nova política nacional de atenção à saúde mental, no período de 1989 a 2001, que foi o período de consolidação dessa política e de um novo modelo de atendimento aos pacientes. Fato inusitado é que, no período de 1989 a 2001, tramitava no Congresso uma proposição legislativa de um dos seus integrantes e que tinha por objetivo instituir uma nova política de atenção à saúde mental no Brasil, de modo a redirecionar o seu modelo de assistência psiquiátrica, até então existente, proposta que foi sendo paulatinamente apropriada e materializada por meio de atos normativos do Executivo.

GRÁFICO 1 – ATOS NORMATIVOS EDITADOS NO PERÍODO DE 1989 A 2001, RELATIVOS À POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL



Fonte: Dados colhidos na pesquisa.

GRÁFICO 2 – TOTAL DE ATOS NORMATIVOS RELATIVOS À POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1989-2001



Fonte: Dados colhidos na pesquisa.

Essa situação é condizente com o fenômeno observado por Charles Pessanha (2002), relativo ao movimento de transferência gradual, ao longo do século XX, da iniciativa legislativa para o Executivo, quando a lei é transformada, de um comando normativo genérico, oriundo do Legislativo, em um instrumento de governo, dotado de propósitos específicos. Não à toa, Octavio Amorim Neto e Fabiano Santos (2002) já chamavam a atenção para a necessidade de se analisar outros atos normativos, além da lei em si, para se ter uma visão mais abrangente de problemas relativos a determinadas áreas decisórias de produção de políticas públicas. É que, muitas vezes, as deliberações governamentais são efetivadas por meio de uma legislação silenciosa, materializada em regulamentos que, embora inovem o sistema jurídico do País, não são discutidos nem aprovados no Congresso, espaço deliberativo das inovações legislativas em regimes democráticos.

Segundo Marta Arretche,

A edição de portarias ministeriais tem sido o principal instrumento de coordenação das ações nacionais em saúde. Isto quer dizer que a principal arena de formulação da política nacional tem sido o próprio poder Executivo e, marginalmente, o Congresso Nacional (2004, p. 22).

Na mesma direção, algumas políticas públicas têm passado ao largo do Congresso Nacional, como a cambial e a industrial, fato esse que denota a existência de um padrão dual no processo decisório de políticas públicas (SANTOS, 1997), considerando que outras políticas reclamam, necessariamente, o concurso do Legislativo e uma maior interação entre os Poderes, por imperativo constitucional, tendo em vista as implicações estruturais que comportam, a exemplo das políticas de privatização e de reforma previdenciária.

A reforma previdenciária, efetivada no governo Fernando Henrique Cardoso, foi uma política que teve o Congresso Nacional como arena principal de decisão (SILVA; CORTEZ, 2007). É que a Carta Política de 1988 acabou por constitucionalizar, conforme registram Couto e Arantes (2006), inúmeras políticas públicas, obrigando o governante a formar amplas maiorias legislativas para promover reformas constitucionais e colocar em prática sua plataforma de governo, haja vista que uma proposta de emenda constitucional deve ser discutida e votada na Câmara e no Senado, em dois turnos, considerando-se aprovada se obtiver, em ambas as Casas, três quintos dos votos dos respectivos membros.

A possibilidade de utilização pelo Executivo de ações estratégicas e de determinados instrumentos para a criação da legislação e para a produção de políticas públicas faz parte do jogo político e dos processos de mediação e negociação vigentes em um sistema de Separação dos Poderes (DINIZ, 2005). O que não é aceitável é a exclusão do Parlamento da arena de decisão de políticas públicas. E esse fato ficou evidenciado no processo de produção da atual política nacional de saúde mental. Nesse caso, a atuação do Executivo consistiu em instituir, de forma isolada em relação ao Congresso Nacional, os princípios, diretrizes e programas da nova política, dentro de um intervalo de tempo em que os fundamentos políticos e teóricos dessa política, materializados em um projeto de lei apresentado por um representante do Parlamento em 1989, ainda estavam em discussão no Congresso Nacional.

CONCLUSÃO

O processo decisório de políticas públicas apresenta características multifacetárias. O entendimento tradicional do sistema político brasileiro, descrito em termos de baixa eficácia quanto à decisão de políticas públicas, vem sendo superado com suporte em pesquisas que se destacam por apresentar consistentes dados empíricos e por investigar políticas específicas, fugindo a generalizações que comprometam a investigação. Novas variáveis foram acrescentadas às análises, a exemplo do comportamento dos parlamentares diante das regras que regem o processo decisório e dos interesses em disputa. Regras que afetam as estratégias e o poder de decisão dos atores políticos.

O texto da Constituição Federal de 1988 buscou promover o fortalecimento do papel do Congresso Nacional no processo de produção de políticas públicas, recuperando-lhe parte dos poderes que lhe foram retirados no período militar. Institutos que dificultavam sua atuação enquanto arena decisória foram abolidos, a exemplo do decreto-lei. Mesmo com as novas regras institucionais, ainda é o Executivo que centraliza o processo decisório, utilizando seu poder de agenda e a estratégia da patronagem na aprovação dos projetos legislativos que atendam seus interesses. O Processo decisório não se apresenta paralisado em função de vetos oriundos do Parlamento, nem por características inatas ao sistema presidencialista brasileiro.

No sistema presidencialista de governo, adotado por essa Carta Política, as políticas públicas resultam da interação entre esses Poderes. Não há, contudo, um padrão único de interação entre eles, considerando que algumas políticas públicas são decididas, quase em sua totalidade, pelos núcleos burocráticos do Executivo e por seu vigoroso aparato organizacional, informacional e gerencial, que podem até excluir o Parlamento do seu processo de produção, ainda que esse Poder se predisponha a editar tais políticas. Esse fato foi observado no processo decisório da nova política nacional de atenção à saúde mental, no período de 1989 a 2001.

Nesse período, tramitava no Congresso Nacional um projeto de lei que instituiria a nova política, mas o Poder Executivo não aguardou sua aprovação e, com suporte nos princípios defendidos pelo movimento de Reforma Psiquiátrica, estabeleceu as bases normativas e constitutivas da política nacional de saúde mental, por meio de portarias editadas pelo Ministério da Saúde. Não houve uma resolução do Parlamento, na forma prevista no art. 68, § 2º, da Constituição Federal, que delegasse competência ao Executivo para deliberar sobre a política em questão, nem abdicação do poder de legislar por parte do Parlamento, posto que um dos seus integrantes apresentou um projeto de lei relativo à nova política de saúde mental.

Mas o longo período de tramitação desse projeto no Congresso Nacional (1989-2001), antes de virar lei, deu margem a uma atuação soberana do Executivo no processo de produção da nova política, criando constrangimentos institucionais na medida em que não aguardou a promulgação da lei respectiva para regulamentá-la, como impõe o princípio da Separação dos Poderes, assumindo a função de legislador. Os atos regulamentares expedidos pelo Executivo, materializados nas portarias normativas do Ministério da Saúde, instituíram a atual política nacional de saúde mental.

O Executivo, mesmo sem qualquer delegação para tanto, passou a instituir, de forma unilateral, os princípios, as diretrizes e os programas da nova política, não encontrando nenhum ponto de veto por parte do Legislativo, que, no período sob análise, limitou-se à discussão de um projeto de lei, transformado em lei doze anos depois e que terminou por referendar as deliberações já tomadas pelo Executivo. Não se questiona a agilidade e a presteza do Executivo em atender às legítimas demandas do movimento de Reforma Psiquiátrica e da sociedade em geral em prol de uma nova política de saúde

mental, quanto mais em um cenário de paralisia decisória por parte do Congresso em relação à aprovação do projeto de lei que instituiria essa política. Diante de complexas e inusitadas situações, que exigem uma célere resposta governamental, cumpre dotar o Executivo de instrumentos normativos e técnicos para sanar problemas de ação coletiva.

O que deve ser evitado é que as decisões políticas sejam efetivadas por um restrito grupo de atores políticos enclausurados na alta burocracia governamental, sem a mediação e o acompanhamento do Parlamento. A preocupação reside, por conseguinte, na constante ampliação da capacidade de o Executivo produzir políticas públicas de forma unilateral, utilizando-se do seu poder geral de decreto, sem a participação da instância representativa da coletividade que é o Congresso Nacional.

No exercício de sua função de fiscalização, cumpre que o Legislativo suste os atos normativos do Executivo que extrapolem seu poder de regulamentar a lei, na forma prevista pela Constituição Federal, evitando-se que, sob o pretexto de executar uma lei oriunda do Parlamento ou um dispositivo constitucional, o Executivo edite portarias ou regulamentos com força de lei, violando o princípio da Separação dos Poderes e enfraquecendo o Legislativo enquanto instância decisória de leis e de políticas públicas.

: ARTIGO APROVADO [02/12/2013] : RECEBIDO EM 15/08/2012

NOTAS

1 Os autores da recente abordagem Estado na sociedade contribuíram para uma atualização da literatura neoinstitucionalista, a partir de uma leitura crítica dos seus primeiros textos, dando ensejo ao surgimento de uma visão mais equilibrada da relação entre Estado e sociedade (MARQUES, 1997).

2 A Constituição Federal estabelece, em seu art. 6º, que “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, e à infância, a assistência aos desamparados [...]” (BRASIL, 2011).

3 A luta contra a institucionalização da assistência psiquiátrica remonta ao século XIX. Segundo Foucault, as grandes estruturas asilares, instaladas a partir do começo desse século, “eram justificadas pela maravilhosa harmonia entre as exigências da ordem social, que pedia proteção, contra a desordem dos loucos, e as necessidades da terapêutica, que pediam o isolamento dos doentes” (1982, p. 126).

4 No regime de tramitação de urgência há a dispensa de exigências, interstícios ou formalidades regimentais, excetuados a publicação e distribuição da proposição principal e das acessórias, quando existente; os pareceres das comissões ou do relator designado e o quorum para deliberação.

5 As leis, portarias e decretos são espécies de atos normativos. Mas, enquanto a lei é considerada fonte primária do direito, originária do Legislativo, os dois últimos são fontes secundárias, em razão do seu caráter regulamentar. E o poder regulamentar destina-se à execução da lei (MELLO, 1996).

6 Instituição Total tem aqui o sentido dado por Goffman (2001) de instituição voltada para o controle e isolamento do indivíduo internado do meio social, impedindo sua interação com a realidade exterior.

7 O fundamento da competência regulamentar do Executivo encontra-se no art. 84, IV, da Constituição Federal.

8 Esse fato decorre do princípio do bicameralismo adotado pelo Brasil, o qual obriga que um projeto de lei retorne à Casa Iniciadora, onde se originou, para aprová-lo ou rejeitá-lo em definitivo, caso tenha sido emendado ou recebido substitutivo (emenda substitutiva) na Casa Revisora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, Paulo (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- _____. Rumo ao fim dos manicômios. *Revista Mente & Cérebro*. São Paulo: Duetto, p. 30-35, set. 2006.
- AMORIM NETO, Octavio; SANTOS, Fabiano. A produção legislativa do Congresso: entre a paróquia e a Nação. In: VIANNA, Luiz Werneck (Org.). *A democracia e os três Poderes no Brasil*. Belo Horizonte: Editora da Universidade Federal de Minas Gerais, p. 91-140, 2002.
- ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.
- BRASIL. *Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil*. 16. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.
- _____. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2.
- _____. Ministério da Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. Brasília/ DF, 2004. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília/DF, 2005. Disponível em: <<http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15anosCaracas.pdf>>. Acesso em: 24 de fev. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. *Relatório final da 2. Conferência Nacional de Saúde Mental*, 01.12.-04.12.1992, Brasília/DF, 1994. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Brasília/DF, 2007.
- _____. Portaria SNAS/MS n. 189, de 19 de novembro de 1991. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos para tratamento em psiquiatria (hospital geral, hospital especializado e hospital dia). Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/12230.html>>. Acesso em: 1º fev. 2011.
- _____. Projeto de lei n. 3.657, 1989. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, DF, 29 set. 1989. Seção 1, p. 10696-10697.
- _____. Substitutivo do Senado Federal ao Projeto de Lei n. 3.657, de 1989. *Diário da Câmara dos Deputados*, Brasília, DF, 20 abr. 1999, p. 16713.
- CAREY, John Michael; SHUGART, Matthew. Poder de decreto: chamando os tanques ou usando as canetas? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 13, n. 37, p. 149-184, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69091998000200009&script=sci_arttext>. Acesso em: 9 de set. 2011.
- COMO anda a reforma psiquiátrica? *RADIS comunicação em saúde*, Rio de Janeiro, n. 38, p. 16-19, out. 2005.
- COUTO, Cláudio Gonçalves. Negociação, decisão e governo: padrões interativos na relação executivo-legislativo e o caso paulistano. In: ANDRADE, Regis de Castro (Org.). *Processo de governo no município e no estado: uma análise a partir de São Paulo*. São Paulo: EDUSP, 1998, p. 41-72.
- COUTO, Cláudio Gonçalves; ARANTES, Rogério Bastos. *Constituição, governo e democracia no Brasil. Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 41-62, 2006.

- DINIZ, Simone. Interações entre os Poderes Executivo e Legislativo no processo decisório: avaliando sucesso e fracasso presidencial. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 333-366, 2005.
- FIGUEIREDO, Argelina Cheibub; LIMONGI, Fernando. *Executivo e Legislativo na nova ordem constitucional*. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001.
- FIGUEIREDO, Gabriel. *O príncipe e os insanos*. São Paulo: Cortez, 1988.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. Tradução Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- IMMERGUT, Ellen M. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, n. 30, p. 139-165, 1996.
- KINZO, Maria D'Alva Gil. Governabilidade, estrutura institucional e processo decisório no Brasil. *Parcerias estratégicas*, Brasília, v. 1, n. 3, p. 9-25, 1997.
- LOWI, Theodore. The state in politics: the relation between policy and administration. In: NOLL, Roger G. (Ed.). *Regulatory policy and the social sciences*. Berkeley: University of California Press, 1985, p. 67-95. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=GuKbH2z1i4UC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 5 nov. 2011.
- MAINWARING, Scott. Democracia presidencialista multipartidária: o caso do Brasil. *Lua Nova*, São Paulo, n. 28-29, p. 21-74, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64451993000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 7 nov. 2011.
- MARQUES, Eduardo Cesar. *Estado e redes sociais: permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Revan, 2000.
- _____. Notas críticas à literatura sobre estado, políticas estatais e atores políticos. *Revista Brasileira de Informações Bibliográficas em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, n. 43, p. 67-102, 1997.
- MELLO, Celso Antônio Bandeira de. *Curso de Direito Administrativo*. 8. ed. São Paulo: Malheiros, 1996.
- MELO, Marcus André Barreto Campelo de. Estado, governo e políticas públicas. In: MICELI, Sérgio (Org.). *O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)*. São Paulo: Sumaré, p. 59-99, 1999, v. 3.
- MOISÉS, José Álvaro. Desempenho do Congresso Nacional no presidencialismo de coalizão (1995-2006). *O Congresso e o presidencialismo de coalizão*. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2011, p. 15-32. Disponível em: <<http://nupps.usp.br/artigos/caderno2.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2011.
- PALERMO, Vicente. Como se governa o Brasil? O debate sobre instituições políticas e gestão de governo. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 521-557, 2000.
- PESSANHA, Charles. O Poder Executivo e o processo legislativo nas constituições brasileiras: teoria e prática. In: VIANNA, Luiz Werneck (Org.). *A democracia e os três Poderes no Brasil*. Belo Horizonte: Editora da Universidade Federal de Minas Gerais, p. 141-194, 2002.
- PRZEWORSKI, Adam. *Sobre o desenho institucional do estado: Uma perspectiva agent x principal*. In: PEREIRA, Bresser (Org.). *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. Rio de Janeiro: FGV, p. 39-73, 1998.
- REIS, Elisa Pereira. Reflexões leigas para a formulação de uma agenda de pesquisa em políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 18, n. 51, p. 11-14, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092003000100002>. Acesso em: 18 out. 2011.
- RUA, Maria das Graças. Desafios da administração pública brasileira: governança, autonomia, neutralidade. *Revista do Serviço Público*, Brasília: ENAP, ano 48, n. 3, p. 133-152, 1997.
- SANTOS, Maria Helena de Castro. Governabilidade, governança e democracia: criação de capacidade governativa e relações Executivo-Legislativo no Brasil pós-constituente. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581997000300003>. Acesso em: 29 jun. 2011.
- SILVA, Sidney Jard da; CORTEZ Rafael. Interação sindicalismo-governo na reforma previdenciária brasileira. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETACHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 145-171, 2007.
- SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETACHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 65-86, 2007.
- _____. “Estado do campo” da pesquisa em políticas públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 17-18, 2003.
- SOUZA, Waldir da Silva. *Associações de usuários e familiares frente à implantação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro (1991-1997)*. 1999, 176 fl. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <<portalteses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/souzawsm/capa.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2011.
- TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e

680 : ARENAS DE PRODUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: A NOVA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

conceitos. *Revista História Ciências Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702002000100003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 8 set. 2011.

Universidade Federal do Pará
Avenida Augusto Corrêa, S/N
Cidade Universitária - 66075-110
Belém - PA - Brasil
jcaubyj@ufpa.br

João Cauby de Almeida Júnior

PRÓ-REITOR DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ