



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais
Curso de Direito

DÉBORA HANNA DE ARRUDA DOS SANTOS

**ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO
DISTRITO FEDERAL POR MEIO DO INSTRUMENTO DA AÇÃO
CIVIL PÚBLICA**

Brasília
2016

DÉBORA HANNA DE ARRUDA DOS SANTOS

**ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO
DISTRITO FEDERAL POR MEIO DO INSTRUMENTO DA AÇÃO
CIVIL PÚBLICA**

Trabalho de conclusão de curso de Direito,
apresentado como requisito obrigatório para
obtenção do grau de bacharelado em Direito
pelo Centro Universitário de Brasília -
UniCEUB.

Orientador: Prof. Dr. Frederico Barbosa da
Silva

**Brasília
2016**

DÉBORA HANNA DE ARRUDA DOS SANTOS

**ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO
DISTRITO FEDERAL POR MEIO DO INSTRUMENTO DA AÇÃO
CIVIL PÚBLICA**

Trabalho de conclusão de curso de Direito,
apresentado como requisito obrigatório para a
obtenção do grau de bacharelado em Direito
pelo Centro Universitário de Brasília –
UniCEUB.

Orientador: Prof. Dr. Frederico Barbosa da
Silva

Brasília, ____ de _____ de 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Frederico Barbosa da Silva
Professor Orientador

Prof^a Dr. João Aragão
Membro da Banca Examinadora

Prof^a Rafael Medeiros
Membro da Banca Examinadora

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a oportunidade de ter participado do PRISME – Projeto Interdisciplinar em Saúde Mental, pois foi por causa dele que comecei a me apaixonar pelo curso de Direito. Além disso, este projeto me permitiu entrar em contato com o universo da saúde mental, e, por isso, ampliou meus horizontes de percepção de mundo. Agradeço a todas as pessoas incríveis que eu tive a oportunidade de conviver durante os anos de projeto, os usuários do CAPS, os parceiros de projeto, os profissionais do serviço e em especial, às professoras Tania Inessa e Laura Frade, responsáveis por me orientar durante esse período tão intenso e cheio de descobertas. Agradeço também, a todos os meus amigos que me ajudaram nesse processo de conclusão de curso. César, Gabriel Abreu, Gabriel Melo, Mônica, Ariane, Thaís, Caroline, vocês foram fundamentais. Obrigada pela atenção e pela companhia pelas madrugadas adentro. Por último, mas não menos importante, agradeço a minha mãe pelo apoio incondicional, pela força e confiança em meu potencial.

E o que é um autêntico louco? É um homem que preferiu ficar louco, no sentido socialmente aceito, em vez de trair uma determinada ideia superior de honra humana. Pois o louco é o homem que a sociedade não quer ouvir e que é impedido de enunciar certas verdades intoleráveis.

Antonin Artaud

RESUMO

O presente trabalho tem a finalidade de avaliar a Ação Civil Pública enquanto instrumento de política pública no contexto da saúde mental no Distrito Federal. Para isso, primeiro avaliou-se a transição de paradigma proporcionado pela Reforma Psiquiátrica – do modelo hospitalocêntrico ao modelo de atenção psicossocial. Em seguida, realizou-se um diagnóstico da rede de saúde mental do DF, identificando os planos governamentais de ação para a implantação dos serviços substitutivos, em específico, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Este diagnóstico observou, também, os gastos orçamentários e as estruturas remanescentes do antigo modelo, bem como a distribuição desigual da rede de saúde mental pelo território do DF e suas consequências na atenção à saúde mental. A partir desse arcabouço teórico e prático analisamos a Ação Civil Pública ajuizada contra o Governo do Distrito Federal pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios para forçar a implementação de CAPS e SRT no DF, serviços reconhecidamente insuficientes. Ao final, discutimos a importância do instrumento da ACP dentro do contexto da saúde mental no Distrito Federal, observando os efeitos práticos e simbólicos proporcionados por ela.

Palavras-chave: Ação Civil Pública. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Políticas Públicas. Instrumento. Ministério Público.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACP – Ação Civil Pública

ATP – Ala de Tratamento Psiquiátrico

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

GDF – Governo do Distrito Federal

HSVP – Hospital São Vicente de Paulo

MP – Ministério Público

MPDFT – Ministério Público do Distrito Federal e Territórios

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RT – Residências Terapêuticas

SEDEST – Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda

SESDF – Secretaria de Saúde do Distrito Federal

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TAC – Termo de Ajustamento de Conduta

TJDFT – Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
2 OS PARADIGMAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	12
2.1 Damião	12
2.2 O modelo de atenção hospitalocêntrico	14
2.3 O modelo de atenção psicossocial	17
3 A REDE DE SAÚDE MENTAL DO DF	27
3.1 Os planos distritais de atenção à saúde mental	27
3.2 O orçamento	30
3.3 As estruturas remanescentes	31
3.4 Notas sobre a distribuição desigual da rede e do atendimento à saúde mental no Distrito Federal	36
4 A AÇÃO CIVIL PÚBLICA CONTRA O GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL	42
4.1 Breves considerações	42
3.2 A peça inicial e seus pedidos	43
3.3 A Contestação	47
3.4 A Sentença	49
3.5 A Apelação	50
3.6 As Contrarrazões	52
3.7 A Medida Cautelar	52
3.8 O Acórdão do TJDFT	53
3.9 Aspectos iniciais quanto à efetividade da ACP	55
4 Conclusões	57
4.1 Considerações quanto à pertinência dos instrumentos	57
4.1.1 <i>O quadro normativo de ação</i>	58
4.1.2 <i>A função do instrumento da ACP e o ciclo de políticas públicas</i>	61
4.1.3 <i>As estruturas cognitivas da política no processo de decisão</i>	66

4.1.4 As capacidades adaptativas	69
5 REFERÊNCIAS	74

INTRODUÇÃO

Este trabalho parte do pressuposto de que os instrumentos são capazes de mostrar os limites e os potenciais para a ação do Estado dentro do contexto das políticas públicas. Baseando-se nisso, propõe-se compreender o que um instrumento como a Ação Civil Pública é capaz de revelar dentro do contexto das políticas públicas de saúde mental. Assim, as perguntas-chaves que orientam o trabalho são: qual a função ocupada pela ACP dentro das políticas públicas de saúde mental? O que este instrumento é capaz de revelar sobre o sistema de crenças, os símbolos, as normas, as instituições construídos pela Reforma Psiquiátrica?

A partir dessas perguntas norteadoras, o trabalho inicia com a diferenciação dos paradigmas de cuidado: da atenção manicomial-hospitalocêntrica-excludente ao modelo de atenção psicossocial. Nessa seção, são discutidas as representações da loucura, os dispositivos de cuidado, os conceitos trazidos pela Reforma Psiquiátrica e o arcabouço jurídico-normativo construído para que fosse permitida a transição de um modelo para o outro. Atenta-se aqui, para o caráter histórico das leis, em especial, ao conteúdo simbólico que elas podem trazer – o binômio da periculosidade/incapacidade, por exemplo, consagrado em lei.

Discutido os paradigmas de cuidado no plano das ideias e das normas, seguimos para o plano do real. Com a ajuda de documentos que instruíram a Ação Civil Pública contra o GDF demonstramos a coexistência fática dos dois modelos de assistência. Assim, discutimos as estruturas remanescentes do antigo modelo e o papel central que ele (ainda) ocupa na rede de atenção à saúde mental do DF. Trazemos também a questão da distribuição desigual da rede e do atendimento no DF, que varia, conforme se verá, de acordo com as regiões administrativas. Todas essas questões possuem impacto direto na forma de cuidado, ao ponto, de, por ser a coexistência simultânea dos modelos insustentável, ficar evidente a insuficiência dos serviços substitutivos, em especial, as Residências Terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossocial.

A insuficiência desses dois dispositivos enseja a propositura da Ação Civil Pública contra o Governo do Distrito Federal. Questões como os aspectos formais, estruturais e processuais dessa ação são discutidas no terceiro capítulo. E, com o auxílio do método analítico desenvolvido por Werneck Vianna e Burgos (2005), a ACP em questão será analisada, observando, primeiro os antecedentes do processo; depois a construção judicial dos argumentos dos atores – MPDFT e GDF -, seguido da construção da decisão judicial. Essa primeira análise é capaz de nos indicar os efeitos imediatos e simbólicos da decisão.

Por último, graças a todas essas etapas de construção de conceitos e da soma de conhecimentos teóricos e práticos, concluímos o trabalho sendo capaz de identificar a pertinência da ACP e sua capacidade de construção de um quadro normativo de ação. É possível, também, compreender qual a função do instrumento da ACP dentro do ciclo de políticas públicas e como ela é capaz de organizar as estruturas cognitivas da política e auxiliar no processo decisório. Por fim, busca discutir as capacidades adaptativas do instrumento, apontando as vantagens e desvantagens de seu uso; desdobrando-se a questão em sugestões para otimizar seu potencial instrumental no contexto das políticas públicas.

2 OS PARADIGMAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

2.1 Damião

Damião era mais uma dessas pessoas que fora rotulado com um diagnóstico psiquiátrico. Como num passe de mágica, depois do diagnóstico, ele deixaria de ser o Damião como todos conheciam: filho de Rosa e João, irmão de Maria; jovem rapaz inteligente, curioso, um tanto esquisito por passar tanto tempo em silêncio, com os olhos voltados pra si. Depois daquela bendita consulta, Damião era *pessoa com doença mental*; se apresentaria para os outros dizendo: “Oi, meu nome é Damião e sou esquizofrênico”.

Se antes do diagnóstico suas esquisitices eram vistas como um traço excêntrico da sua personalidade, depois do diagnóstico – e claro, das infinitas cartelas medicamentosas-, o contato com ele ficou cada vez mais difícil. “Maria”, dizia Rosa, “volta pra casa depois da escola, seu irmão não pode ficar sozinho em casa, ele não consegue”. Explicava Rosa à vizinha de porta: “meu filho é esquizofrênico, tem problema na cabeça... É um amor, mas não pode entrar em crise: quer quebrar tudo, tira a roupa e sai andando por aí... um Deus nos acuda”. A vizinha, antes próxima de Damião – sempre o convidava para comer bolo no fim da tarde em sua casa – começa a temê-lo. “Ele é louco”, pensa. “Agressivo, incapaz de ficar sozinho... Melhor evitar ficar só com ele em casa”. E assim, a vizinha nunca mais compartilhou com ele daquele momento tão precioso do bolo de fim de tarde.

Damião, moço jovem e independente, que gostava de jogar bola, que gostava de passear na feira, que ajudava a mãe e a irmã com os afazeres domésticos, que tinha acabado de concluir o estudo técnico e sonhava como primeiro emprego. Ele que tinha tantos sonhos, percebe-se, depois do diagnóstico, perdido nos tantos sonhos que não iriam mais se realizar: era louco, as pessoas tinham medo dele. O médico dizia que ele não poderia mais estudar por causa das crises. O médico dizia que ele não poderia trabalhar: quem em sã consciência contrataria uma pessoa tão instável? Os medicamentos o faziam dormir demais, ficar com as mãos trêmulas e com o olhar cada vez mais distante.

Damião parou de jogar bola. Damião parou de sair de casa. Dentro de casa, era cada vez menos requisitado nas tarefas domésticas. Tratavam-no como incapaz; incapaz de arrumar a própria cama, o próprio quarto... Incapaz de viver a própria vida sem tutela. Pelo diagnóstico, Damião perdeu a voz, perdeu potência, desconstruiu laços. Ele era a doença e a doença era ele. Sentia-se terrivelmente só. E veio a crise.

Com os vínculos familiares enfraquecidos pela desconfiança, sem o apoio do grupo do futebol, sem o carinho da vizinha com o lanche de fim de tarde e pela invisibilidade dentro

da própria casa, a crise veio muito forte. Damião sente uma raiva que não consegue explicar. Quebra os móveis, a TV, tira a roupa, sobe no telhado, grita para o mundo seu abandono... Sua mãe, desesperada, liga pra ambulância. A ambulância chega. Damião é contido, colocado em uma maca e levado de pronto ao hospital psiquiátrico... Sua primeira vez nesse lugar; mal sabia ele que só teria uma passagem de ida.

Afinal, essa estória se passa em 1970 e o modelo de assistência é o hospitalar-manicomial. A ideia presente é de que louco é perigoso e incapaz. Para se recuperar da loucura, é preciso se isolar da sociedade e ficar em um local onde será “consertado”. Nesse modelo, o louco era esquecido e abandonado em uma instituição psiquiátrica.

Damião nunca poderia dar vazão à potência de vida latente dentro dele. Mal alimentado, esquecido em uma cela superlotada, via sua vida escapulindo a cada comprimido que ingeria goela abaixo. Damião foi, aos poucos, perdendo contato com sua família. Sabia que as visitas, cada vez mais escassas, um dia, cessariam por completo. Foi se acostumando ao abandono, às migalhas, às poucas roupas e condições precárias de seu novo lar. Acostumou-se ao cheiro fétido no ar do esgoto a céu aberto; acostumou-se ao colchão velho e úmido onde dormia todas as noites.

Acostumou-se ao desdém dos médicos e incorporou cada vez mais ao seu diagnóstico: sua loucura, seus delírios serviam de bálsamo diante daquela realidade assustadora. Em seus delírios ele podia ser quem quisesse – já não queria mais ser Damião. Em seus delírios, jogava bola, comia bolo, flertava na praça com as donas-moças. Era reconhecido, um cidadão respeitado, trabalhador... Até um busto na praça erguiam para ele, satisfeito sorria, triunfara na vida... Loucura, no entanto, é pensar que isso este é o delírio; e essa fantasia de cidadania e reconhecimento não sairia dos seus sonhos.

Porém, nem tudo eram desventuras na vida de Damião. Nascera e fora internado na época certa: momento de questionar o modelo hospitalocêntrico; momento de questionar sobre a cidadania do louco. Durante os 20 anos que ficara internado, esquecido naquele inferno-na-terra, o mundo tinha girado. Falava-se em direitos humanos, em proteção internacional aos direitos da pessoa com transtorno mental. Existiam Francos, Amarantes, Rotellis, pensando a saúde mental. Pensando em quão desumano e ineficaz era aquela forma de assistência. Para Damião ainda tinha uma chance dos delírios se tornarem realidade.

Se antes ele ficava restrito a apenas dois direitos – o de exigir um novo reexame médico e de não ter sua correspondência violada – percebe-se agora com várias garantias constitucionais e legais. Não poderia mais ser tratado com discriminação independente de quão louco o laudo médico dizia sê-lo. A lei dizia que ele não poderia mais sofrer com os

eletrochoques e com a “traumaterapia¹”(TAVOLARO, 2004, p. 44). Pelo contrário, deveria ser tratado com “humanidade, respeito, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, na sociedade e na comunidade” (BRASIL, 2011, p.1). Diante de palavras com promessas tão bonitas, Damião assustado, pensa: “Admirável mundo novo...!? Impossível, delírio.” Conclui ele, descrente.

Ainda que tudo aquilo fosse real, a sua realidade já não comportava tamanha mudança. Internado no auge de sua juventude e encarcerado há mais de vinte anos, sem receber cartas ou visitas há mais de dez, tinha estampado em sua vida o estigma da solidão que acompanhava a loucura naquele tempo: não tinha pra quem, pra quê e nem por que voltar².

2.2 O modelo de atenção hospitalocêntrico

O Decreto 24.559 de 03 de Julho de 1934 instituía a política de saúde mental à época. Ele era claro quanto à preferência da internação ao tratamento domiciliar, ao determinar que “sempre, por qualquer motivo, for inconveniente a conservação do psicopata em domicílio, o mesmo será removido para estabelecimento psiquiátrico.” Ainda, a exclusão é desejada sempre que “o psicopata ou o indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida/outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido em estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento.” (BRASIL, 1934, p. 4)

1 Técnica de violência corporal considerada precursora das modernas terapias de choque, ou banhos de água quente ou frias demais.

2 Essa estória serve de interlocução entre este trabalho e o real: o nome Damião foi retirado de uma história que ocasionou a condenação do Brasil perante a Corte Interamericana de Direitos Humanos. Ramos (2006, p.1) narra com riqueza de detalhes o ocorrido:

Em 4 de outubro de 1999, morreu Damião Ximenes Lopes, pessoa com doença mental, na instituição psiquiátrica denominada Casa de Repouso Guararapes em Sobral (CE). Então com 30 anos, Damião foi sujeito à contenção física, amarrado com as mãos para trás e a necrópsia revelou que seu corpo sofreu diversos golpes, apresentando escoriações localizadas na região nasal, ombro direito, parte anterior dos joelhos e do pé esquerdo, equimoses localizadas na região do olho esquerdo, ombro homolateral e punho. No dia de sua morte, o médico da Casa de Repouso, sem fazer exames físicos em Damião, receitou-lhe alguns remédios e, em seguida, se retirou do hospital, que ficou sem nenhum médico. Duas horas depois, Damião morreu.

O Estado brasileiro foi condenado, entre outras coisas, a desenvolver um programa de capacitação e formação para o pessoal médico, psiquiatras e psicólogos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem e todas as pessoas associadas ao atendimento em saúde mental para que o tratamento das pessoas acometidas por transtorno mental fosse realizado com base nos princípios internacionais – Convenção de Caracas de 1990 -, de forma a evitar novas situações de agressões aos direitos humanos e fundamentais (PIOVESAN, 2013). É nesse contexto, inclusive, que a Lei 10.216/2001 surge.

Além disso, nesse modelo de assistência, o laudo médico ocupa uma função primordial: ele origina o status do louco. É o encaminhamento para o médico de plantão o primeiro procedimento a ser realizado quando o indivíduo era hospitalizado. Ao médico competia redigir um relatório tão minucioso quanto possível sobre o estado somático e mental dos pacientes e ressaltar a natureza das suas reações perigosas evidentes ou presumíveis.

Enquanto, aparentemente, a entrada no manicômio por esse modelo é facilitada, a saída, por outro lado, tem critérios um tanto quanto vagos. Assim, caso se entrasse voluntariamente no serviço, a saída também poderia ser voluntária, salvo caso de iminente perigo para a ordem pública, para o paciente ou para terceiros. Se a entrada fosse involuntária, a saída só é possível com laudo médico concessivo da alta.

A internação nesse modelo repercutiria diretamente na vida civil: após a perícia o internado/paciente seria declarado como absolutamente ou relativamente incapaz para exercer os atos da vida civil. Cabia à família, ao responsável legal ou ao médico diretor do estabelecimento a proteção e o cuidado dele.

Porém, as restrições não esgotavam apenas no corpo dos internos; estas recaíam também sobre os seus bens. Com até 90 dias de internação, ele não poderia praticar atos de administração ou disposição de bens. Após 90 dias era nomeado um administrador provisório para zelar pelos bens no prazo máximo de 02 anos. Esgotado os dois anos do administrador e permanesse o estado de não poder assumir os bens era decretada a interdição: a constatação da incapacidade sem-volta.

Essa lei só trazia duas garantias aos internados – a possibilidade de exigir um novo exame de sanidade mental, a qualquer tempo, com outros médicos que não os da clínica onde está internado; e não ter sua correspondência violada no caso específico dela ser dirigida a qualquer autoridade.

Pelo descrito brevemente pela lei, tem-se que a assistência à saúde mental tratava-se de um modelo extremamente excludente cuja porta de entrada para o tratamento era o hospital psiquiátrico e sua base, a internação. Olhava-se mais a doença do indivíduo enquanto que este ficava silenciado e invisível. Era apenas um corpo-mente doente. O caminho era o mesmo para pessoas diagnosticadas (ou não) com transtornos mentais. Este caminho resultava, invariavelmente, na supressão da liberdade, na submissão a tratamentos mentais – e morais – em instituições totais, cujas principais características eram a mortificação do eu, o isolamento e a exclusão social (GOFFMAN, 1961).

É de se imaginar que nessas instituições totais, por suas próprias características, os que estão ali internados não são considerados como sujeitos, são, antes, objetos do saber

científico psiquiátrico que visa tratar a doença que o sujeito foi acometido, considerando a instituição como prerrogativa *per se* da cura da doença. É importante ressaltar que a loucura e o tratamento desta só existem devido ao nascimento da psiquiatria e todo seu aparato de controle e normalização do comportamento humano (AMARANTE, 2007).

Quem eram essas pessoas que eram sequestradas e internadas nessas instituições? *A priori*, eram sujeitos que foram considerados, em algum momento, como desprovidos de razão, incapazes de domar suas paixões. É a partir dessa noção equivocada de racionalidade, que surge o binômio caracterizador dos “loucos”: a incapacidade e a periculosidade (DELGADO, 1992).

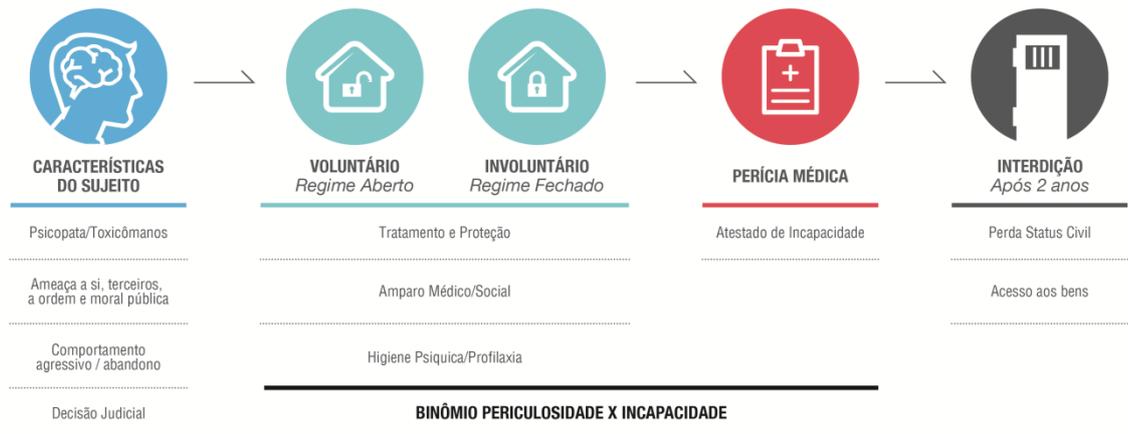
O Decreto nº 24.559 de 03 de julho de 1934 repete em suas normas a necessidade de sequestro e isolamento desses indivíduos que, uma vez diagnosticados, são identificados e representados socialmente como incapazes e perigosos. A tutela do Estado sob o indivíduo resume-se ao direito único e exclusivo ao tratamento mental (BRITTO, 2004).

Este é o panorama da política psiquiátrica exercida no país até muito recentemente. Ela é marcada pela violência institucional e pela desassistência, promovia a marginalização pelas instituições psiquiátricas, que foi capaz de sujeitar esses indivíduos a uma condição de objetos do saber científico, configurando completa violação aos direitos humanos e à dignidade da pessoa humana (AMARANTE, 1992). Vivia-se a época da cidadania tutelada, por mais contraditório que o termo se apresente.

Nesse sentido, pensando na perspectiva das políticas públicas em saúde mental, o cálculo realizado para as internações e a assistência à saúde mental era sempre organizado em torno da noção de periculosidade do indivíduo e da necessidade de internação para a proteção dos coletivos e da ordem.

Os manicômios, portanto, eram o lugar social, jurídico e político do louco – lugar de exclusão e normalização. O caminho linear apresentado pela política de cuidado na época começava com o diagnóstico, seguindo pelo aprisionamento técnico-simbólico do corpo a este diagnóstico e culminava na incapacidade declarada do indivíduo, como ilustrado abaixo:

Figura 1 – O percurso manicomial



Elaborado por: Raphael Santos e Débora Hanna 02/2016

2.3 O modelo de atenção psicossocial

Diante dos paradoxos criados pelo modelo de assistência anterior – a cidadania tutelada e um tratamento que não curava nem reinseria, apenas excluía e estigmatizava - repensou-se o modelo de cuidado. O cuidado deveria buscar a proteção da dignidade pessoal e dos direitos humanos e civis; ele se basearia em critérios tecnicamente adequados que propiciassem a permanência do enfermo em seu meio comunitário (OMS, 1990).

Assim, a doença mental não seria o elemento obliterador da existência; seria, apenas, um momento pontual na vida do indivíduo que teria o direito de receber o melhor tratamento de saúde possível, para que ele pudesse vivenciar sua cidadania com autonomia. Por autonomia entendemos como a

capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com autossuficiência, nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é, antes, uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Essa situação de dependência restrita/restritiva é que diminui sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isso amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (TYKANORI, 1996, p. 56).

A partir dessa breve introdução, percebe-se que o modelo de atenção psicossocial transforma conceitos e instrumentos da política de saúde mental, a começar pela ideia de cuidado integral e da associação com a ideia de cidadania e vistas à autonomia daquele sujeito acometido e diagnosticado com transtorno mental.

A ele são devidos direitos e garantias contra os abusos praticados outrora. A lei fundamental nesse sentido é a lei 10.216 de 06 de junho de 2001, resultado do projeto de lei 3657/89. Ambas procuram resolver três grandes problemas do cuidado em saúde mental no

começo da década de 90: o modelo do cuidado em saúde mental, a questão da cidadania do louco e as interfaces da loucura e a justiça penal (GODINHO, 1992).

O projeto de lei vem para responder os seguintes questionamentos: como será a qualidade e a natureza do atendimento prestado ao cidadão louco? Como a loucura afeta sua condição de cidadão? Até que ponto há violações aos direitos civis e políticos desses indivíduos? Como o aparato repressor do Estado se organiza e deve atuar quando esses cidadãos praticam atos contrários à lei e ao Direito?

Além disso, há a influência de convenções internacionais, em especial a Declaração de Caracas que apontava a falência do sistema hospitalocêntrico-excludente. Assim, todas as leis dessa época vieram no sentido de “reverter o quadro de marginalidade crônica que as pessoas com transtorno mental eram reiteradamente submetidas para promover sua inclusão social” (MUSSE, 2008, p.32).

Por causa dessa lei a política é direcionada, conforme o art 3º, aos portadores de saúde mental, à família e à sociedade. Seria de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde. A Lei 10.216, ainda, define que a assistência será prestada em estabelecimento de saúde mental, entendidas como instituições e unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

No entanto, as mudanças trazidas pela lei e pela nova política não ficavam restritas à maneira de assistência e cuidado ao portador de transtorno mental, o antigo louco. Não. A lógica inteira mudara. Se antes a internação era a única forma de tratamento, hoje as internações são a última modalidade possível de cuidado. A lei é clara ao afirmar que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2011, p.1).

O novo cálculo da política de saúde mental compreende que o cuidado é endereçado a indivíduos que permanecem com seus *status* de cidadania, independente do diagnóstico psiquiátrico; não se trata mais da cidadania tutelada. Ela entende que o espaço do louco não deve ficar restrito aos manicômios. O cuidado agora é voltado para a prevenção, a promoção, a recuperação, a educação e a reabilitação do indivíduo. Esse pensamento dá vida ao conceito de desinstitucionalização entendido como um processo que visa modificar progressivamente o estatuto jurídico do paciente, que segundo Rotelli é alterado

de paciente coagido a paciente voluntário, depois de paciente como hóspede, depois a eliminação dos diversos tipos de tutela jurídica, depois o reestabelecimento de todos os direitos civis. Em síntese, o paciente se torna

cidadão de pleno direito e muda com isto a natureza do contrato com os serviços (ROTELLI, 2001, p.34).

Já que a desinstitucionalização extingue a necessidade de internação devido à construção de serviços inteiramente substitutivos - serviços extra-hospitalares - como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), eles se tornam o eixo de todo o sistema de saúde mental, articulando um conjunto de outras possibilidades e estruturas que compõe uma rede de atenção psicossocial, a RAPS. Assim, o centro é também utilizado como espaço de encontro, de socialização e de vida cotidiana, eliminando a internação do conjunto das estruturas e competências psiquiátricas (ROTELLI, 2001).

O redesenho da rede de saúde mental no Brasil teve início com a Portaria SNAS nº 189 de 19 de novembro de 1991 - marco inicial da reforma psiquiátrica no país. Em seguida veio Portaria SNAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992, responsável por trazer as primeiras definições dos serviços substitutivos em saúde mental. Depois ela foi alterada pela Portaria GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, pois modifica a abrangência dos serviços substitutivos, reorganizando-os por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, além de criar mecanismos de financiamento próprios para a rede CAPS.

Para além do dispositivo central CAPS, temos a Lei 9.867 de 10 de novembro de 1999 que trata das Cooperativas Sociais, uma tentativa de reinserir o louco no mercado de trabalho. Acompanhado pela Portaria GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, o louco institucionalizado tal como Damião, teria uma perspectiva de ter motivos para voltar ao mundo real, pois viveria em uma Residência Terapêutica: um lar em que ele poderia ter controle sobre seus horários, sua alimentação e vestuário. Um local onde ele poderia criar sua própria rotina para além dos mandamentos da instituição.

Há, ainda, um programa governamental chamado de Programa de Volta pra Casa, que se trata de um auxílio pecuniário oferecido pelo governo aos pacientes institucionalizados, aqueles internados há anos e desvinculados da família. Imagina quantos mais Damiões não existiam à época ao ponto de ter uma demanda capaz de incentivar uma política pública de redistribuição de renda desse porte?

Como dito, não foi apenas de CAPS que a política de saúde mental foi estabelecida. Tampouco a política é definida apenas pelos instrumentos de reinserção descritos acima, mas também por um conjunto de critérios, regras e protocolos.

A forma de lidar com as internações psiquiátricas tomaram outro rumo: existiam agora três modalidades de internação – a voluntária, a involuntária e a compulsória. Cada uma com a previsão legal de notificações compulsórias ao Ministério Público a cada internação,

com o intuito de evitar os abusos, as internações perpétuas e arbitrárias. O estatuto legal responsável por regulamentar as internações psiquiátricas involuntárias foi a Portaria GM 2.391 de 26 de dezembro de 2002.

Após quase 10 anos da publicação da Lei 10.216/01 foi instituída a portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que teve como objetivo a reorganização e redesenho da Rede de Atenção Psicossocial. A finalidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e, também, pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Assim, a RAPS tem como objetivos específicos:

I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);

II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;

V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;

VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e

IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção. (BRASIL, 2011, p. 2, grifos nossos)

A todas essas transformações deu-se o nome de Reforma Psiquiátrica: ela modifica o modelo de assistência por meio de novas bases normativas e teórico-conceituais. Mais que isso, ela busca ressignificar o espaço da loucura e romper com o paradigma do binômio periculosidade-incapacidade atuando na dimensão sociocultural da loucura.

O arcabouço teórico foi montado, as leis passaram a vigor, os dispositivos começaram a funcionar... Mas como de fato ele era organizado? Como se organizavam os CAPS com os demais serviços de saúde dentro da lógica do SUS?

A RAPS se baseia em um conjunto de tipos ou níveis de atenção: a básica, a psicossocial, a de urgência e emergência, a hospitalar, a residencial e as estratégias de desinstitucionalização. O ponto central é a atenção psicossocial com seus dispositivos especializados próprios: os CAPS que podem ser do tipo I, II, III, infantil (i), ou de álcool e drogas (ad). Eles são organizados no território conforme a abrangência populacional e o nível

de complexidade realizado pelo serviço, conforme explicado pela tabela abaixo(MPDFT,2010, p.15):

Figura 2 – Tabela comparativa dos tipos de CAPS

CAPS I	Entre 20.000 e 70.000	2 turnos: 8h-18h 5x por semana	01 psiquiatra ou médico com formação em saúde mental, 01 enfermeiro 03 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais 04 profissionais de nível médio	Atendimento individual, em grupos, familiares e em oficinas; visitas domiciliares; atividades comunitárias. Uma refeição por turno.
CAPS II	Entre 70.000 e 200.000	2 turnos: 8h-18h 5x por semana 3º turno: até 21h	01 psiquiatra 01 enfermeiro com formação em saúde mental 04 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais 06 profissionais de nível médio	IDEM CAPS I
CAPS III	Acima de 200.000	24h diárias, inclusive feriados e fins de semana	02 psiquiatras 01 enfermeiro com formação em saúde mental 05 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais 08 profissionais de nível médio	IDEM CAPS I + acolhimento noturno contínuo com no máximo 5 leitos, repouso e observação. Tempo máximo: 07 dias corridos ou 10 intercalados. 24h – 4 refeições
CAPSi	Acima de 200.000	2 turnos: 8h-18h 5x por semana 3º turno: até 21h	01 psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, 01 enfermeiro 04 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais 05 profissionais de nível médio	IDEM CAPS I + desenvolvimento de ações intersectoriais com enfoque em assistência social, educação e justiça.
CAPSad	Acima de 100.000	2 turnos: 8h-18h 5x por semana 3º turno: até 21h	01 psiquiatra 01 enfermeiro com formação em saúde mental 01 clínico 04 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais 06 profissionais de nível médio	IDEM CAPS I + 02 ou 04 leitos para desintoxicação e repouso.

Independente do tipo de CAPS, a função destes na reforma psiquiátrica é fundamental. Eles são responsáveis pela articulação da rede de saúde mental e também atuam na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde. Trabalham em conjunto tanto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários. Eles, ainda, articulam os recursos

existentes em outras redes, quais sejam as sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc. (BRASIL, 2004).

Os CAPS são responsáveis pelo direcionamento local das políticas e programas de saúde mental. Desenvolvem projetos terapêuticos e comunitários, encaminham e acompanham usuários que moram em Residências Terapêuticas; assessoram e sevem de retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e das Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. São, portanto, os grandes promotores de saúde e de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico; responsáveis, sobretudo, pela reintegração social do usuário (BRASIL, 2004).

Então, como os serviços e a rede são organizados no território, na prática? Conforme a abrangência populacional a rede deveria oferecer os seguintes serviços:

Figura 3 – A abrangência populacional e a articulação da rede

Abrangência populacional	Articulação da rede
20 mil a 70 mil habitantes	CAPS I e rede básica de saúde
De 70 mil a 200 mil habitantes	CAPS II + CAPSi + CAPSad + rede de atenção básica em SM
Acima de 200 mil habitantes	CAPS III + CAPS II + CAPSi + CAPSad + rede básica de atenção + capacitação do SAMU para demandas de SM

Os CAPS constituem-se em um dispositivo central e os demais se articulam e com aqueles são interdependentes. Então, os CAPS estão ligados à atenção básica por meio dos dispositivos da Unidade Básica de Saúde: os Centros de Convivência e Cultura e o Consultório de Rua. Essa interlocução é realizada também pelo Programa Saúde da Família e os CAPS são os responsáveis por fazer o matriciamento na rede, afinal, a função principal dos CAPS é o tratamento na sociedade e para a sociedade, sendo a reinserção social fundamental na lógica dos serviços substitutivos. Aqui é importante ressaltar a relevância dos centros de convivência e cultura: é o local destinado a trocas sociais, não como um espaço para a loucura, mas um espaço de convivência e produção cultural de certa localidade, para além do tratamento, não só da saúde mental, mas como parte de um tratamento de saúde.

Os CAPS também estão vinculados ao SAMU (Serviço Móvel de Atendimento a Urgências) e às UPAS 24h (Unidades de Pronto Atendimento) e pela sala de estabilização, estrutura que funciona como local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/graves, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde – dispositivos que compõe a atenção de urgência e emergência.

Esses serviços estão ligados à atenção psicossocial, mas não são dispositivos exclusivos destas, esse fato demonstra que a atenção psicossocial deixa de ser algo insular e passa a ter interlocução com os demais tipos de serviços oferecidos pela rede. É um tratamento especializado, porém não exclusivo, que não demanda uma estrutura específica, tal como era realizado anteriormente: a lei de 1934 não permitia, por exemplo, a internação de uma pessoa em crise em hospitais gerais.

A legislação atual quanto à atenção hospitalar, determina, ao contrário, que as internações devem ser feitas em hospitais gerais, uma vez que não há mais espaço para a estrutura manicomial de outrora. Assim, no caso de crises que necessitam de acolhimento hospitalar, estas devem ser acolhidas em leitos de hospitais gerais (ou em CAPS III).

As outras estruturas que compõem esse nível de atenção são as enfermarias especializadas e os serviços hospitalares de referência. Os serviços ambulatoriais aos quais os usuários do CAPS são encaminhados após o fim do cuidado nos CAPS (o tratamento tem um momento para terminar, tendo em vista a evolução e estabilização do quadro), em geral são feitos nesses hospitais de referência, que são responsabilizados pela manutenção de medicações e onde, inclusive, há grupos de psicoterapia em grupo visando à manutenção do quadro e a criação de vínculos para a reinserção social.

Já a atenção residencial de caráter transitório é composta pela Unidade de Acolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial, onde se incluem as Comunidades Terapêuticas. Ambos dispositivos são ambientes de cuidado contínuo de caráter residencial, sendo que, respectivamente, as populações das unidades de acolhimento estão, em geral, em uma situação de vulnerabilidade social e demandam acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório com permanência de até 06 meses, são divididas entre o público adulto e outra para o público infanto-juvenil. Já nas comunidades terapêuticas a permanência é de até 09 meses e deve atender adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool e drogas.

Por último, temos a Estrutura de Desinstitucionalização composta pelos Serviços Residenciais Terapêuticos e pela Reabilitação Psicossocial. Essas estruturas possuem o objetivo comum de promover o cuidado integral para populações egressas de internações de longa permanência por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício da cidadania, visando à inclusão social.

Inclui-se nessa estrutura, também, o Programa de Volta Para Casa. Sobre essa última estrutura, verticalizaremos a compreensão sobre dois dispositivos específicos: o programa de

volta pra casa e os serviços residenciais terapêuticos. A portaria define como sendo os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT):

Moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social. (BRASIL, 2002, p.100)

Trata-se, portanto, de modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada cujo pressuposto principal funda-se na necessidade de que a cada transferência do paciente do hospital psiquiátrico para o serviço de residência terapêutica deve-se reduzir ou descredenciar do SUS igual número de leitos naquele hospital, realocando os recursos.

Cabe aos Serviços Residenciais Terapêuticos garantir a assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham a possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia; atuar como suporte, destinada prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado e, principalmente, promover a reinserção destes à vida comunitária.

Os SRT, de mãos dadas com Programa de Volta pra Casa, prevê a possibilidade de concretização de um direito fundamental básico que é o direito à moradia (MUSSE, 2008). A lei estabelece um novo patamar na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira: impulsiona a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência por meio da concessão de auxílio-reabilitação (BRASIL, 2002).

O auxílio-reabilitação é um benefício pecuniário mensal no valor de R\$240,00 reais, pagos diretamente ao beneficiário, salvo em caso de incapacidade decretada em juízo, cuja duração será de um ano, podendo ser renovado quando necessário de modo a garantir a reintegração social do paciente.

Para fazer jus ao benefício o paciente precisa preencher, cumulativamente, os seguintes requisitos:

1. Ser egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido igual ou maior que dois anos;
2. A sua situação clínica e social atual não justificar a permanência hospitalar e haja a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social com a necessidade de auxílio financeiro;
3. Haja consentimento expresso do paciente em se submeter às regras do programa

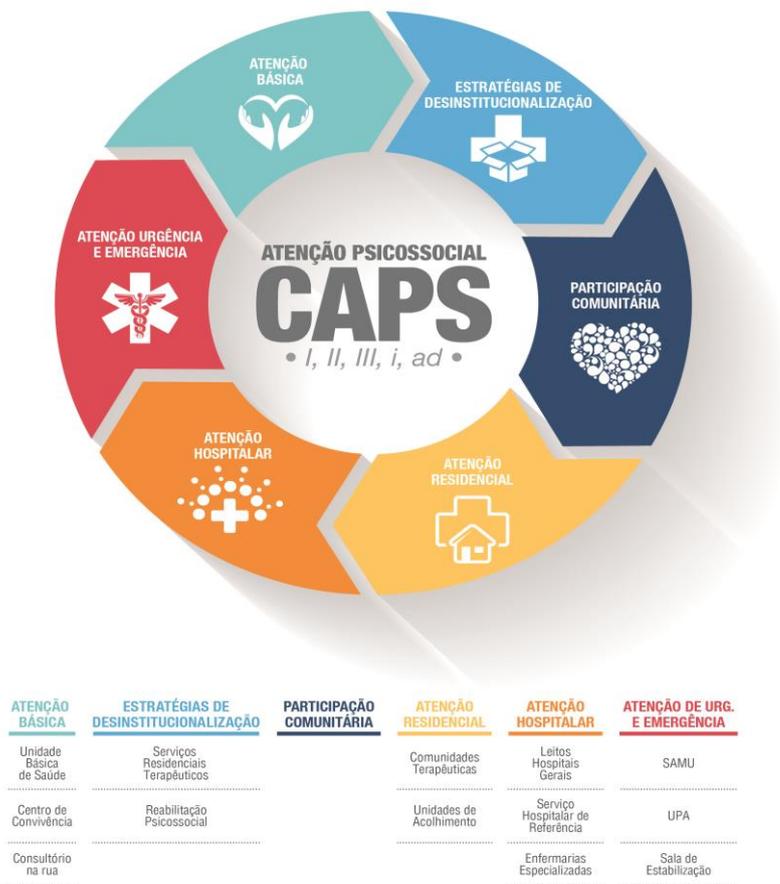
4. Seja garantida a continuidade do tratamento em saúde mental na rede de saúde mental.

Infere-se que a lei cuida da desinstitucionalização visando à autonomia e à autogestão pessoal dos usuários que passaram muito tempo internados nessas instituições. O apoio pecuniário é responsável por dar dignidade a essas pessoas que foram a vida inteira tuteladas e incapacitadas para permiti-lhes a conquista de uma nova posição social de participação e interação com o mundo.

Observa-se que a necessidade da continuidade do tratamento fora da instituição hospitalar é obrigatória para que haja a concessão do benefício, isso demonstra que o cuidado com o paciente vai além da ajuda financeira: pressupõe adesão ao tratamento com o apoio da sociedade e com um paradigma de integração social, ou seja, há o casamento de um auxílio pecuniário com a inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental.

Nota-se, também, que esse Programa desconstrói a visão estereotipada dos loucos: não são mais perigosos já que podem voltar para casa, para a interação social; não são mais incapazes, pois podem gerir o próprio dinheiro e se autodeterminarem. A reconquista desses direitos é fundamental para a reconstrução e o reposicionamento do lugar social do louco. A esse respeito, o fluxograma abaixo ilustra, didaticamente, o exposto acima:

Figura 4 – A Rede de Atenção Psicossocial



Elaborado por: Raphael Santos e Débora Hanna 02/2016

Toda reconstrução teórico-jurídica, técnico-conceitual e técnico-assistencial para que sejam funcionais e efetivos dependem de um componente essencial que não era considerado pelo modelo anterior: a participação comunitária e a participação deste indivíduo na comunidade. O usuário da rede de atenção psicossocial, precisa de um cuidado integral que compreende saúde como algo muito maior que a ausência de doença.

O cuidado feito com as bases territoriais da comunidade, também é realizado *pela* comunidade por meio da construção e manutenção de vínculos de convivência. É fundamental, por isso, a articulação dos CAPS com escolas, praças, vizinhança; clube de futebol, casas de shows culturais, bibliotecas públicas... O serviço de portas abertas deve manter as portas abertas e a interlocução como via de mão dupla entre quem frequenta o serviço e/com quem convive com ele nas redondezas. A respeito disso, Ana Marta Lobosque afirma:

Trata-se de encontrar uma nova habitação para a loucura – o que não significa, naturalmente, reformar ou remodelar os espaços que os

chamados loucos deveriam forçosamente habitar, e sim, diferentemente, tornar cada mais fluidas, mais transitáveis, mais flexíveis, as fronteiras entre as instituições destinadas a eles e a sociedade onde se desenrola a vida e o destino de todos nós, loucos ou não (LOBOSQUE, 2003, p.43).

Aqui encontramos a construção teórica dos dois modelos de assistência à saúde mental. Aparentemente, eles assumem posições diametralmente opostas quanto à percepção de sujeito e de qual lugar deste no mundo; quanto às formas de tratamento e ao número de dispositivos necessário para tanto. São, em tese, modelos incompatíveis entre si.

Na prática – dizem – a teoria é outra. Como será, então, que esses modelos de assistência se organizam? Eles coexistem? Interagem? Negam-se reciprocamente? Houve uma transição prática de um modelo para o outro? Há uma predominância entre eles, ou um já caiu em desuso, enquanto o outro ocupa mais espaço? O próximo capítulo busca responder essas questões demonstrando como, atualmente, é feita a assistência de saúde mental na prática no Distrito Federal.

3 A REDE DE SAÚDE MENTAL DO DF

3.1 Os planos distritais de atenção à saúde mental

Para que houvesse a transição gradual entre os modelos de assistência discutidos anteriormente, o Governo do Distrito Federal elaborou o Plano Diretor de Saúde Mental para o quinquênio de 2007 a 2011, o primeiro documento específico sobre o tema. Este plano se comprometia com a substituição do modelo hospitalocêntrico por meio da construção de uma rede de serviços substitutivos extra-hospitalares e comunitários para atenção à saúde mental.

Essa rede contaria com ações na saúde mental na atenção básica, com o CAPS, SRT, leitos em hospitais gerais, ambulatorios, bem como com o Programa de Volta pra Casa. O Plano reforça que a rede deveria funcionar de forma articulada tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação. Tudo exatamente como preconizado na lei.

Apesar de compreender bem todos os preceitos dispostos na lei e incluir no cálculo o que deve ser feito para o cuidado dos cidadão, na auto-análise do plano, ele reconhece que a rede de saúde mental no DF ainda está por ser construída. Mais que isso: afirma que a rede possui poucos serviços, não possui a articulação adequada; é incapaz de garantir qualidade na assistência prestada, tampouco a acessibilidade aos serviços substitutivos (SESDF, 2007).

Ficou explícito no primeiro capítulo que para que haja a efetiva articulação dos serviços de saúde mental é fundamental sua articulação com a atenção básica por meio da

RAPS. Assim, é necessário que as unidades básicas de saúde, os núcleos de apoio à Saúde da família, das equipes especializadas do consultório de rua e dos centros de convivência e cultura devem se articular entre si e com os CAPS.

No entanto, aqui no DF, não existem todos os serviços da atenção básica. A principal parceria se dá pelo trabalho de matriciamento das equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e dos Centros de Saúde. Esse trabalho é feito para que os centros de saúde e o PSF sejam capazes de acolher e acompanhar os usuários dos serviços de saúde mental que estejam com quadros estáveis e que não necessitem mais de um acompanhamento especializado. (MPSM, 2013)

Para que haja o matriciamento são realizadas visitas compartilhadas entre as equipes dos CAPS da atenção básica e reuniões conjuntas para a discussão de casos com o intuito de otimizar os encaminhamentos entre as equipes. No entanto, observa-se que no DF, tanto o matriciamento quanto essa articulação é muito precária. Ela abrange apenas uma cobertura de 17% do território, por exemplo, no CAPS do Paranoá. Soma-se a isto o fato de que apenas o gerente é responsável pelo matriciamento, devido à sobrecarga de trabalho dos demais profissionais do centro (SANTOS & SOARES, 2015).

Além disso, foi identificado que há um número insuficiente de profissionais trabalhando na área e há problemas na qualificação dos profissionais, tendo em vista que os centros formadores ainda estão se apropriando dos novos pressupostos e da lógica da saúde pública e da saúde mental.

No que se refere aos recursos humanos, não há uma política adequada para o gerenciamento destes: o processo seletivo é feito para categorias profissionais mais genéricas; não há concursos específicos para a saúde mental. Nos serviços de saúde mental não há nenhuma formação específica para os profissionais concursados e o critério principal de lotação é a escolha do candidato, o critério de qualificação e formação para a função a ser exercida não é observado na maioria dos casos. (SANTOS & SOARES, 2015)

Além disso, não estão no quadro oficial de profissionais tais como acompanhantes terapêuticos, cuidadores sociais, artistas, preparadores físicos e oficinairos. Não há cursos de educação permanente para atender aos profissionais da rede de serviços de saúde mental. Falta também a qualificação dos gestores. Não há a supervisão clínico-institucional (MPSM, 2013).

Reconhecidamente insuficiente, o Plano Diretor declara que por ser o DF um dos maiores aglomerados urbanos do país, ele necessita de uma rede de saúde mental complexa, diversificada, integrada e resolutiva. Ainda, ele ressalta com dados do MS de 2006 que o DF

figurava na 26ª posição do ranking de cobertura de CAPS por 100mil/hab, com a taxa de 0,11, perdendo apenas para o Amazonas que possuía uma taxa de 0,09. Cabe explicar que o critério de uma cobertura boa/razoável ultrapassa 0,50, para atingir esse critério, seriam necessários, no mínimo, 46 CAPS no DF (DISAM, 2012).

Figura 3 – Parâmetro de Cobertura CAPS/habitante

Parâmetro de Cobertura	
Muito Boa	0,70
Boa	0,50 a 0,59
Regular/baixa	0,35 a 0,49
Baixa	0,20 a 0,34
Insuficiente/crítica	Abaixo de 0,20

(Fonte: DISAM, 2012,p. 3)

Em relação ao Plano Diretor de Saúde do quinquênio de 2012-2015, os dados do Ministério da Saúde de 2010 revelaram que houve pouca mudança na situação da saúde mental no DF: o número de CAPS por habitante era de 0,21. Se considerados os CAPS em funcionamento (05 CAPS: 1 CAPS II – ISM; 1 CAPSi (Centro de Orientação Médico Psicopedagógico - COMPP); 1 CAPS adolescente – Adolescentro; 2 CAPS ad, um no Guará e um em Sobradinho; 1 CAPS II em Taguatinga; e 1 CAPS II no Paranoá) e os que funcionavam, porém ainda em fase de credenciamento junto ao Ministério da Saúde (CAPS II de Planaltina, Gama e Samambaia; CAPSad Ceilândia e Santa Maria e o da Rodoviária), a taxa de cobertura seria de 0,44, ainda insuficiente. Esse relatório identificava, mais uma vez, que a atenção à saúde mental continuava deficiente no sistema público de saúde do DF. (SESDF, 2012)

O que tornava essa situação mais confusa – pra dizer o mínimo – era que muito antes da promulgação da Lei nacional 10.216/01 de assistência à saúde mental; o Distrito Federal promulgou uma lei reestruturando toda a assistência à saúde mental. Trata-se da Lei Distrital 975 de 12 de dezembro de 1995. Pasmem, nessa lei havia a previsão da extinção dos manicômios no DF em quatro anos!

Essa lei também trazia expressamente outras novidades: proibia-se a psicocirurgia e demais tratamentos invasivos e irreversíveis sem autorização da pessoa ou do representante legal; era necessário parecer médico realizado por junta médica atestando ser este tipo de tratamento ser o que melhor atende às necessidades de saúde do indivíduo.

Além disso, a lei se refere aos *usuários dos serviços de saúde mental*, ou seja, cidadãos brasileiros, antes de pessoas com transtorno mental. Os direitos previstos nela procuram assegurar o *pleno exercício dos direitos de cidadão durante a atenção ao usuário* dos serviços de saúde mental. Portanto, a eles são devidos um tratamento humanitário e

respeitoso sem qualquer discriminação e serão protegidos contra qualquer forma de exploração.

Os usuários também têm direito a espaço próprio, necessário à sua liberdade e individualidade, com oferta de recursos terapêuticos e assistenciais indispensáveis à sua recuperação. É direito do usuário a integração a sociedade, através de projetos com a comunidade. Por fim, todos os usuários³ têm direito ao acesso às informações registradas sobre ele, sua saúde e tratamentos prescritos.

Nesse sentido, os princípios norteadores do redirecionamento à atenção a saúde mental são a integralidade, descentralização e participação comunitária. Para isso, o Governo se propõe a promover campanhas de divulgação periódicas para esclarecimento dos pressupostos da reforma psiquiátrica nos meios de comunicação.

Quanto ao modelo de assistência há a orientação de que ele procurará a redução progressiva da utilização de leitos psiquiátricos, visando o redirecionamento de recursos para o desenvolvimento de outras modalidades médico-assistenciais. Há a proibição de concessão de autorização para a construção ou funcionamento de novos hospitais e clínicas psiquiátricas especializadas e é vedada também a ampliação de leitos pela Secretaria de Saúde do DF (BRASIL, 1995).

Era de se esperar que diante de uma lei tão progressista e diante de planos com diagnósticos tão precisos sobre a falta e a ausência de serviço e de rede em saúde mental o Governo se mobilizaria para corrigir suas falhas. No entanto, o esperado, o imaginado, não é cumprido. Sem a dotação orçamentária necessária, as palavras bonitas da lei jamais tomariam forma.

3.2 O orçamento

Em 2009, foi realizado um Relatório Técnico Orçamentário Financeiro relativo a construção de unidades destinadas à saúde mental no Distrito Federal para o programa de assistência à saúde mental cujo objetivo era o de promover e restaurar a saúde psíquica do indivíduo. Para isso, as ações propostas eram de construção de CAPS e Residências Terapêuticas (RT).

Esse relatório começa com um histórico dos gastos com saúde mental no DF. Observa-se que desde 2005 houve previsão orçamentária para a construção de CAPS. Já os gastos com as RT só começaram a constar no orçamento a partir de 2009, com o valor irrisório de 10 mil reais.

³ Longe de o termo usuários ser o mais adequado percebe-se que ele tem mais mobilidade que o termo interno, utilizado no paradigma anterior. Atualmente, o termo frequentador também é usado.

O documento mostra que apesar de constar no orçamento de 2005, apenas em 2008 foram autorizados os gastos com saúde mental, sendo que de 2005 a 2007 foram totalmente excluídas as dotações com a construção dos CAPS. Porém, o que foi efetivamente gasto dos recursos orçamentários durante os anos de 2005 a 2009 foram para a construção de Unidades de Internação, no valor de 1.185.878,00 reais.

Eis aqui uma contradição: apesar do Plano Diretor de Saúde Mental de 2007 a 2011 ressaltar a importância dos CAPS e das Residências Terapêuticas como fundamentais para a melhora da qualidade da atenção da saúde mental no DF, em nenhum momento, elas foram objeto de gastos efetivos do governo. Pelo contrário, o dinheiro foi gasto com Unidades de Internação, o que indica que a lei pode ter mudado, mas que os atores, suas ações e seus investimentos permanecem presos ao modelo anterior, pautado nas internações.

Em 2010, o parecer técnico nº 326/2010 foi realizado pela Procuradoria Distrital dos Direitos do Cidadão e pela Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde com o objetivo de apurar a adequação orçamentária e financeira para a implantação de 06 Residências Terapêuticas, 07 Centros de Atenção Psicossocial e a constituição de equipes multidisciplinares para atuarem nesses serviços.

A Lei Orçamentária Anual de 2010 previa 50 mil em recursos orçamentários tanto para os CAPS quanto para os SRT, totalizando 100 mil reais. Já em relação à contratação das equipes multiprofissionais, não houve dotação orçamentária para a realização de concurso público para a SES/DF. (MPU, 2010)

Ficou constatado também que na LOA 2010 não houve execução orçamentária e financeira nas ações de construção de Residências Terapêuticas no DF nem na Implantação de CAPS no DF. A conclusão evidente é que o DF não utilizou os recursos dotados previamente para a melhoria da saúde mental.

3.3 As estruturas remanescentes

É nítido o descompasso entre o legal e o real. A insuficiência da rede e do cuidado ainda permanece. Conforme os dados apresentados pelo Relatório de 2013 do Movimento Pró-Saúde Mental, o número de CAPS ainda é insuficiente; não há serviços residenciais terapêuticos, não há centros de convivência e cultura. Há uma baixa cobertura pela atenção básica à saúde mental e, ainda, não há articulação com os hospitais gerais: a articulação é realizada pelos ambulatórios e estes não oferecem serviços suficientes, sem mencionar que a estrutura hospitalar-manicomial persiste até hoje.

O Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) é a instituição mais antiga de saúde mental do DF e possui uma característica hospitalocêntrica e manicomial bastante enraizada. O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria (Portaria GM 251/02) constatou sérios problemas no HSVP: estrutura física precária com risco de desabamento do teto e falta de iluminação; projetos terapêuticos individuais e institucionais insuficientes; a falta de medicamentos com fornecimento descontínuo e precário (SESDF, 2007).

Dados do PDSM 2007/2011 revela que devido à ausência de serviços extra-hospitalares, há uma sobrecarga de internações no HSVP que “responde por 60% do atendimento no Distrito Federal” (SESDF, 2007, p12), demanda esta muito superior à própria capacidade do hospital. A conclusão contundente do relatório é que “a concentração do atendimento em um único serviço de natureza hospitalar constitui o principal problema estrutural da rede do DF” (SESDF, 2007, p.13).

Essas informações são ratificadas em pesquisa recente realizada por Santos & Soares (2015). Eles observaram que no ano de 2006, apenas 0,8% dos atendimentos realizados pelo HSVP resultaram em internações; em 2007, após um ano de implementação do CAPS do Paranoá, o número de internações reduziu a quase a metade do valor encontrado no ano anterior, representando uma taxa de 0,48% de internações em relação ao número total de pessoas atendidas.

Porém, apesar da redução considerável após o primeiro ano de serviço, se comparado com o ano de 2013, após quase 10 anos de implantação da rede substitutiva, os dados revelam que a taxa de internação do período foi de 1,9%, valor que representa 620 internações, a maior taxa se comparada aos dois anos anteriormente analisados. Esses dados demonstram que a rede de saúde mental do DF continua sendo insuficiente; e que não possui o caráter substitutivo que se propunha, uma vez que

apesar do número de atendimentos no hospital psiquiátrico ter diminuído, o número relativo de internações aumentou, este foi reforçado inclusive, pelo encaminhamento das crises pelo CAPS, tendo em vista que ele se mostra, ainda, pouco eficaz no cuidado à crise no próprio serviço. Isso revela uma urgente necessidade de reorganização da rede de assistência à saúde mental do DF e parece apontar para a vigência do modelo hospitalocêntrico reconhecidamente falido por todas as esferas internacionais, nacionais e, inclusive, pelos próprios profissionais dos serviços e seus gestores. (SANTOS & SOARES, 2015, p. 39)

Por fim, outro nó do HSVP refere-se aos recursos humanos. Dados de 2013 revelam que há déficits na composição da equipe multidisciplinar necessária para o tratamento dos pacientes internados na instituição: faltam psicólogos, terapeutas ocupacionais e especialistas.

Isso acaba restringindo a terapêutica disponibilizada pelo hospital quase exclusivamente a prescrição e administração de medicamentos, uma vez que não há a efetivação de atividades ocupacionais e de psicoterapia no cotidiano desses pacientes, o que, conseqüentemente impede a desinstitucionalização e reinserção dos internos (MPSM, 2013).

Outro problema que impede a desinstitucionalização é que o DF não conta com a estrutura dos Serviços Residenciais Terapêuticos. O único serviço com caráter residencial do DF, chamado de Casa de Passagem, fica localizado no Instituto de Saúde Mental (ISM) no Riacho Fundo e conta com apenas 30 leitos. Esse local era o único que recebia os pacientes que já possuíam o laudo médico de periculosidade cessada da Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), estrutura semelhante aos extintos (será?) Manicômios Judiciais.

Quanto a situação da ATP em Brasília, esta é bastante grave. Dados levantados pelo Relatório do Movimento Pró-Saúde Mental em 2013 demonstram ela possui todas as características asilares indesejadas pela atual Política Nacional de Saúde Mental. O trabalho substitutivo é dificultado porque na Região Administrativa onde está localizado o presídio não há serviços substitutivos em Saúde Mental.

Alguns pacientes são encaminhados para o ISM, quando há alvará de soltura dado pela cessação da medida de segurança, porém, esse serviço não é continuado graças à falta de pessoal para a escolta, carro e motorista. Existem outras irregularidades causadas pela falta de recursos humanos. Não há supervisão de equipe, os relatos colhidos apontam que a equipe se auto supervisiona; ou seja, não há suporte institucional em relação à temática da saúde mental (MPSM,2013).

Na ATP há pessoas institucionalizadas que ainda não saíram por falta de rede familiar, tendo em vista que em Brasília não há residências terapêuticas para onde eles podem ser encaminhados. Conforme a portaria nº 002/2008 expedida pelo MPDFT esse fato representa abuso de autoridade por parte do Estado por violação aos direitos fundamentais, na medida em que inexistente justificativa para a manutenção da custódia. O mais preocupante, no entanto, é o discurso de que

as pessoas que lá se encontram dificilmente teriam outro destino, visto que há anos encontram-se institucionalizadas, onde perderam os laços sociais e familiares, e que, portanto, não seria possível reinseri-las (MPSM, 2013, p. 18).

Tal discurso preocupa porque se acostumar com a institucionalização é perpetuar o discurso que o lugar do louco, ainda que “curado”, é na instituição porque não há mais para onde ele ir; ele passa a pertencer à instituição. Pior: os próprios profissionais que trabalham

com essas pessoas diariamente reconhecem que seria impossível sua reinserção social pelo rompimento de vínculos causado pelo tratamento e pela instituição.

Esse pensamento demonstra, em última análise, que os profissionais não acreditam no trabalho realizado para a reinserção desse indivíduo o que reforçaria a decadência do modelo anterior. Ora, se o tratamento é para curar e reinserir, se ele não é capaz de fazer nenhuma coisa nem outra, qual sua a razão de ser? Que lugar é esse onde as pessoas ficaram por tantos anos que não permite que elas saiam por incapacidade de ressocialização? Que tipo de tratamento era realizado nesses manicômios judiciais?

Nesse sentido, o relatório psicossocial nº 321/2009 realizado pela Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais, revela uma série de irregularidades que não são capazes de garantir o tratamento terapêutico de saúde mental adequado para os internos condenados a cumprirem medida de segurança. A realidade dessa ala era a seguinte:

- a. não existia uma equipe multidisciplinar especificamente lotada e atuante dentro da Ala de Tratamento Psiquiátrico. A equipe sequer conhecia todos os pacientes internados, os atendimentos realizados eram esporádicos, e em geral, feitos apenas quando havia a solicitação do juiz;
- b. desde julho de 2009, a ATP não contava com psiquiatra. O único profissional dessa categoria lotado na PFDF estava de licença médica até janeiro de 2010, sem garantia de retorno;
- c. quando o paciente é internado na ATP ele não recebe pronto atendimento pela equipe, logo, não é realizado um plano terapêutico, o que impossibilita um tratamento específico. Esses internos ficam meses sem qualquer tipo de atendimento ou avaliação médica, psiquiátrica. Isso resulta, frequentemente, em um agravamento da sua situação física/psíquica;
- d. Não existe controle real sobre o uso das medicações. Estas são ministradas pelos agentes penitenciários e não por enfermeiros;
- e. A escassez da equipe obriga os funcionários a dividirem sua atenção entre o atendimento dos internos da ATP e o atendimento das mulheres reclusas; essas são priorizadas por demandarem maior atenção e serem em maior número;
- f. Os pacientes da ATP não tem acesso às atividades terapêuticas nem a assistência social. Todas as atividades realizadas são descontínuas e improvisadas. Assim, sem tratamento, não há a cessação de periculosidade, pois não há melhora do quadro psiquiátrico.

g. Quanto ao espaço físico as celas são superlotadas. Tampouco existe enfermaria para casos de necessidade de repouso ou medida de emergência em casos de crise, inexistindo também plantão de enfermagem durante a noite e nos finais de semana;

h. Os internos da ATP por falta/dificuldade de escolta muitas vezes não são levados a consultas, avaliações e perícias necessárias aos encaminhamentos realizados pelo núcleo psicossocial.

i. Não foram implantadas as residências terapêuticas necessárias para acolher os pacientes sem referência familiar que não possuem mais risco de periculosidade. A casa de passagem do ISM não possibilita a inserção social do paciente já que não há previsão de criação das residências terapêuticas (SEVEP, 2009).

Essas informações, aparentemente defasadas, encontram respaldo na realidade atual por meio da Inspeção aos Manicômios, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia em 2015.

No Distrito Federal foi observado que a ATP permanece como um espaço anexo ao presídio feminino de Brasília cuja capacidade é de 101 internos do sexo masculino – 10 celas com 10 pessoas cada. Não há espaço destinado especificamente para mulheres, estas compartilham o espaço com mulheres detidas no regime semi-aberto. Há a existência de uma cela para deficientes que não está ocupada, é usada quando algum interno precisa ficar sozinho por alguma razão, em geral, brigas ou surtos. (CFP, 2015). De uma maneira geral, o tratamento de saúde vinculado ao sistema prisional em âmbito nacional, conforme a inspeção realizada foi capaz de constatar que

esse tipo de estabelecimento não oferece o tratamento psiquiátrico que supostamente justificaria sua existência. Apesar da reforma do código penal de 1984 ter mudado o nome dos manicômios judiciários para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, essas instituições continuam a funcionar e ambiente carcerário e em nada lembram um estabelecimento voltado para o cuidado em saúde; não obedece qualquer tipo de regulamentação sanitária, nem atendem a qualquer regramento criado para normatizar os estabelecimentos psiquiátricos, ou de saúde mental; praticamente não estabelecem nenhuma articulação com a rede de atenção psicossocial, nem desenvolvem atividades que visem à promoção, prevenção e reabilitação da saúde, ou que sejam voltadas para a desinstitucionalização e reinserção social, sendo, portanto, completamente avessas à política de saúde mental vigente no país. (CFP, 2015, p.127-128)

Todas essas omissões reforçam o fato de não termos nenhuma residência terapêutica no DF. O que temos, de fato, é um lar abrigado localizado dentro do ISM, ainda não cadastrado junto ao MS como parte da rede de saúde mental. O surgimento desse espaço

coaduna com a péssima atenção que a Rede de SM do DF recebeu ao longo dos anos: foi um espaço criado emergencialmente para abrigar os internos egressos da extinta Clínica Planalto que não tiveram para onde ir por falta de vínculos familiares, cuidadores ou casa. O que possuía caráter transitório tornou-se permanente; e muitas pessoas ainda se encontram morando por lá após mais de 10 anos, sem qualquer perspectiva de desinstitucionalização. (MPSM, 2013)

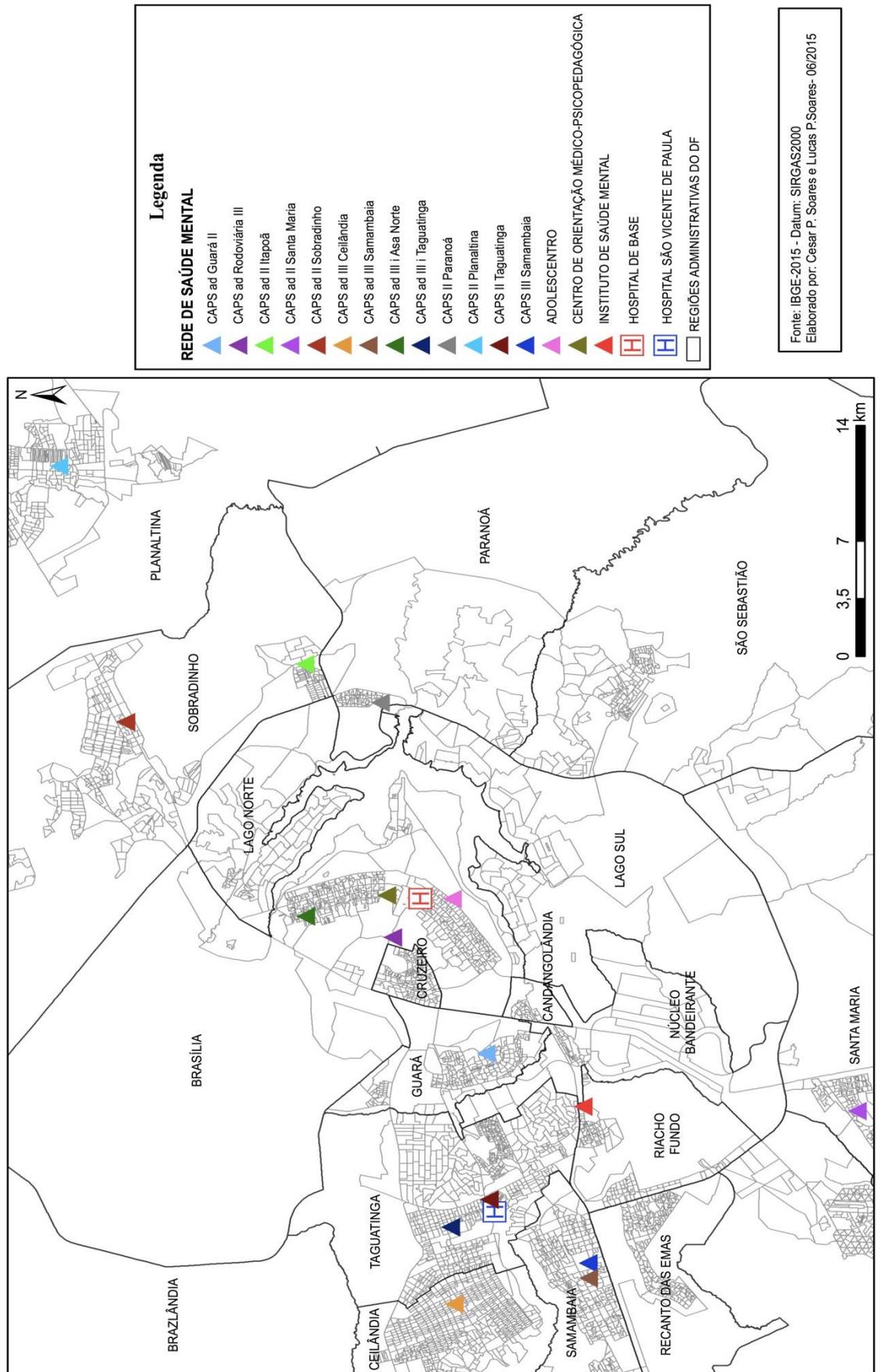
Além dos egressos da clínica Planalto, atualmente, o Lar Abrigado recebe os internados no HSVP que perderam os vínculos familiares devido às internações prolongadas. Porém, devido ao espaço inadequado, apesar dos internos serem bem cuidados quanto à higiene e controle das crises, não foi observado nenhum trabalho significativo para a reabilitação psicossocial dos pacientes ao longo desses anos. (MPSM, 2013). É curioso notar que em termos orçamentários a Portaria/GM/MS nº 246 de 17 de fevereiro de 2005 destina incentivos financeiros para a implantação das RT, porém, como já pontuado, nunca houve dotação orçamentária para tanto.

3.4 A distribuição desigual da rede e do atendimento à saúde mental no Distrito Federal

Vimos que nossa rede de atenção à saúde mental não está completa: não temos residências terapêuticas, os CAPS que possuímos são insuficientes. Ainda contamos com uma estrutura hospitalar que ocupa um papel central na atenção à saúde mental e os recursos orçamentários governamentais são no sentido de fortalecer o atendimento hospitalar, investindo em unidades de internação.

Ao mesmo tempo, temos CAPS e serviços substitutivos que realizam o cuidado de saúde mental em algumas Regiões Administrativas. Com ajuda do georeferenciamento que mapeia a rede de saúde mental no DF, observaremos duas situações que demonstram a desigualdade de atendimento e acesso a rede de saúde mental dependendo da Região Administrativa de domicílio do usuário.

Figura 6 – Georeferenciamento da Rede de Atenção à Saúde Mental



Diante dessa imagem, imaginemos, então, as seguintes situações:

- Situação 1

Um morador do Lago Norte é acometido por um sofrimento psíquico grave e procurara atendimento no CAPS do Paranoá. Ele, por conta das condições financeiras de sua família, teria acesso ao único Centro de Convivência da cidade, a ONG INVERSO⁴, localizada na Asa Norte. Ele participaria das oficinas de geração de renda⁵ e teria todo o apoio familiar, da escola, dos vizinhos. Não seria considerado tão louco assim, nem tão perigoso ou incapaz.

Por participar como usuário no CAPS do Paranoá ele ainda poderia participar da oficinas de música oferecidas pelo serviço, desenvolveria suas potencialidades... Depois de um tempo fazendo o tratamento assíduo no CAPS, seria encaminhado pelo serviço para tratamento ambulatorial⁶. Seria considerado um cara de sorte e um exemplo da efetividade do tratamento psicossocial.

- Situação 2

Um morador de São Sebastião também é diagnosticado com um quadro psiquiátrico grave. Devido à distância do serviço CAPS – e da superlotação⁷ deste ele teria a crise acolhida pelo Hospital Psiquiátrico da cidade, lugar de referência quando as ambulâncias são chamadas para a contenção de uma crise.

Ao chegar ao hospital talvez ficasse internado; talvez não, fosse apenas atendido pela enfermaria. Seria medicado, ficaria em observação por uns dias, no máximo, e teria alta para voltar para casa já que o modelo de atenção psicossocial não suporta internações longas. Ao

4 Não existem centros de convivência e cultura na RAPS local. O único local que desenvolve um trabalho parecido com o que deveria existir nesses centros é uma ONG de saúde mental chamada INVERSO. Há também uma prática pontual de vivência cultural com os usuários no CAPS do Paranoá em uma oficina de música – parceria do CAPS com o Ponto de Cultura “Casa Viva” do Paranoá. Assim, o que é perceptível na RAPS do DF é a “falta de priorização de um trabalho de resgate cultural (...) a reflexão sobre a importância da cultura fica a cargo de experiências pontuais nos serviços de saúde mental” (RPSM, 2013. p. 29).

5 No DF há apenas o projeto “Semeando Arte”, que consiste em um BOX na Feira da Torre de TV, e construído coletivamente com o Núcleo de Inserção Social da Diretoria de Saúde Mental do DF – DISAM e os serviços de saúde mental particulares do DF a Anankê e a INVERSO; para a comercialização das mercadorias produzidas nos serviços de saúde mental. Além de produtores, os usuários são vendedores das peças produzidas por eles. Porém, há uma baixa adesão dos usuários ao projeto e também uma baixa produtividade dos CAPS. Ainda há algumas iniciativas pontuais como a oficina de culinária do ISM e outras oficinas nos demais CAPS. (MPSM, 2013)

6 No DF existem apenas ambulatorios de psiquiatria, indo na contramão da atuação multiprofissional e interdisciplinar da saúde mental. Em toda rede, o único ambulatorio que dispõe de equipe multidisciplinar é o do ISM (MPSM, 2013). Os 15 ambulatorios de psiquiatria existentes no DF, em sua maioria, estão vinculados aos hospitais e não articulados com a rede de saúde mental. Conforme o Relatório do MPSM “constituem serviços abertos a demanda espontânea e não promovem a organização do fluxo de saúde mental da rede, aspectos que proporcionam grandes filas e desorganização da linha de cuidado”. (MPSM, 2013, p.25)

7 Nesse sentido o Relatório do Movimento Pró-Saúde mental, declara que “a noção de território em saúde mental inclui um campo de relações, intimidades, de vivências compartilhadas, de possibilidades de inclusão em suas diferentes dimensões o que, muitas vezes, não é possível trabalhar considerando a atual realidade de sobrecarga de trabalho vivida pelas equipes dos CAPS” (RMPSM, 2013, p.14).

ser buscado pelos seus familiares, os médicos do Hospital recomendariam que ele realizasse o tratamento no CAPS.

Imagine se existisse um CAPS próximo a sua residência e se lá ele conseguisse vaga. Ele começaria a ter um plano terapêutico individualizado de cuidado; e começaria, também, a participar das atividades disponíveis no CAPS, por exemplo, o grupo de artes cênicas.

Imagine, que se ele decidisse de parar com a medicação e fizesse seu tratamento apenas participando das atividades, e, no meio do caminho, entrasse em crise. Mesmo em crise, a equipe acolheria aquela crise e impediria uma internação; mesmo que só metade da equipe agisse dessa forma.

A outra metade, assustada – parte pelo despreparo, parte pela formação tecnicista – indicasse à internação, mesmo sabendo se tratar de um serviço substitutivo, e sabendo, principalmente, que a rede de saúde mental era falha pela falta de leitos em hospitais gerais e a falta de CAPS III. Imagine, ainda, que ele não aceitasse esse encaminhamento e que o SAMU, ao chegar para recolhê-lo, não identificasse as características de loucura que justificariam uma internação.

Essa é uma das histórias reais-fictícias contada por Santos e Soares (2015): eles perceberam que mesmo quando o serviço encaminha para a internação, os efeitos colaterais desse procedimento são minimizados, não há institucionalização. Não há perda de identidade pelas idas-e-vindas institucionais. Pelo contrário, há uma construção crítica da própria identidade do usuário do serviço e a autodeterminação sobre seu corpo; o usuário apresenta crítica social, postura ativa e lida com seu sofrimento psíquico de uma forma produtiva.

Observa-se que os dois desfechos da história são diferentes graças à localidade onde o usuário morava e às suas referências socioculturais. Nesse sentido, A tabela abaixo demonstra a projeção do número ideal de CAPS, os CAPS existentes e o que falta para que seja efetivado o preconizado pelas portarias GM 336/02 e pela Lei Distrital 975/95. A tabela abaixo traz a comparação entre o número de CAPS previstos pelo Plano Diretor de Saúde Mental para o período de 2011 a 2015 e os atualmente existentes (MPSM, 2013, p.11):

Figura 7 – Projeção ideal de CAPS, os existentes e as insuficiências

Região Administrativa	Projeção do número ideal de CAPS	Os CAPS existentes	O que falta
RA 1 Brasília	1 CAPS II 1 CAPS i 1 CAPS ad	1 CAPS ad (III) 1 CAPS ad i (III) 1 CAPS i - COMPP *Adolescentro *H. Materno-infantil	1 CAPS II
RA 2 Gama	1 CAPS II 1 CAPS i 1 CAPS ad	-	1 CAPS II 1 CAPS i 1 CAPS ad
RA 3 Taguatinga	1 CAPS II 1 CAPS III 1 CAPS i 1 CAPS ad (III)	1 CAPS II 1 CAPS ad i (III)	1 CAPS III 1 CAPS i 1 CAPS ad (III)
RA 4 Brazlândia	1 CAPS I	-	1 CAPS I
RA 5 Sobradinho	1 CAPS II 1 CAPS III 1 CAPS i 1 CAPS ad (III)	1 CAPS ad	1 CAPS II 1 CAPS III 1 CAPS i Transformar CAPS ad em CAPS ad (III)
RA 6 Planaltina	1 CAPS II 1 CAPS III 1 CAPS i 1 CAPS ad (III)	1 CAPS II	1 CAPS III 1 CAPS i 1 CAPS ad (III)
RA 7 Paranoá	1 CAPS II 1 CAPS i 1 CAPS ad	1 CAPS II 1 CAPS ad	1 CAPS i
RA 8 Núcleo Bandeirante	1 CAPS I	-	1 CAPS I
RA 9 Ceilândia	1 CAPS II 1 CAPS III 1 CAPS i 1 CAPS ad (III)	1 CAPS ad	1 CAPS II 1 CAPS III 1 CAPS i Transformar CAPS ad em CAPS ad (III)
RA 10 Guará	1 CAPS II 1 CAPS i 1 CAPS ad	1 CAPS ad	1 CAPS II 1 CAPS i
RA 11 Cruzeiro	1 CAPS II	-	1 CAPS II
RA 12 Samambaia	1 CAPS II 1 CAPS i 1 CAPS ad	1 CAPS II 1 CAPS ad (III)	1 CAPS i
RA 13 Santa Maria	1 CAPS II 1 CAPS i 1 CAPS ad	1 CAPS ad	1 CAPS II 1 CAPS i
RA 14 São Sebastião	1 CAPS II 1 CAPS i 1 CAPS ad	-	1 CAPS II 1 CAPS i 1 CAPS ad

RA 15 Recanto das Emas	1 CAPS II 1 CAPS i 1 CAPS ad	-	1 CAPS II 1 CAPS i 1 CAPS ad
Região Administrativa	Projeção do número ideal de CAPS	Os CAPS existentes	O que falta
RA 16 Lago Sul	1 CAPS I	-	1 CAPS I
RA 17 Riacho Fundo	1 CAPS III	1 CAPS I	Transformar o CAPS em CAPS III
RA 18 Lago Norte	1 CAPS I	-	1 CAPS I
RA 19 Candangolândia	-	-	

Figura 8 – Total de CAPS existentes

	Projeção do número ideal de CAPS	Os CAPS existentes	O que falta
TOTAL	46	15**	33**
	04 CAPS I	01 CAPS I	03 CAPS I
	13 CAPS II	04 CAPS II	09 CAPS II
	05 CAPS III	00 CAPS III	05 CAPS III
	12 CAPS i	01 CAPS i	11 CAPS i
	08 CAPS ad	05 CAPS ad	03 CAPS ad
	04 CAPS ad (III)	02 CAPS ad (III)	02 CAPS ad (III)
		02 CAPS ad i (III)	
		+ Adolescente e	
		H. Materno-infantil	

Infere-se da tabela que faltam 33 CAPS a serem implementados e que com os 15 já existentes e funcionando, teríamos no DF um total de 46 CAPS, conforme o previsto nos planos previstos pelo Governo para a Saúde Mental da capital. Ressalta-se que de todos os serviços substitutivos, a situação mais crítica é a inexistência de Residências Terapêuticas o que impede as estratégias de desinstitucionalização.

O plano bem executado, por outro lado, transformaria a realidade dos indivíduos diagnosticados, dos profissionais da rede de saúde, da qualidade de vida da população: a situação do morador do Lago Norte seria a regra, e não a exceção por mera sorte do destino.

Ficou demonstrado que apesar de o GDF conhecer e reconhecer a situação crítica e precária da saúde mental do DF, ele permanece inerte; e essa inércia executiva resultou na suspensão/interrupção da vida de várias pessoas que se encontram institucionalizadas na ATP, no ISM e no Hospital São Vicente de Paulo, permanecem por lá por não terem para onde ir...

Há quem argumente, no entanto, que uma reforma tão complexa e cheia de camadas como é a reforma psiquiátrica que envolve transformações socioculturais, técnico-assistenciais, conceituais e jurídicas e políticas demande bastante tempo para se efetivar. Certo, raciocínio perfeito.

A questão crucial da história, contudo, seria: como, então, diante da inércia executiva do GDF, seria possível exigir a concretização da política pública de saúde mental? Indo mais além, sabendo que a maioria dos documentos técnicos trazidos neste capítulo são relatórios que serviram para instruir uma Ação Civil Pública ajuizada pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios; qual a função dessa ação (instrumental, plana) na política pública (complexa) de saúde mental? É o que será discutido no próximo capítulo.

4 A AÇÃO CIVIL PÚBLICA CONTRA O GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

4.1 Breves considerações

Inicialmente, é preciso fazer breves considerações acerca desse instrumento que é a Ação Civil Pública. Ela é regulamentada pela Lei 7.347 de 24 de julho de 1985 e, conforme João Batista de Almeida (2001), a ACP é um fator de mobilização social e a via processual adequada para impedir a ocorrência ou reprimir danos aos bens coletivamente tutelados. Assim, a ACP é utilizada para a proteção dos interesses difusos coletivos e dos interesses ou direitos individuais homogêneos socialmente relevantes.

Como visto, um dos principais legitimados por essa ação é o Ministério Público cuja competência é constitucionalmente atribuída (art. 129, III, CF), pois a este cabe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses individuais indisponíveis. Além disso, é função institucional do MP zelar pelos serviços de relevância pública, como os serviços de saúde, conforme determinação expressa da CF no art. 197.

Mais que isso, ao MP, nesse tipo de ação, cabe o monopólio investigativo: ele é o único que pode instaurar o inquérito civil público, instrumento de investigação usado para verificar se determinado direito foi violado ou não. Assim, por essa via processual, Werneck Viana e Burgos (2005, p.785) acreditam ser possível “postular novos direitos, afirmar os já declarados, estabelecer limites para o mercado, controlar a atuação do poder público, reclamar contra sua omissão e denunciar os atos de improbidade administrativa”.

Além do mais, essa via processual permite ao juiz dar efeito suspensivo aos recursos para evitar dano irreparável à parte. Permite, também, a concessão de medida cautelar dotada de conteúdo executório, ou seja, possibilita que a obrigação de fazer ou não fazer seja

antecipada, afastando a lesão de direitos de difícil reparação. Ademais, a eficácia da sentença da ACP é *erga omnes*, o que significa dizer que, caso a sentença seja julgada procedente, “uma única ação coletiva pode beneficiar todos os que se encontram ligados por circunstâncias de fato ou por uma relação jurídica com a parte contrária (Arantes, 1999, p. 89)”. Compreendido os aspectos processuais, vamos à análise.

Inspirada pelo trabalho analítico relativo às ACP realizado por Werneck Vianna e Baumann Burgos (2005), a ACP em questão será analisada, primeiramente, observando os antecedentes do processo, buscando compreender como a percepção do conflito social foi formulada juridicamente.

Depois, no âmbito jurídico, será avaliado como a situação social foi organizada no Judiciário, como os atores se mobilizaram e como utilizaram as fontes do direito para construir suas argumentações. Em seguida, observar-se-á como foi feita a construção da decisão judicial, procurando compreender como o juiz lida com a demanda e dá a ela respaldo jurídico e político.

Ao final, espera-se avaliar a efetividade da decisão levando em conta os efeitos imediatos, tangíveis e também os efeitos simbólicos, incluindo sua repercussão na sociedade civil e em sua luta por direitos.

3.2 A peça inicial e seus pedidos

A ACP foi proposta em maio de 2010 por meio de uma articulação institucional realizada pela Procuradoria Distrital dos Direitos do Cidadão, pela Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde, pela Promotoria de Justiça da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência e pela Promotoria de Justiça das Execuções Penais. Ela foi proposta com o intuito de forçar o GDF a:

- a) Implantar 25 Residências Terapêuticas, com capacidade para 05 pessoas, cada uma, destinadas a receberem pacientes egressos das internações prolongadas ou que não possuem suporte social ou laços familiares, ou ainda, pacientes cujas famílias não apresentem estrutura necessária para contribuir para a reinserção social das pessoas portadoras de deficiência;
- b) Implantar 19 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS I, II, III, que ofereçam atendimentos diários a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social desses pacientes através de ações intersetoriais destinadas a facilitar o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários;
- c) Constituir equipes multidisciplinares para a atuação nas unidades de serviços residenciais terapêuticos, suficientes para garantir o efetivo serviço na medida das necessidades e atividades desenvolvidas pelas unidades, devendo, para tanto, criar cargos e funções públicas e realizar concurso; e
- d) Incluir na proposta orçamentária do ano seguinte à condenação, o montante mínimo de R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais) para a manutenção dos serviços objetos da cominação (MPDFT, 2010, p.30)

Em termos processuais, a ação foi proposta com pedido de antecipação de tutela, em que o MP pede para que em 60 dias o GDF ficasse compelido a implantar: 06 (seis) residências terapêuticas (sendo uma no Recanto das Emas, outra em Samambaia, e uma em Santa Maria, e as outras três onde se fizer mais necessário); 07 (sete) Centros de Atenção Psicossocial - sendo 03 (três) CAPS II (Recanto das Emas, Gama, Samambaia), 03 (três) CAPS III (um em Ceilândia e dois em Santa Maria) e um CAPS Infantil (Ceilândia); a constituir equipes multidisciplinares para atuação nas unidades de Serviços Residenciais Terapêuticos, suficientes a garantir o efetivo serviço na medida das necessidades e atividades desenvolvidas pelas unidades; e determinar a alteração orçamentária por meio de crédito suplementar utilizando como recurso a reserva de contingência para construir CAPS e RT.

Por fim, ainda na antecipação de tutela, o MP requer “a fim de embasar e legitimar a atuação do Poder Judiciário, a designação de Audiência Pública [...] de forma a se possibilitar uma ampla discussão democrática com a sociedade e com todos os órgãos envolvidos na questão da saúde mental no âmbito do DF, em especial dos usuários do SUS/DF, incluindo os integrantes do Conselho de Saúde do Distrito Federal” (MPDFT, 2010, p.29), em que claramente se observa a tentativa do MP de convocar os atores da sociedade civil para a discussão da problemática em um ambiente institucional.

O pedido de antecipação de tutela não foi provido. Primeiro porque o juízo considerou que não havia perigo de dano irreversível ou irreparável que justificasse a medida. Depois porque haveria vedação legal (§ 2º c/c §5º do art. 7º Lei nº 12.016, de 07.08.2009) para a concessão de antecipação da tutela nos casos em que envolvesse pagamento de qualquer natureza, no caso o desembolso para implantação das residências terapêuticas e centros de atenção psicossocial, sem a devida previsão orçamentária.

Ainda, quanto ao pedido de determinação da alteração orçamentária, ele considerou que haveria ingerência do Poder Judiciário no Poder Executivo, o que violaria a Constituição Federal, uma vez que ao judiciário competiria, apenas, o exame da legalidade dos atos administrativos, construção argumentativa baseada no clássico princípio da separação dos poderes.

Além do pedido de antecipação da tutela, a peça inicial foi instruída com uma breve introdução sobre a reforma psiquiátrica. Em seguida traz um tópico que discute a legitimidade ativa na ação civil pública pelo MP. Argumenta-se que os

direitos sociais são assegurados por normas constitucionais em eficácia plena e a Administração Pública os deve implementar por ato administrativo vinculado[...] se o administrador público, por má gestão ou mesmo por desídia, não é capaz de tornar eficazes as políticas públicas necessárias ao

exercício dos direitos sociais estabelecidos na Constituição Federal e nas normas infraconstitucionais, os órgãos de fiscalização, estarão legitimados para exigir judicialmente esses direitos e responsabilizar o administrador público por omissão (MPDFT, 2010, p.6-7).

Além disso, é atribuição constitucionalmente prevista (art. 129, III) a promoção de Ação Civil Pública para a proteção de interesses difusos e coletivos e também, da proteção dos serviços de relevância pública, dentre eles o direito social à saúde.

O tópico seguinte é a demonstração prática de uma característica peculiar às ACP quanto ao monopólio investigativo: trata-se do procedimento de Investigação Ministerial, chamado também de Procedimento de Investigação Preliminar (PIP), instaurado pela Procuradoria Distrital dos Direitos do Cidadão sob o nº 08190.13193/08-75.

Durante seu percurso, ficou constatado que as pessoas portadoras de transtornos mentais não vinham recebendo do poder público uma assistência à saúde adequada e que isso seria uma afronta ao princípio da dignidade da pessoa humana (MPDFT, 2010). Ressalta-se que houve mais de uma investigação preliminar pela promotoria e todas elas concluem pela flagrante falta de acesso da população aos serviços de saúde mental no âmbito da rede de saúde pública do DF.

Ao se pensar nas camadas que compõe o instrumento da ação civil pública, esse tópico é de extrema importância: ele demonstra para o juízo quais foram os atores consultados para que se compreendesse o panorama problemático da saúde mental no DF.

Ele é responsável por reunir todos os documentos – ofícios, atas de reunião, memorandos, despachos – relativos à situação da saúde mental e à tentativa de resolução dos problemas de forma extrajudicial; esses documentos também evidenciam a inércia/omissão do GDF na resolução do problema.

Como dito, a maioria desses documentos compõe o diagnóstico da saúde mental no DF realizado no capítulo anterior. Aqui, só organizaremos melhor os instrumentos, sem aprofundar na discussão de seus respectivos conteúdos.

Em primeiro lugar, o documento inicial que ensejou a propositura da ação foi o Ofício VEP/GAB nº 7976 de 08 de julho de 2008, nele relatava-se minuciosamente a situação do sistema prisional e solicitava-se medidas urgentes, dentre elas, a construção de residências terapêuticas para o encaminhamento dos presos que cumpriam medida de segurança, mas que já tinham cessado a periculosidade e permaneciam institucionalizados.

O documento ressalta que havia a Portaria/GM/MS nº 246 de 17 de fevereiro de 2005, que destina incentivo financeiro para a implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos no DF, Estados e Municípios. Ainda, o PIP descreve várias reuniões que foram

realizadas buscando a implementação das RT; em uma das reuniões, inclusive, houve a apresentação de um cronograma e discutido questões sobre a realização de um concurso para Cuidadores e questões relativas à compra de imóveis, o que dependia da articulação da SESDF (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal) com a SEDEST (Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda).

A articulação SES-SEDEST ocorreu independente de acompanhamento da Procuradoria Distrital e em outra reunião ficou demonstrado que três terrenos haviam sido separados para a construção das RT e que outros imóveis seriam alugados para tal finalidade. Nessa reunião foi pedido pela Procuradoria Distrital e pela Promotoria de Justiça das Execuções Penais o cronograma das edificações para o Secretário de Saúde e o Gerente de Saúde Mental da Secretaria de Saúde. Esse cronograma não foi disponibilizado; houve apenas um ofício assinado pelo Secretário de Saúde afirmando que os projetos das Residências Terapêuticas já haviam sido elaborados e aguardavam aprovação para que depois fosse preparada a planilha de custos das obras.

Em outro momento, o Gerente de Saúde Mental informou que havia a necessidade de finalização do projeto de construção para que se passasse para a fase de licitação e para o início de execução das obras de execução da construção das RT; o aluguel de imóveis seria uma alternativa enquanto as obras de execução não fossem iniciadas. Tendo em vista a ausência de residências terapêuticas no DF, porém, a presença de diálogo com o GDF e o MPDFT ficou acordado que seria realizado um TAC (Termo de Ajustamento de Conduta) a ser firmado com o GDF para a regularização do atendimento à saúde mental no DF.

Esse TAC, todavia, nunca foi assinado, sob a justificativa de que o poder público já tinha se organizado internamente para atender todas as demandas exigidas: havia sido elaborada a minuta para a criação do cargo de Cuidador na SES; o projeto arquitetônico das RT tinha sido finalizado; o processo licitatório já estava em andamento e buscava-se as casas para alugar próximas aos CAPS para atenderem como RT.

No entanto, essa situação se arrastou desde 2008 e, ainda no final de 2009, nem a licitação ou o cronograma de execução das obras e o aluguel das RT saíram. Quando questionada novamente sobre os prazos a SESDF interrompeu o diálogo e ficou silente. Como ficou demonstrado no capítulo anterior, em nenhum momento foram destinadas verbas orçamentárias para a construção das RT e na inicial o MPDFT declara que: “os fatos noticiados demonstram a inação do Estado inclusive por não incluir no orçamento verba orçamentária para a implementação das RT [...]” (MPDFT, 2010,p. 22).

Como forma de legitimar o ato judicial e fortalecer o argumento instrumental da ação civil pública, o MPDFT traz um precedente judicial do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul que reconhece: a) que as provas colhidas no inquérito civil público preparatórios da ação indicaram que o município de Canoas não dispunha dos dispositivos adequados para o acolhimento e tratamento dos portadores de sofrimento psíquico; b) o princípio da reserva do possível não poderia justificar o descumprimento de políticas públicas que contemplem o atendimento à saúde em seu grau mínimo de proteção⁸.

O que demonstraria que tanto a investigação preliminar, quanto a ACP foram mecanismos eficazes para a complementação da rede de saúde mental, tendo sido, inclusive, o meio eleito para realizar o empuxo governamental em outra unidade federativa. Isso sugere que a ACP é o caminho eleito na busca de efetivações dos direitos fundamentais.

3.3 A Contestação

Exposto o quadro fático-probatório a linha defensivo-argumentativa proposta pelo GDF foi o da impossibilidade jurídica do pedido, dado a inexistência de omissão administrativa ou desprezo ao direito individual.

Para isso, o GDF confirma, inicialmente, as reuniões ocorridas entre a SEDEST/DF e a SES/DF com a finalidade de colher informações sobre a rede pública existente, a estrutura de atendimento disponível e os projetos de políticas públicas em curso, o que demonstra certo diálogo institucional entre os atores. Depois, ele argumenta que durante os anos de 2008 a 2010 houve a apresentação pelos órgãos executivos do Distrito Federal do projeto para a edificação de RT e CAPS. Ainda, ratifica a existência do TAC e sua não assinatura pelo Secretário de Estado justificando que já haveria atingido as metas e os objetivos previstos no documento.

Em seguida, a defesa constrói seu argumento passando, primeiramente, sobre incursões acerca do movimento antimanicomial no Brasil, até atingir o cerne da questão realizando um panorama da rede de assistência à saúde mental e às ações neste âmbito desenvolvidas no DF. Nele, a defesa organiza o argumento demonstrando quais são os serviços existentes no DF – 5 CAPS, 1 casa de passagem no ISM, Programas de Atenção Domiciliar: Vida em Casa⁹, de Volta pra Casa, Grupo de Acompanhamento Pós-

8 (Agravo de Instrumento nº 70024042095, Segunda Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Denise Oliveira Cezar, julgado em 13/08/2008).

9 Criado em 2004, beneficia pacientes com histórico de internações em instituições psiquiátricas e pertencentes a famílias extremamente carentes. Visa oferecer melhor qualidade de vida aos pacientes na fase aguda do transtorno, em sua residência, sem ser necessária a sua internação.

Internação(GAPI)¹⁰. Com o objetivo de afastar a desídia, a defesa argui que essa estrutura existente no DF é capaz de suprir as demandas de atendimento da população acometida por transtorno mental. Além disso, a SES/DF reconhece que busca ampliar a rede de serviços em saúde mental, vez que ainda encontra-se longe de solucionar todas as demandas por completo.

Contraditoriamente, quando rebate os argumentos relativos ao pedido de antecipação da tutela, o GDF afirma que a rede pública distrital de atenção à saúde apresenta todos os elementos necessários ao desenvolvimento de ações de atenção à saúde mental, e que tanto a estrutura física quanto os recursos tem se mantido proporcional à demanda nessa área. Portanto, longe de propiciar danos irreparáveis ou de difícil reparação à saúde de seus usuários, a situação estrutural atual tem suprido as demandas da população do DF, o que proporcionaria a satisfação dos interesses dos grupos dos usuários. Nota-se que essa aparente contradição diz um tanto sobre o sentido da política adotada: há um abismo entre a política prevista nas leis e a política pública praticada daquela defendida judicialmente, em uma clara presença de duas estruturas de sentido, uma normativa e uma simbólica que serão discutidas adiante.

Ainda tentando afastar o argumento da omissão estatal, o GDF tenta demonstrar, conforme as provas nos autos, que o DF vem paulatinamente alterando o modelo vigente na rede pública distrital. Ele argumenta que mantém a estrutura adequada prevista na Lei 10.216/01 e na Lei 975/95 do DF. No entanto, mais à frente ele faz uma confusão conceitual – que demonstra a coexistência simultânea de dois modelos hospitalocêntrico e do psicossocial de assistência – ao afirmar que as funções exercidas por um CAPS III são atualmente desenvolvidas pelo hospital psiquiátrico da cidade.

Como já foi dito, a estrutura do CAPS III é completamente diferente do modelo perpetuado pelo hospital psiquiátrico e que não dá pra afirmar que este seja capaz de desenvolver as atividades presentes naquele, tampouco substituí-lo. No mesmo erro incorre ao comparar o serviço da Casa de Passagem prestado pelo ISM como Serviço Residencial Terapêutico: naquele há o acolhimento provisório de pessoas institucionalizadas, porém já com a possibilidade de reinserção social; neste há o acolhimento definitivo de pessoas cujos vínculos sociais e familiares foram quebrados devido aos anos de internação e institucionalização, atuando como local de ressocialização.

O próximo argumento visa desqualificar tecnicamente os dados trazidos pelo MPDFT, afirmando que o número de CAPS no DF não pode ser pensado apenas com uma

¹⁰ É um programa vinculado ao HSVP cujo objetivo é assegurar ao paciente aos familiares apoio no período pós-alta, prevenindo crises e internações recorrentes.

base aritmética; demanda, ao contrário, a realização de exames estatísticos, observados os critérios epidemiológicos do território. O ponto seguinte refere-se à impossibilidade de se demandar judicialmente a fixação de dotações orçamentárias e a criação de cargos e funções públicas, por violar regras constitucionais de competência legislativa e iniciativa do processo legislativo e, conseqüentemente, o princípio da separação dos poderes.

Por fim, há o argumento impeditivo-orçamentário: não é possível realizar uma imposição da obrigação de fazer valores específicos de dotação orçamentária, sem qualquer avaliação acerca de elementos financeiros e de responsabilidade fiscal; sendo necessário observar o princípio orçamentário do equilíbrio das contas públicas que não pode se desvincular da prévia avaliação sobre a capacidade financeira do Ente Público.

3.4 A Sentença

A sentença foi proferida em agosto de 2013, quase três anos depois da entrada com o pedido inicial; e todos os pedidos foram julgados procedentes. Para chegar a tal conclusão, com objetivo de avaliar a atual situação da Saúde mental do DF durante o curso do processo, foi elaborado o Parecer Técnico nº041/12, realizado pela Secretaria Executiva Psicossocial – SEPS.

Neste parecer, ao analisar o plano de ação do governo fica explícito o reconhecimento da insuficiência atual do sistema, porém, em nenhum momento é explicado qual a metodologia adotada para aumentar a rede de serviços disponíveis. O parecer constata que sequer há um cronograma definindo metas para as etapas de instalação dos CAPS; ao contrário, existem apenas definições genéricas como médio prazo ou ao final do quinquênio (SEPS, 2012). Ao final, conclui que o que a determinação judicial requer é a avaliação e o diagnóstico da atual situação da saúde mental do DF e não informações genéricas quanto aos projetos e protocolos da Administração Pública.

O parecer técnico demonstra que o diagnóstico feito pela defesa quanto ao atendimento à saúde mental não representa a situação real do Distrito Federal no que se refere à demanda por atendimento à saúde mental, à demanda reprimida, à quantidade prevista de casos a serem atendidos e que os serviços ainda não conseguem atender, e à quantidade de leitos de emergência. Além disso, o parecer técnico termina reforçando a necessidade das RT, pois é reconhecida pela SES/DF a existência de pacientes vivendo em abrigos não especializados, internados em hospitais psiquiátricos públicos e em clínicas privadas.

Com base nessas informações, na sentença encontramos dois argumentos principais:
a) o argumento da possibilidade da ingerência do judiciário na exigibilidade de políticas

públicas em saúde mental e b) a comprovação da omissão estatal. Um argumento retroalimenta o outro: é possível a intervenção do poder judiciário, em matéria de políticas públicas, uma vez que ficaram observados descumprimentos aos encargos político-jurídicos dos órgãos públicos, comprometendo a eficácia e a integridade dos direitos sociais constitucionalmente consagrados.

A omissão é comprovada na sentença, conforme o juízo, vez que as atas das reuniões realizadas junto ao MP comprovariam as promessas não cumpridas do GDF ao longo de aproximadamente 05 anos. A situação persistiu mesmo após o ajuizamento da ACP em que dois relatórios foram elaborados pela Secretaria de Saúde sem que houvesse qualquer alteração da situação inicial. A sentença conclui pela indiscutível omissão do GDF e afirmando que houve destaque de receita para a saúde mental nos últimos 05 anos e nada fora feito.

3.5 A Apelação

Inconformado com a sentença de primeira instância, o GDF recorre da decisão para o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. O primeiro argumento utilizado é que a separação dos poderes veda que o MPDFT e o Poder Judiciário constriam o Poder Executivo a adotar procedimentos estranhos a administração de seus serviços, desde que não haja a negativa de tal prestação.

Diante desse argumento inicial, toda a defesa foi realizada com a intenção de afastar os aspectos de omissão estatal. Isso demandou um novo relatório sobre a situação da saúde mental no DF e a demonstração de que o GDF estava trabalhando para que a política de saúde mental fosse implementada. Esse novo documento, o Memorando nº 280/2013, revela os planos de implementação em médio prazo de novos CAPS e a contabilização da atual quantidade de CAPS em funcionamento – independentemente de credenciamento – que em setembro de 2013 eram um total de 15.

A apelação traz uma argumentação nova: não há omissão estatal quanto à saúde mental, há a atuação deste dentro da própria dinâmica da Administração de Saúde Pública; como prova, afirma que as informações trazidas pelo memorando revelam momentos bem diferentes do que foi observado na inicial e na sentença. Nesse sentido, ele argumenta que a fixação de políticas de saúde é complexa porque não se pode desconsiderar a dinâmica social, como, por exemplo, a necessidade de atenção à população permanente e à população passageira do Distrito Federal e que o DF suportaria sozinho o atendimento de sua população, de seu entorno e dos demais Estados.

A defesa, ainda, questiona a legitimidade do MP para planejar e executar políticas públicas típicas do executivo, argumentando que nem o MP ou o Judiciário teriam qualquer conhecimento sobre as demandas da saúde pública; tampouco saberiam da realidade financeira do Estado. Por isso, não teriam nem legitimidade nem autoridade para definir prioridades; muito menos substituir técnica ou politicamente o Poder Executivo e o Legislativo.

O argumento derradeiro usado pela defesa foi da reserva do possível financeiramente, construída no sentido de ressaltar as limitações orçamentárias quanto à exigência de escolha de prioridades. O que significa dizer que a inclusão de recurso para uma determinada obra, representa um recurso a menos que será retirado dos que necessitem do SUS. Sobre essa argumentação duas coisas saltam à vista: a) para o GDF a rede CAPS não é parte do SUS; e b) a saúde *psiquiátrica* nunca foi prioridade na gestão governamental.

Tanto assim o é que o argumento seguinte é construído no sentido de afirmar que a rede CAPS e as RT estão sendo construídas para beneficiar apenas alguns, o que iria de encontro com o princípio da universalização da saúde; quando, em verdade, é exatamente o contrário: exige-se a criação de uma rede de atendimento para que a população que sofre com transtornos psíquicos graves (critério de elegibilidade) possa ter o tratamento adequado conforme ditames internacionais, nacionais e, inclusive, distritais.

Ao longo de todo texto é curioso notar que o ato-falho do GDF: em nenhum momento na apelação use o termo “saúde mental”, ao contrário, sempre fala sobre “saúde psiquiátrica”. O que sugere, conceitualmente falando, que a saúde psiquiátrica está para o tratamento psiquiátrico e atrelado ao modelo tecnicista-biomédico de atenção que resvala no modelo hospitalocêntrico; enquanto que saúde mental está associada ao tratamento psicossocial e a compreensão mais ampla de saúde, com a demanda de mais dispositivos de saúde, como o preconizado na lei nacional e na lei distrital.

Ao final, o GDF pede que caso a sentença de 1º grau não seja cassada, que o prazo para a implementação dos CAPS/RT seja prorrogado de 01 ano, para 05 anos; o que não deixa de reconhecer, implicitamente, que desde o início dos trabalhos pelo MPDFT na ação civil pública [2008] até a prolação da sentença [2013] pouco foi feito, e, logo, precisa de mais prazo para conseguir finalizar o que lhe fora demandado. Nesse sentido, é curioso notar que o memorando foi capaz de trazer a prestação de contas que o MPDFT pedia do GDF desde a inicial: este documento traz relatório completo sobre a condição das instalações físicas de cada CAPS; bem como detalhes do procedimento licitatório para a construção/aluguel das RT. Nesta etapa processual, fica clara a quantidade de secretarias que foram mobilizadas para que

o relatório ficasse o mais completo possível e demonstrasse a atuação do GDF na resolução do problema.

3.6 As Contrarrazões

Um dos argumentos do GDF na apelação foi a falta de qualificação técnica do MPDFT para falar sobre a política de saúde mental. Este, portanto, em suas contrarrazões, traz argumentos bem técnicos, começando pelo rebate fático dos dados, demonstrando que desde 2010 até meados de 2013, a situação do DF pouco havia mudado, contando apenas com a implantação de 04 CAPS e a persistência da ausência de RT.

Quanto ao argumento da dificuldade de licitação devido à inexistência de imóvel disponível, o MP sugere que sejam usadas áreas de desafetação destinadas a equipamentos públicos comunitários para a implementação das Residências Terapêuticas e dos novos CAPS. Essas áreas seriam adequadas pelo GDF ao encaminhar à Câmara Legislativa para serem negociadas pela TERRACAP, por serem consideradas ociosas; diante da aparente ociosidade o GDF não haveria, portanto, dificuldade alguma em obter imóveis para a implantação das RT.

Quanto à ausência das RT argumenta-se reiteradamente da violação dos direitos fundamentais em que 08 pacientes estariam privados de sua liberdade, por ainda estarem internados na Ala de Tratamento Psiquiátrico; e outros 05 internados no HSVP em situação de extrema vulnerabilidade social, com vínculos familiares rompidos e dificuldade para encontrar instituições capazes de acolhê-los devidamente. O MP considera essa situação como atentatória aos direitos humanos, o que justificaria a inafastabilidade da intervenção do Poder Judiciário na questão, dada à violação dos direitos fundamentais pelo Poder Executivo.

Tal violação justificaria a necessidade de controle judicial, revelando que o objetivo da ACP seria o controle de legalidade, de modo a tornar efetivo o direito ao acesso à assistência em saúde mental ante a arbitrária recusa governamental em implementar dispositivos de saúde mental em número suficiente para atender a demanda da população do DF.

3.7 A Medida Cautelar

Essa peça incidental no processo tem o condão de trazer o problema público para a agenda institucional-executiva, por meio do recurso retórico da narrativa de histórias; e realiza a interlocução do processual com o real. Assim, em 29 de abril de 2014, quase 04 anos depois do início do processo, diante da mesma situação fática relativa à insuficiência dos dispositivos de saúde mental, o MP entra com o pedido de concessão de tutela cautelar para agilizar o processo de implementação das RTs e CAPS. Essa peça, em específico, anexa um relatório

escrito pelo HSVP informando quantos pacientes internados que já poderiam ser desinstitucionalizados existem e conta brevemente a história de cada um deles.

No caso, ele exemplifica o perigo da demora da prestação judicial – um dos requisitos das medidas cautelares – com um relato de um indivíduo cuja internação prolonga-se no tempo por falta de suporte familiar e da inexistência de RT. O MP repete o argumento de que tal situação seria atentatória aos direitos e garantias fundamentais, em especial ao princípio da dignidade da pessoa humana, uma vez que a manutenção do paciente na ATP cronificaria sua situação de saúde, aumentaria a dependência e sua incapacidade de autodeterminação.

Assim, quanto maior o tempo de reclusão, menor seriam as expectativas de ressocialização, uma vez que a medicação e a permanência da internação não garantem experiências e recursos comportamentais mínimos para a convivência social. A este argumento soma-se o fato de 36 outros pacientes encontrarem-se na mesma situação. Assim, o argumento processual foca na importância da função social desses dispositivos.

Ainda no viés do relato-concreto da falta do dispositivo, o MP retoma o argumento da afronta ao princípio da dignidade da pessoa humana usando o argumento da necessidade da prestação positiva do Estado, prevista, inclusive, no art. 3º da lei 10.216, em que traz para o Estado a responsabilidade do desenvolvimento da Política Pública de Saúde Mental (Brasil, 2001). Ele reforça o argumento utilizando entendimentos doutrinários que afirmam a importância prática da consagração do princípio da dignidade da pessoa humana no texto constitucional cuja consequência é prestação positiva Estatal.

Ao final, o MP deixa expresso que a concessão da cautelar é urgente para que haja a proteção do direito e garantias fundamentais à saúde e à dignidade dos pacientes, bem como a preservação do direito à segurança da coletividade. Por isso, pede-se na cautelar que se providencie quantas forem as residências terapêuticas necessárias para abrigar todos os 36 pacientes que se encontravam aptos para a desinstitucionalização, porém continuavam presos/internados por falta dos dispositivos em questão.

3.8 O Acórdão do TJDF

O acórdão foi proferido em 20 de maio de 2015 e ainda não foi publicada no site do TJDF. A construção da sentença judicial teve como eixos argumentativos: a) a discussão técnica-jurídica acerca da eficácia das normas constitucionais, se programáticas ou de eficácia plena; b) a legitimidade do MP; c) a não interferência do judiciário na gestão do executivo, atuando este apenas para garantir a sua execução; d) afasta a aplicação da reserva do possível;

e) discute sobre a legitimidade da ação jurisdicional; g) e discorre sobre a dilação do prazo para o cumprimento da obrigação e a necessidade das *astreintes*.

No voto do Desembargador Teófilo Caetano, o ponto primeiro de discussão é quanto à eficácia das normas constitucionais, em especial a contida no art. 196 da CF. Ele considera que a norma se reveste de eficácia plena e imediata porque o constituinte deu ao Estado a obrigação de implementar as políticas sociais; o que demanda uma ação afirmativa do Estado quanto ao fomento de políticas de alcance universal para o implemento de assistência médica, em seu sentido mais amplo.

O próximo tópico argumentativo refere-se à legitimidade do MP. Entende o Desembargador que quando há omissão da ação afirmativa do estado, isso enseja a germinação de demandas coletivas representativas do direito transindividual. Esse seria o papel da ACP: atuar como uma forma de materializar a ação do Estado forçando-o a ações afirmativas, ainda que com sacrifício orçamentário e restrições financeiras. Em outras palavras, ela serviria para dar certo direcionamento ao plano de ação previsto normativamente, na medida em que vem para determinar quais e quantos dispositivos devem ser construídos e quanto de dinheiro deve ser gasto com a manutenção destes para que o atendimento seja minimamente aceitável.

Diante da omissão do Executivo, não há que se falar em intromissão do Poder Judiciário; ao contrário, sua intervenção seria necessária devido à falta de ações concretas em tempo razoável/aceitável na implementação das políticas públicas de saúde mental. Para justificar e reforçar essa compreensão, o juízo traz diversos entendimentos jurisprudenciais do STF correlatos ao caso que justificariam a ação do judiciário diante da omissão estatal quando há afronta – por omissão – aos direitos e garantias fundamentais. Nota-se que o judiciário traz para si a responsabilidade de proteger as garantias constitucionais do cidadão.

Quanto à tese defensiva de insuficiência de recursos orçamentários, o juízo argumenta que existe Lei Distrital sobre o tema desde 1995; que a Lei Nacional é de 2001; que a ACP é de 2010, e, portanto, desde 1995 competia à administração local a adequação orçamentária relativa às obrigações impostas por lei quanto à implementação dos dispositivos da rede de saúde mental.

O juízo entende que o GDF não pode se justificar argumentando limitações orçamentárias quando este ente político não destacou recursos suficientes [desde 1995] para fomentar a implementação dos dispositivos; e não podendo evocar esse argumento para se aproveitar de sua própria inércia/torpeza. Nesse sentido, tanto o juízo quanto a jurisprudência consolidada do STJ, acreditam que se houve omissão, e o tratamento à saúde mental é

imperativo, a Administração Pública deve ser coercitivamente compelida a atuar para que haja a proteção e efetivação do direito coletivo à saúde.

Diante de tais argumentações o TJDFDT decidiu pela permanência da sentença proferida em primeiro grau realizando, apenas, duas alterações: considera impertinente a fixação da dotação orçamentária para a efetivação da política pública; e altera o termo final do cumprimento da obrigação de fazer dilatando de um ano, para dezembro de 2017, considerando o prazo final da vigência do Plano Diretor de Saúde Mental do quinquênio de 2011-2015. A decisão foi unânime.

3.9 A efetividade da ACP

Na prática, em uma primeira análise, quanto à efetividade da ação, observa-se que a dilação do prazo representa, na prática, a sensação de “ganha, mas não leva”, visto que a situação caótica da SM no DF se arrasta – reconhecidamente – no mínimo, desde 2010 e pouco foi realizado desde então. Com a sentença, essa situação será legalmente prorrogada de sua exigibilidade até o final de 2017; ou seja, se passarão sete anos para que seja exigível a sentença judicial.

De outro lado, a ACP, ainda que em termos práticos não tenha sido capaz de provocar certa redefinição da escala de prioridades na saúde do DF quanto ao tempo de efetivação da política, ela foi muito importante em termos simbólicos: trouxe pra agenda institucional judicial-executiva a questão relativa à saúde mental e mobilizou o executivo e suas secretarias na realização de relatórios para prestação de contas ao judiciário, o que, por sua vez, descortinou a realidade fática da saúde mental no DF, demonstrando a omissão estatal e a necessidade de políticas públicas específicas, dado a certeza de cobrança institucional pelo MP e, agora, vinculada pela sentença – ainda recorrível – do TJDFDT.

Todo o exposto no processo sugere que o diálogo proporcionado pela ACP é interno e institucional: GDF com suas secretarias; GDF com o MP por meio de tentativas de acordos extrajudiciais; e a clássica interlocução triangular processual entre GDF, MP e Poder Judiciário. Devido ao fato da ACP dialogar pouco com a sociedade civil, isso torna o MP o protagonista da causa e retira a possibilidade de os atores diretamente envolvidos – usuários da rede de saúde mental, seus familiares e os profissionais atuantes na área – de se articularem para além do judiciário e demandarem do legislativo; o que demonstra certa atitude paternalista do MP nessa questão e a permanência da tutela da sociedade, o que atrapalha o amadurecimento democrático.

Esse pensamento coaduna com o encontrado em uma pesquisa realizada por Arantes (1999) ao questionar o papel do Ministério Público no acesso à justiça. Ele observa que 84%

dos promotores/procuradores¹¹ entrevistados “concordam total ou parcialmente com a afirmação de que ‘A sociedade brasileira é hipossuficiente, isto é, incapaz de defender autonomamente os seus interesses e direitos, e que, por isso, as instituições da justiça devem atuar afirmativamente para protegê-la’”(p.95-96). Nesse sentido, partindo do pressuposto que a sociedade civil é

fraca, desorganizada e incapaz de defender seus direitos fundamentais [...] resulta na proposta de natureza *instrumental* que alguém deve interferir na relação Estado/sociedade em defesa desta última. Instrumental no sentido de que não é pra sempre: pelo menos no plano imediato, *no momento*, “alguém” tem de tutelar os direitos fundamentais do cidadão até que ele mesmo, conscientizado pelo exemplo da ação de seu protetor, desenvolva autonomamente a defesa de seus interesses (ARANTES, 1999, p.96).

O reconhecimento do MP como protagonista é explícito nos votos da relatora e da vogal: ambas parabenizam pessoal e nominalmente a procuradora do caso. A relatora tece comentários sobre a atuação diligente na busca pela proteção à dignidade da pessoa humana, em que a Procuradora, graças à sua experiência profissional na área, é capaz trazer informações técnicas sobre a política pública que se busca implementar.

A vogal, por sua vez, afirma que a atuação diligente da Procuradora tornam causas aparentemente impossíveis em causas possíveis. Complementa afirmando a importância de existir uma voz que clama pelo direito dos desvalidos, pois esta chamaria a atenção da sociedade, do Judiciário e dos órgãos do Executivo para a questão da saúde mental. Tal atuação teria a finalidade de viabilizar a implementação das políticas públicas em saúde mental.

Essa argumentação leva à conclusão de que a implementação das políticas públicas em saúde mental demandaria, única e exclusivamente, a atuação corajosa dos membros do Ministério Público. Isso reduz a discussão – e a complexidade – do que é uma política pública à atuação diligente desta categoria profissional, em um verdadeiro delírio de poder e, acima de tudo, de perpetuação da institucionalização.

Institucionalizada pela ausência de interlocução do processo com os indivíduos a quem a política pública se dirige, são reduzidos a relatórios; sequer são chamados para uma audiência ou para atuarem como interventores processuais. Mais uma vez a voz dos destinatários das políticas é substituída pela voz de quem os defende.

Há que ponderar, no entanto, que esse movimento de procura ao MP/Judiciário demonstra, por outro lado, a descrença da sociedade civil com o legislativo em um claro

¹¹ Na primeira instância o integrante do MP estadual é denominado Promotor de Justiça. Na segunda instância é denominado Procurador de Justiça. No Ministério Público Federal, quem atua na primeira instância é chamado de Procurador da República e quem atua na segunda instância de Procurador Regional da República.

pedido de socorro. Esses órgãos parecem ser mais acessíveis e ratificam a confiança social nas instituições como capazes de resolver problemas. Para Arantes (1999) o binômio MP-Judiciário existe porque eles funcionam como uma instância de substituição dos poderes políticos.

Os poderes políticos tradicionais mostram-se incapazes de atender aos apelos da sociedade, seja por omissão ou por má-fé, uma vez que esses mesmos entes políticos, em sede de ACP, estão, na maioria das vezes, figurando como réus na relação jurídica. A isto soma-se o argumento da percepção dos funcionários do MP quanto ao grau de contribuição dos agentes para o alargamento e consolidação dos direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos, em que

Promotores e procuradores veem a si próprios como os que mais tem contribuído para o alargamento e consolidação de direitos difusos e coletivos. Mais significativo do que isso, entretanto, é o lugar que ocupam os partidos políticos e os poderes Legislativo e Executivo: paradoxalmente, os agentes tradicionais da política estão em último lugar na produção e preservação de direitos. (ARANTES, 1999, p. 94).

O protagonismo do MP, a descrença político-institucional em relação aos Poderes Legislativo e Executivo e a aparente hipossuficiência da sociedade civil foram os temas suscitados durante o processamento da ACP. Diante de todo o exposto, as perguntas incômodas que ficam são: uma política, por permear todo um tecido social, não seria algo muito maior que um punhado de ordens e determinações? Qual o papel do instrumento da ACP na política pública de saúde mental?

4 Conclusões

4.1 Considerações quanto à pertinência dos instrumentos

Uma análise mais superficial dos instrumentos nos induz a pensar que a questão da escolha dos instrumentos e seu modo de operacionalizá-los é o resultado de meras escolhas técnicas, pouco interessantes se comparadas com as escolhas institucionais, com os interesses dos atores e suas respectivas crenças.

No entanto, se nos debruçarmos sobre a questão, observamos que os instrumentos são capazes de determinar, em parte, a maneira como os atores se comportam, criam incertezas sobre os efeitos das relações de força, conduzem a privilegiar certos atores, oferecem-lhes recursos e reciclam uma representação do problema (GALÈS & LASCOUMES, 2012).

Nota-se que instrumentos da ação pública são portadores de valor, nutridos de uma interpretação do social e de concepções precisas do modelo de regulamentação considerado. Eles possuem uma finalidade intermediária em termos de ação pública e constituem em um meio de orientar as relações entre a sociedade política e a sociedade civil.

Assim, podemos observar ao longo dos demais capítulos que a ACP é capaz de explicitar como os atores organizam seus conjuntos de ideias, crenças, valores, normas... Sugere, portanto, a capacidade de criação simbólica proporcionada pela ACP e, principalmente, pela capacidade que ela possui para dialogar com a complexidade da reforma psiquiátrica. Devido a esse diálogo, a ACP é capaz de construir um quadro normativo de ação e demonstrar, qual o caminho trilhado pelo Estado para dar resposta ao problema.

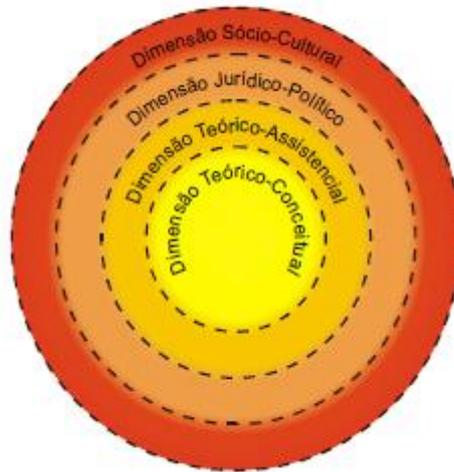
Além disso, pela função ocupada pela ACP dentro do ciclo de políticas públicas, é possível, ainda, observar quais são as estruturas cognitivas da política no processo de decisão e quais as capacidades adaptativas possíveis após o processo decisivo gerado pela ACP. Essas são as conclusões as quais o presente trabalho chegou e que serão desenvolvidas abaixo.

4.1.1 O quadro normativo de ação

A ACP demonstra que as ações do governo federal possuem duas linhas principais de atuação: a construção de uma rede de atenção à saúde mental para substituir o modelo hospitalar e a fiscalização e redução progressiva e programada de leitos psiquiátricos (TENÓRIO, 2002). Por meio dessas frentes de ações, a atenção psicossocial ganhou status de discurso de política mental e de paradigma para as práticas de saúde mental (GARCIA & OLIVEIRA, 2011).

Os paradigmas são responsáveis pelas estruturas de sentido que serão dados para que a ação estatal ocorra. Por ser a reforma psiquiátrica um processo complexo, ela possui vários sentidos simbólicos, técnicos e conceituais, todos eles organizados e permeados por um arcabouço jurídico, e por isso, inseridos dentro da ACP. Nesse sentido, Britto (2004) identifica quatro dimensões da reforma psiquiátrica:

Figura9 – As quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica



Fonte: Lps/Daps/Ensp, 2003 (BRITTO, 2004)

Dimensão sociocultural: Trata-se da dimensão mais abrangente que interfere nas demais dimensões. É nesta dimensão que a relação entre sociedade e loucura é constituída. Aqui há a ressignificação do lugar social da loucura e de todas as estruturas simbólicas associadas a ela. Sobre este aspecto, Botti e Torrégio (2014) consideram que o grande objetivo da dimensão sociocultural é a transformação do imaginário social relacionado à ideia da incapacidade do portador de sofrimento mental em estabelecer relações sociais e simbólicas.

Diante disso, surge a necessidade estratégica de produção de um conjunto de ações capazes de modificar esse imaginário para então poder modificar as relações estabelecidas entre sociedade e loucura. Sobre este ponto, ressalta-se o papel dúplice do Direito enquanto conhecimento construído por demandas da sociedade e, ao mesmo tempo, enquanto força normativa de condutas e ações: a ACP, nesse sentido, só é capaz de indicar um caminho. Afinal, analisar as políticas públicas pelos instrumentos é observar os limites e os potenciais para a ação do Estado.

O caráter instrumental da ACP revela a coexistência de duas compreensões sobre a saúde mental, principalmente pela inação do estado na implementação dos dispositivos e na manutenção do hospital psiquiátrico. Por meio dela é possível perceber que persiste a crença, reforçada tanto pelas instituições quanto pela inação do governo, do modelo de atenção anterior, das representações da incapacidade e periculosidade do louco e, conseqüentemente, da necessidade de mantê-lo isolado.

Dimensão jurídico-política: É a dimensão por meio da qual os ideais da reforma psiquiátrica são internalizados e executados por meio de ferramentas legais: lei nacional, leis estaduais, portarias. É por meio dessa dimensão que a reforma psiquiátrica é consolidada, vez

que é capaz – por meio da norma – de modificar o campo prático as relações de cuidado e do redirecionamento do modelo.

Essa dimensão tem a peculiaridade de absorver as representações sociais inseridas nas dimensões sociocultural e teórico-conceitual: as leis são um espelho de como determinada situação é encarada na sociedade. Há que se ressaltar que essa dimensão tem uma natureza dúplice. Ela atua tanto instrumentalmente, indicando um plano de ação por meio de um ancoramento jurídico, o que nos dá segurança jurídica para a ação (SARAVIA, 2007), quanto cognitivamente, ao compreendermos os sistemas de valores imbricados dentro de uma norma e todo o processo político de discussão realizado até sua aprovação como lei.

Dimensão técnico-assistencial: é a manifestação na prática das dimensões jurídico-política e teórico-conceitual. Ela diz respeito à construção do modelo assistencial, às estratégias de tratamento e aos tipos de serviços a serem organizados. A assistência é organizada com base nas orientações normativas e instrumentalizam na prática os aspectos socioculturais e suas representações. É a dimensão mais fácil de ser observada na prática. Inclusive é dentro dela que observamos as concorrências dos discursos entre os profissionais e coexistência de modelos de atenção, conforme apontado por Santos e Soares (2015).

No caso da ACP, o objeto da ação é a implementação de dispositivos faltantes na rede de assistência; dispositivos que são a manifestação concreta dos elementos simbólicos da ressignificação da loucura e do lugar social do louco e a adequação da forma de tratamento.

Dimensão teórico-conceitual: É a dimensão responsável pela fundamentação teórica da questão relativa à reforma psiquiátrica e ao tratamento de Saúde Mental. Nela os conceitos como periculosidade, desinstitucionalização, incapacidade, doença mental, são construídos, discutidos e criticados pelos atores interessados.

Esse microssistema conceitual indica sobre o quê estamos falando e quais são as práticas realizadas dentro do local de assistência. Afinal, de nada adiantaria modificar as estruturas de assistência se o pensamento relativo à doença e ao cuidado permanecesse o mesmo. É o núcleo da discussão da reforma psiquiátrica e revela na ACP que vários destes conceitos não estão bem consolidados, ou não foram bem compreendidos, quando, por exemplo, o GDF insiste em chamar o cuidado e em saúde mental de saúde *psiquiátrica*.

É nítido na ACP a questão dos sentidos explícitos e implícitos da política devido o abismo entre a política proposta e a implementada. O arcabouço técnico-jurídico-normativo trazido pelo GDF, responsável pela implementação da política de saúde mental no DF e réu da Ação Civil Pública, em suas peças de defesa revelam que ele está inserido – ao menos

normativamente no sentido instrumental do termo – dentro do contexto da reforma psiquiátrica.

Então, ele repete portarias, fala da importância da assistência integral ao cidadão, até chegar ao ponto de, contraditoriamente, alegar que a rede possui todos os dispositivos (confundindo CAPS III com Hospital Psiquiátrico e Casa de Passagem com Residência Terapêutica) e que a rede construída é o suficiente para sustentar a realidade do DF.

É contraditório porque em seus relatórios ele assume que o ponto fraco da rede de saúde do DF é a saúde mental. Fica mais explícito a discrepância entre o proposto e o realizado quando pensamos em aspectos orçamentários – existe dotação específica, tem recursos da união específicos e regulamentados para a saúde mental; mas não, a verba não é liberada e, quando o é, não é para a construção dos dispositivos necessários (CAPS e RT), ao contrário, é para a implementação de Unidades de Internação, dispositivo que reforça o cuidado hospitalar como central na rede. Assim, depreende-se que o cálculo do GDF diante do pedido proposto na ACP seria: ora, se os dispositivos que possuo dão conta do recado, por que eu, GDF, investiria criando novos dispositivos se os que já existem realizam a mesma função?

Dessa forma, a ACP evidencia que o sentido da política praticada pelo GDF demonstra a coexistência dos dois paradigmas e a inação estatal indica essa simultaneidade de modelos de assistência.

4.1.2 A função do instrumento da ACP e o ciclo de políticas públicas

Cabe explicar aqui o que entendemos por políticas públicas e por instrumento. As políticas públicas são uma forma de ação pública. Mais que isso, de acordo com Maria Paula Dallari Bucci (2006), políticas públicas é o caminho por meio do qual se torna possível a concretização de determinado direito. Com base nisso, a conceituação jurídica elaborada pela autora de políticas públicas teria como elementos indispensáveis o programa, a ação-coordenada e o processo.

O programa seria o delineamento, o desenho geral da política formado, principalmente, por componentes extrajurídicos da política, por exemplo, aspectos políticos, econômicos e questões inerentes à própria dinâmica social. A ação-coordenada diz respeito à dimensão da eficácia da política, o que envolve a articulação entre os atores e a obtenção dos resultados programados e predeterminados em certo espaço de tempo. Por fim, o processo se relacionaria, principalmente, com a adesão popular e participativa da sociedade à política pública e ao momento mais adequado de pôr a política em pauta e em prática (BUCCI, 2006)

Já por instrumento compreendemo-lo como o conjunto de problemas colocados na agenda pública e que implicam o uso de ferramentas que permitem materializar e instrumentalizar a ação governamental (GALES & LASCOUMES, 2012).

Assim, por ser iniciada por um ator estatal cuja função é de representação da sociedade civil, a ACP já nasce com a função de judicializar a política. Judicializar a política, nada mais é, portanto, que por um problema público em pauta por meio das vias judiciais pra se obter uma sentença, ou seja, um posicionamento judicial sobre o tema, em face da ausência de posicionamento fático-político do Executivo. Ao exigir esse posicionamento do Judiciário, a ACP é capaz de inserir na agenda pública um problema que não foi capaz de chegar nela por meio dos embates públicos.

Para inserir um problema na agenda pública, a ACP produz narrativas que envolvem elementos cognitivos (breve histórico da reforma psiquiátrica), elementos retóricos (relatório elaborado pelo HSVP e pelo ISM narrando as histórias dos usuários internados nessas instituições, porém aptos a reabilitação social), e, claramente, elementos normativos, vez que ela reúne todas as normas relativas à saúde mental, além de normas constitucionais e processuais, inerentes à via escolhida pra a discussão do problema.

Ainda dentro dos elementos cognitivos podemos observar que o MP utiliza-se de dados estatísticos para quantificar o fenômeno - nº insuficiente de CAPS, inexistência de RT, baixa colocação do DF no índice de CAPS/Hab -; estes critérios são considerados critérios de vigilância, e modificações neles são decisivos para que um problema seja considerado apto ou não a entrar na agenda pública.

A agenda pública pode ser sistêmica ou institucional. Na primeira, todos os problemas públicos estão reunidos sem diferenciação e sem plano de ação específico do Estado. Já na segunda, os problemas públicos já passaram por um filtro e estão formatados para que haja uma ação estatal, pois agora o foco da atenção do Estado paira sobre ela.

Observou-se que a ACP é capaz de retirar um problema público da agenda sistêmica e levá-lo à agenda institucional exatamente porque ela formata a questão de acordo com as lógicas de funcionamento do aparelho político-administrativo. Ela se utiliza do fato de que há certa permeabilidade institucional: o problema x , ao encontrar reforço na instituição y , migra até a instituição z , onde efetivamente o problema será discutido, buscando-se soluções.

No caso, este problema x seria a ausência de dispositivos substitutivos para a assistência à saúde mental. A instituição y representa o Ministério Público, o qual dá reforço e atua para dar solução ao problema. Assim, a força institucional de y , associado ao problema formatado em x , busca solução na instituição z , no caso, o Poder Judiciário, para o problema.

A formatação do problema tem início no procedimento de investigação preliminar, onde todos os dados indicadores são levantados em relação ao problema e onde há o diálogo entre os atores – MPDFT, secretarias e o GDF - sobre a questão. Daí a importância das construções narrativas trazidas pela ACP: o problema já chega com uma formatação dada pelos atores mobilizados, após a luta concorrente de narrativas e construções simbólicas elaboradas em um nível extrajudicial, como nas assembleias, audiências, no dia-a-dia dos serviços...

A formatação continua por meio da via de processamento da ACP: trata-se de um processo, composto por partes, critérios de legitimidade ativa e passiva e de um bem jurídico constitucionalmente tutelado. Essa moldura processual dá certa inteligência ao problema da ausência de dispositivos da rede substitutiva de saúde mental.

Nesse contexto, é pertinente questionar: qual a forma, o nível de organização e de institucionalização do MP dentro do aparato político administrativo? Qual sua capacidade de criação simbólica? Qual a capacidade dele de representar as demandas?

Conforme já exposto, o Ministério Público é o órgão essencial à função jurisdicional do Estado. A ele compete a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses individuais indisponíveis (BRASIL, 1988). Ele é organizado constitucionalmente e goza de autonomia diante do Poder Executivo, o que dá a ele uma função de filtragem quanto à gama de questões constitucionais e políticas que podem ser levadas pelo Ministério Público ao Poder Judiciário.

Diante dessa posição, o MP se destacaria como um intérprete privilegiado da constituição, o que geraria um desequilíbrio em favor do MP em detrimento de outros grupos (cidadãos, associações, judiciário...). Por ocupar essa posição ele, ainda, é capaz de selecionar os órgãos dos poderes do Estado que devem ser acionados. Este lugar privilegiado ocupado pelo *parquet* explicaria o porquê da Ação Civil Pública ter como um dos principais atores o Ministério Público. Conforme o entendimento de Arantes (1999, p.99, grifos nossos),

Algumas razões da aparente predominância do MP em relação aos demais agentes legitimados pela Lei 7347 podem ser aventadas: (1) comparativamente, o MP tem muito mais experiência de acusação perante o Judiciário (criminal, desde sua origem e agora também nas ações coletivas); (2) o MP por ser órgão estatal, tem o poder de requisitar documentos e informações para formar opinião sobre o problema, enquanto as associações civis não tem; (3) com a possibilidade de instaurar o inquérito civil, o MP pode preparar o terreno para a propositura da ação civil pública de forma muito mais eficaz do que as associações civis ou os demais órgãos públicos. Muitas vezes o MP soluciona problemas na fase do inquérito civil, dispensando o recurso à ação judicial. Por essas razões é mais **racional** para

as associações civis provocar o MP através de representações do que ingressar diretamente com medidas judiciais.

Ao identificar que há espaço para atuar e que pode selecionar o que vai ou não entrar em pauta política, associada à sua possibilidade de ação *ex officio*, ser intérprete privilegiado lhe confere a potência criadora dos sistemas de crenças e símbolos relativos à política pública.

Porém, esse desequilíbrio entre os intérpretes, não ocasionaria um desvirtuamento do proposto inicialmente pela ACP enquanto mecanismo de participação popular e democrático¹²? Sobre esse aspecto, Ada Pellegrini Grinover (1994, p.17) declara:

quando eu ouço dizer que o Ministério Público é o titular primário da ação civil pública, porque esta titularidade decorre diretamente da constituição, que permitiu a legitimação concorrente apenas por lei, eu me pergunto se não seria equivocado esse ponto de vista. A meu ver, o titular primário das ações civis públicas é a sociedade. A condução pelo Ministério Público deveria ser supletiva, exatamente para que, enquanto a sociedade civil não se organizasse, o Ministério Público assumisse a condução desse processo.

Todas essas questões demonstram a enorme capacidade de criação simbólica, técnica e diretiva do MP no âmbito das políticas públicas. Sua atuação é tão forte que, inclusive, relega à sociedade civil o status de mero observador, visto que ele conhece melhor as engrenagens jurídicas e é mais capaz de fazê-las funcionar do que a sociedade civil.

Assim, o MP atuaria como um intermediário entre a sociedade civil e o Poder Judiciário; atuando como peça fundamental no acesso à justiça. Seria, então, a sociedade civil hipossuficiente ou seria o modelo de exigência do cumprimento de preceitos constitucionais – direito fundamental à saúde – deveras hermeticamente fechado cujo acesso se faz por poucos e raros qualificados? A instituição é necessária ou foi criada a necessidade dela?

Longe de ser capaz de responder essas questões, o instrumento demonstra a capacidade de articulação, a força institucional e o protagonismo exercido pelo MP na questão. Este último é reconhecido na ACP, conforme já discutido no capítulo anterior, pela interlocução direta dos julgadores com a Procuradora que atuou no caso, quanto ao seu excelente - e indispensável - desempenho.

Diante de tudo isso, um questionamento incômodo permanece: apesar de o MP ser o órgão legitimado e, mais que isso, assumir esse papel de filtragem das demandas sociais, o quanto que ele efetivamente é capaz de representar a sociedade civil ou falar por ela?

¹² A lei 7347 de 1985 surge num contexto histórico da época da liberalização do regime, da abertura política. Então, havia aquela avidez pela cidadania, pela participação, tudo aquilo que estava reprimido pelo regime autoritário, participar das discussões de interesse público. (Arantes, 1999, p.85)

Ao observar essa questão pelo prisma do instrumento percebemos que ele é capaz de representar a sociedade civil porque há falta dos dispositivos e a necessidade de sua implementação e há uma via judicial que permite sua atuação na defesa dos direitos coletivos.

No entanto, o gatilho inicial que movimentou a situação foi institucional – as Secretarias do Executivo acionaram o MP por meio de um ofício para denunciar o sistema caótico de saúde que se encontrava. De novo, há pouca participação da sociedade civil no processo; não há, por exemplo, nem um e-mail ou relatório dos movimentos de saúde mental no processo. Será que este protagonismo do MP o afasta ou o aproxima da sociedade civil?

Quanto à sociedade civil e suas reivindicações, o instrumento parece ser incapaz de lidar com esses dados, uma vez que estes não foram processados em juízo e sequer configuraram como partes no processo. Ao contrário, a partir do instrumento sabemos apenas que o Ministério Público protagonizou a ação. Assim, o MP por estar mais afinado com os ideais da reforma psiquiátrica e motivado pelas secretarias estatais devido ao quadro caótico de atendimento é convocado para tomar as rédeas da situação. A atuação do MP por meio da ACP, simbolicamente, possui a função para a sociedade civil de que pelo menos alguém está fazendo alguma coisa.

Há que se ponderar, no entanto, que antes da instauração do processo houve um procedimento de investigação preliminar onde, em tese, haveria espaço para essa interlocução. Ocorre que neste nosso caso não houve, em nenhum momento, menção sobre a participação da sociedade civil no tema.

Há, de fato, um pedido para que haja uma Audiência Pública visando chamar a sociedade para o debate da situação. No entanto, não consta no processo a ata dessa audiência, por exemplo. O diálogo, desta forma, não chegou aos ouvidos do Judiciário, o que limita este quanto ao conhecimento de questões que poderiam interferir em seu processo de decisão.

O instrumento só é capaz de nos responder algumas questões de um determinado ponto pra frente; essas questões extrajurídicas, o instrumento não é capaz de dialogar diretamente com elas: trata-se do filtro processual-institucional característico das peças e processos judiciais.

O mesmo filtro que é capaz de possibilitar ao MP a força de criação simbólica e o poder de colocar um tema na agenda institucional, serve como limite quanto à interlocução entre os atores. Esse filtro institucional também limita a capacidade de dar respostas, como será discutido adiante.

4.1.3 As estruturas cognitivas da política no processo de decisão

O objetivo final da Ação Civil Pública é obter uma prestação jurisdicional, ou seja, ela demanda uma decisão com força coercitiva que será executada. Pediu-se na ACP que o GDF ficasse obrigado a implementar dispositivos de saúde mental (CAPS e RT), aparelhar estes serviços com recursos humanos e destinar verbas orçamentárias para a sua manutenção. No entanto, entre o que foi pedido e o que foi concedido pela sentença judicial, ficou circunscrito aos limites estruturais, materiais e institucionais dados à matéria.

O primeiro deles diz respeito à estrutura, ou seja, à via adotada para que se chegasse a uma resposta: o processo judicial. A ACP não possui um rito de processamento próprio e nem possui competência originária especial. Pelo contrário, é processada via de procedimento ordinário e é distribuída para julgamento por um juiz de primeira instância.

No entanto, o formato de processo já limita um tanto o poder de julgamento. Primeiro porque define quem vai decidir, depois porque determinam quais são as provas que podem e serão processadas em juízo. Também limitam a capacidade narrativa dos atores que ficam adstritos a peças processuais e todas as formalidades, jargões, usos e costumes judiciais inerentes a elas.

Trata-se de uma estrutura judicial rígida, tradicionalmente hierárquica, com dois polos litigantes e um juiz hierarquicamente superior que não tem contato direto com a realidade social, apenas com os fatos e os dados trazidos pelo processo. Esses fatores atuam, definitivamente, como limites ao conhecimento do problema – daí a necessidade de formatá-lo de uma forma x – o que limita também a capacidade de processamento e decisão sobre o problema.

Reparem que o que foi ressaltado como vantagem do MP - o fato dele ser um ator e intérprete privilegiado - nesta etapa ele perde um pouco da força, porque será tratado como parte no processo, conforme os princípios constitucionais da imparcialidade e da impessoalidade do juiz. O que significa que também que o juízo só poderá decidir dentro desses limites normativos.

Assim, há que se considerar a existência de hierarquia entre o juiz e as partes, por se tratar de uma relação processual triangular. Então, Autor (MP) e Réu (GDF) estariam no mesmo nível hierárquico; logo, gozariam do mesmo poder institucional constitucionalmente atribuído, e o juiz estaria no topo da pirâmide hierárquica, julgando a questão de cima pra baixo, conforme seu livre convencimento.

A estrutura também limita o processo cognitivo dos problemas. Como dito, a linguagem do judiciário é incapaz de lidar com os elementos extrajurídicos; tampouco

compreender todos os sistemas de crenças e as complexidades inerentes aos problemas sociais. Como, por exemplo, as questões das camadas da reforma psiquiátrica, vez que, como bem observado por Garcia *et al.* (2011, p. 168), “um mandato judicial não garante a humanização do cuidado em saúde mental.”

No plano do direito em si, esbarramos com barreiras principiológicas. Temos as construções doutrinárias e jurisprudenciais acerca do tema da judicialização das políticas públicas que determinam até onde o julgador pode ir para tomar decisões. Isso fica claro na ACP quando nas peças defensivas sempre era evocado o princípio da separação dos poderes e a consequente impossibilidade da ingerência do poder Judiciário no Legislativo e no Executivo; a questão da reserva do possível, a questão da programatividade das normas constitucionais, e, ainda, a questão da legitimidade do MP.

Tanto na decisão de primeira instância, quanto na de segunda instância, a questão da programatividade das normas e da legitimidade do MP foram afastadas. Ambas instâncias entenderam pela eficácia plena das normas constitucionais e pela legitimidade do MP entendimento pacificado tanto na doutrina quanto na jurisprudência dos principais tribunais superiores, conforme discorrido no capítulo anterior. A questão da reserva do possível, longe de ser um tema pacífico, também foi afastada porque ficou comprovada a desídia do ente Executivo.

No entanto, na sentença que julga a apelação, há o acolhimento parcial dos pedidos da defesa. Logo, esbarramos em dois limites jurídicos-processuais: o primeiro deles é a questão da impossibilidade de obrigar o GDF a uma dotação orçamentária específica. O outro, refere-se à questão do tempo de exigibilidade da sentença judicial que no pedido inicial era de um ano, ao logo do processo, foi pedido o prazo dilatatório de 05 anos, e ao final do processo, conseguiu que o prazo fosse dilatado, adiando-se também o prazo para a aplicação da multa diária.

Quanto à impossibilidade de forçar o GDF à dotação orçamentária específica, ou seja, a fixação de um montante mínimo na lei orçamentária, primeiro utilizou-se um argumento técnico relativo à ausência de provas nos autos de que o valor mínimo destacado seria o suficiente.

Depois se evocou o dogma constitucional e legal (respectivamente, CF art. 165 e ss; Lei Orgânica do Distrito Federal art. 147 e ss) de que competiria ao Poder Executivo a iniciativa de lei de orçamento público anual, com posterior participação do Poder Legislativo, de modo que seja feita a escolha de prioridades dentro das limitações orçamentárias.

Os julgadores ressaltam, porém, que caso não seja propositadamente incluído valores para o cumprimento da obrigação, o GDF não ficaria liberado dela, porque a efetivação de direitos fundamentais prescindiria a dotação orçamentária. Aqui fica claro a ponderação de direitos fundamentais e o afastamento da argumentação da reserva do possível.

Já o argumento técnico-processual de dilação do prazo funda-se no documento processual levado pela Defesa, qual seja, o Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal (2011- 2015), ainda vigente à época da sentença, permitindo que houvesse a viabilização e adequação da realidade do DF conforme o plano.

Compreendido os limites que modulam a capacidade de dar decisões, partimos agora para a compreensão das estruturas cognitivas da política no processo decisório. Quais foram os conjuntos de crenças que fizeram o ator responsável pela decisão decidir de determinada forma? Essa decisão representa os interesses de quais parcelas da sociedade? Depois de tomada a decisão, como são reorganizados os atores, os instrumentos, os recursos e o arcabouço normativo/cognitivo?

A primeira decisão dada no processo trata-se de uma decisão interlocutória que nega o pedido de antecipação de tutela. Ela destoa do conjunto de crenças (jurídicas e extrajurídicas) usado no decorrer do processo; funciona aqui como um marco analítico.

Primeiro, ela afirma que o pedido de antecipação de tutela não poderia ser provido por não haver perigo de dano irreparável para as partes. Ela se posiciona ao lado do GDF quanto à existência de todos os dispositivos e à existência do tratamento adequado. Depois ela, mais uma vez, se socorre ao princípio da separação de poderes ao negar o pedido de alteração orçamentária requerido na inicial.

Isso representa, em última análise, a incapacidade de o pedido de antecipação de tutela traduzir toda a complexidade da reforma psiquiátrica, vez que o pedido se restringe a liminar da implantação dos dispositivos. A necessidade/importância deles sequer é discutida pelo juiz na decisão proferida. Ele, de pronto, sem entrar no mérito da questão, se refugia em argumentos técnicos-legais orçamentários e dogmáticos.

Já sentença proferida pelo juiz de primeiro grau, em sentido diametralmente oposto, logo, contra o GDF, acredita na possibilidade da ingerência do judiciário na exigibilidade das políticas em saúde mental diante da comprovada omissão estatal. Como essa sentença ainda era passível de recurso, ela foi capaz apenas de reorganizar o argumento dos atores em sede de apelação e a forma de construção desses argumentos.

Dessa forma, o GDF buscou atualizar as informações trazidas no processo por meio de relatórios recentes quanto à situação da saúde mental no DF. Enquanto o MP insistiu na

mesma linha argumentativa, reforçando seus argumentos por meio do memorando contando a situação dos pacientes do ISM e HSPV que permaneciam institucionalizados em função da inexistência de RT, e, claro, indicando a urgência da situação por meio de um pedido cautelar.

No Acórdão do TJDFT, o sistema de crenças permanece no sentido de favorecer a sociedade e desconsiderar os argumentos (ou parte deles, como já visto) do GDF. Inspirado pelo papel do MP de protagonista/defensor dos direitos sociais, o discurso do Tribunal é no sentido de trazer para si a responsabilidade de proteger as garantias constitucionais do cidadão. Para isso, ele redefine a função da ACP: atuar como uma forma de materialização do Estado, forçando-o a ações afirmativas ainda que com sacrifícios orçamentários e restrições financeiras.

A decisão tem o condão de legitimar a atuação do MP em prol da sociedade, de fortalecer o instrumento da ACP como capaz de direcionar o plano de ação previsto normativamente, e, ainda, de determinar qual a função do judiciário nessas questões relativas a direitos fundamentais, estabilizando o conceito de eficácia das normas.

Nota-se que a decisão fica restrita à capacidade de acesso a provas e a informações inerentes ao processo judicial, e que, portanto, em termo prático-fático, a sentença consegue apenas indicar quais e quantos dispositivos devem ser construídos, dado que fica adstrito ao pedido inicial.

4.1.4 As capacidades adaptativas

Ainda que limitada ao objeto da lide, a decisão tem o poder de indicar um sentido: consolida o paradigma da reforma psiquiátrica, da atenção psicossocial e da importância dos serviços substitutivos. Ela também é capaz de escancarar a falta de direcionamento do Executivo e, por consequência, as contradições relativas à implementação prática da reforma psiquiátrica, graças aos documentos trazidos pela Ação Civil Pública.

A ACP é capaz de estabilizar o paradigma psicossocial por meio da sentença judicial, ao demonstrar que, pelo menos do ponto de vista jurídico-normativo e teórico-conceitual, um caminho específico está trilhado. Esse paradigma convive com estruturas do modelo anterior e uma prática política de não ação do Estado para efetivar a transição de um modelo de atenção para o outro.

A ACP serve, também, para realizar esse ajuste das representações simbólicas e conceituais em âmbito institucional, chamando atenção para o problema ao inseri-lo na agenda institucional. Durante a discussão judicial sobre o tema notou-se o retorno da ação estatal para que houvesse, enfim, a implementação dos dispositivos faltantes. Dados recentes

colhidos no site da Secretaria do DF (SESDF, 2016) demonstram que o DF conta agora com 17 CAPS, ou seja, mais dois foram construídos desde a apresentação do recurso de apelação. Mesmo assim, observa-se que a marcha estatal nesse sentido permanece lenta.

Aqui cabe lembrar um aspecto importante das políticas públicas: elas não visam resolver um problema público, dar uma solução definitiva, um ponto final. É o oposto: na medida em que o tecido social muda e as demandas deste se alteram também, modifica-se o paradigma e a forma de olhar para o problema; situação bem clara demonstrada pela questão da reforma psiquiátrica.

No mesmo sentido deve ser interpretada a ACP. Ela não é capaz de dar uma solução definitiva para o problema porque ela não é instrumentalizada para isso. Ela foi iniciada com o objetivo de fazer com que dispositivos insuficientes pertencentes a uma política muito maior fossem executados. Afinal, a instalação dos dispositivos faltantes indicaria que apenas uma dimensão da Reforma Psiquiátrica foi efetivada: a técnico-assistencial. Porém, as práticas dentro dela e o imaginário social relativo à loucura não muda apenas e tão somente por conta da existência de dispositivos substitutivos.

A ACP faz um corte dentro de um recorte da ação política: tem sua área de atuação e seu objeto demasiadamente limitados. Ainda que do ponto de vista simbólico ela seja capaz de lidar com várias dimensões e levantar várias outras questões correlatas ao pedido explícito, ela não é capaz de ser considerada, por si, uma política pública; tampouco pode atuar sozinha para implementar uma política.

Ela é um instrumento que auxilia, ajuda a pensar, a delimitar, a definir um plano de ação, exatamente por ter um objeto pontual, específico. Ela é capaz de consolidar paradigmas, descortinar contradições, apontar um caminho; afinal, o pedido específico recaía tão somente em uma obrigação de fazer. Claro que do ponto de vista processual, devido ao fato da sentença possuir o efeito *erga omnes*, o que foi decidido afeta toda a sociedade e não só as partes interessadas. Isso é capaz de dar um poder enorme de influência sobre a decisão.

Diante do exposto a tabela abaixo visa resumir as vantagens e as desvantagens trazidas pelo uso do instrumento da Ação Civil Pública no contexto das políticas públicas de saúde mental no Distrito Federal.

Figura 10 – Aspectos positivos e negativos da ACP enquanto instrumento de políticas públicas

Aspectos positivos	Aspectos negativos
Cria um quadro normativo de ação: indica um caminho, estabiliza o paradigma psicossocial, expõe as práticas e discursos concorrentes.	É insuficiente para demonstrar a interação da sociedade civil porque esta não possui acesso direto ao processo. O protagonismo do MP relega a sociedade civil a posição de mero observador
Demonstra o posicionamento institucional do MP na defesa de direitos; traz à tona o abismo entre o que é dito pelo GDF – inserido normativamente no contexto da Reforma Psiquiátrica - e o que é praticado por ele, revelando os sentidos explícitos e implícitos da política	É limitada pelo próprio instrumento processual e à capacidade restrita do judiciário de dar respostas: a sensação de “ganha, mas não leva”
Revela a coexistência de duas compreensões sobre a saúde mental no plano sociocultural da Reforma Psiquiátrica: demonstrada principalmente pela inação do estado na implantação dos dispositivos e na manutenção do hospital psiquiátrico e pela não assinatura do TAC	É incapaz de processar os elementos extrajudiciais – há um filtro processual-institucional característico das peças e dos processos judiciais. Por se tratar de um processo há uma limitação natural quanto a quem julga e como julga. As provas no processo estão restritas a relatórios, ofícios e memorandos. Isso limita, também, a capacidade narrativa dos autores, adstritos, por sua vez as peças processuais.
É um instrumento que é capaz de: a) colocar um problema na agenda institucional; b) judicializar a política e c) produzir narrativas por meio de elementos cognitivos, retóricos, normativos-instrumentais	A via processual esbarra em construções doutrinárias e jurisprudenciais, como a separação dos poderes, a reserva do possível, a legitimidade do MP e a eficácia das normas constitucionais.
Traz a sensação para a sociedade de que alguém está fazendo alguma coisa: explicita o papel do MP no que tange à sua capacidade de articulação, à sua força institucional e o seu protagonismo no processo.	. A sentença consegue apenas indicar quais e quantos dispositivos devem ser construídos – representa um corte dentro do recorte cujo objeto é limitado a uma obrigação de fazer dada ao Estado
Determina qual a função do Poder Judiciário quanto à sua prestação nas questões relativas aos Direitos Fundamentais	A baixa participação social no processo associada ao protagonismo do MP culmina na redução das potencialidades da ACP como ferramenta de participação popular e democrática. Há a perpetuação de uma prática política realizada de cima pra baixo cujo diálogo fica restrito ao Estado e suas instituições
A decisão possui efeito erga omnes	Falácia gerada pela ACP: parece ser possível realizar uma política pública por meio de uma sentença judicial.

Diante do exposto, fica claro que uma decisão judicial é incapaz de mudar hábitos, formas de cuidado, representações sociais sobre determinado tema. Não. Isso é construído na prática, no dia-a-dia da assistência, com práticas para além do mundo jurídico de desconstrução do estigma da loucura, pois, como bem observa Rotelli, a desinstitucionalização (2001, p. 32-33):

começa a partir de gestos elementares: eliminar os meios de contenção; reestabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo, reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade de palavra; eliminar a ergoterapia; abrir as portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais.

Nessa questão da saúde mental, a participação da sociedade civil é indispensável. Sem a participação da sociedade civil organizada, com o passar do tempo, há uma perda do lugar de destaque conquistado na agenda. É preciso uma vigilância constante quanto à qualidade do serviço e o envolvimento amplo da sociedade civil, de instituições de pesquisa, enfim, de participação popular para que seja dada uma resposta contínua à questão. Pois, se a questão “permanecer invisível para a sociedade, dificilmente o poder público terá motivos para conferir prioridade à matéria. E, sozinhos, o Ministério Público e o Judiciário não terão como sustentar a agenda por muito tempo” (WENECK VIANNA & BURGOS, 2005, p.811).

A perda desse lugar de destaque na agenda, associado ao protagonismo exclusivo do Ministério Público na ACP, reduz o potencial instrumental da ACP como ferramenta de participação popular e democrática, ao manter os indivíduos tutelados pela instituição.

Observa-se que o uso do instrumento da ACP indica uma necessidade de estabilização do paradigma para reorganizar a ação do Estado para que este aja dentro dos moldes previstos no arcabouço jurídico. Ela é capaz de fazer ajustes na trajetória de ação do Estado, indicando qual o caminho e explicando o porquê, com a ajuda de um intérprete qualificado que representa os interesses da sociedade civil. A motivação estatal por meio desse instrumento, por ser capaz de provocar diretamente o Estado, mantém uma prática política realizada de cima para baixo: parte de uma decisão do Estado cuja decisão é motivada por suas instituições.

Assim, o curioso da ACP é que ela não desonera a sociedade civil, principalmente aqueles destinatários específicos de começarem a agir e protagonizar suas demandas. Para que os efeitos conquistados na ACP se prolonguem no tempo, é necessário o acompanhamento constante da sociedade civil organizada para que o tema se mantenha na agenda institucional.

Desta forma, além de instrumento legítimo e válido, a ACP funcionaria como um atalho para que os destinatários da política permanecessem com suas reivindicações em pauta pelo olhar Estatal. Isso permitiria uma interação real e duradoura entre Estado e sociedade civil, entre sociedade civil e as instituições, e, ainda, reforçaria o diálogo entre as instituições com o Estado. Nesse sentido, a ACP seria, de fato, um instrumento de participação popular democrático, afastando, definitivamente, seu aspecto de tutela institucional.

5 REFERÊNCIAS

Ação Civil Pública – Ministério Público (MPDFT) – **Distrito Federal, 2010.01.1.067203-4** (Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios 04 de maio de 2010), 2010. Disponível em: [ttp://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/unidades/pddc/acp/2010.01.1.067203-4%20-%20Resid%20Terapeuticas.pdf](http://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/unidades/pddc/acp/2010.01.1.067203-4%20-%20Resid%20Terapeuticas.pdf)

ALMEIDA, J. B. **Aspectos controvertidos da ação civil pública: doutrina e jurisprudência**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

Amarante, Paulo. **Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira**. [A. do livro] Sonia Fleury. *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo : Lemos Editorial, 1997.

Arantes, Rogério Bastos. **Direito e Política: O ministério público e a defesa dos direitos coletivos**. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 14, nº 39, 1999.

BOTTI, N.C.L & TORRÉSI, M. C. S. **Festival da Loucura e a dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica**. *Psicologia & Sociedade*, 26(n. spe), 212-221.

Brasil, República Federativa do. **Decreto nº 24.559 de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção e à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências**. Rio de Janeiro : s.n., 1934. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559impressao.htm

_____. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. Brasília : Ministério da Saúde, 2002. 3ª edição revista e atualizada, 2002

_____. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília : s.n., 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 2007.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília : Ministério da Saúde, 2004.

BRITTO, Renata Corrêa. **A internação involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental**. [Centro de informação científica e tecnológica] Rio de Janeiro : Biblioteca Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2004.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **O conceito de política pública em direito**. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). *Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006

CASAGRANDE, C. **Ministério Público, Ação Civil Pública e a Judicialização da Política – Perspectivas para o seu estudo**. *Boletim Científico Escola Superior do Ministério Público da União*. Brasília, nº3, p.21-34, 2002.

CFP, Conselho Federal de Psicologia. **Inspeção aos manicômios**. Brasília: CFP, 2015.

Delgado, Pedro Gabriel Godinho. **Reforma Psiquiátrica e Cidadania: o debate legislativo.** *Saúde em Debate.Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, 1992, Vol. n° 35, Junho.

DISAM, Diretoria de Saúde Mental. **Despacho n° 052/2012 DISAM/SAS/SES 12/01/2011.** Brasília, 2012.

_____. **Memorando n°280/2013, expediente de 17 de setembro de 2013.** Brasília, 2010.

GARCIA JR., C.A.S, FURLAN, F.C., BORGES,V.R, & PASINI, V.L. **Micropolítica em saúde mental: um processo histórico em uma instituição de saúde.** *Psicologia & Sociedade*, 23 (n. spe), 161-169.

GESAM DF, Gerência de Saúde Mental do Distrito Federal. **Plano Diretor de Saúde Mental 2007-2011.** Brasília, 2007.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos.** Editora Perspectiva. 6ª edição. São Paulo, 1999.

GRINOVER, A. P. **Ações coletivas para a defesa do ambiente e dos consumidores: a Lei n.º 7.347, de 24 de julho de 1985.** In: *Novas tendências do direito processual.* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

LASCOUMES, P. & LE GALÈS, P. **A ação pública abordada pelos seus instrumentos.** *Revista Pós Ciências Sociais*, n° 18, p.19-43, 2012.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em movimento: Por uma sociedade sem manicômios.** Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MPSM, Movimento Pró Saúde Mental. **Como anda a Saúde Mental na capital do país? Uma amostra da realidade da rede de atenção psicossocial do Distrito Federal.** Brasília, 2013.

MPU, Ministério Público da União. **Relatório técnico orçamentário financeiro sobre a construção de unidades destinadas à saúde mental no Distrito Federal.** Brasília, 2009.

_____. PIP n° 08190.13193/08-7. **Despacho n° 047/2009.** Brasília, 2009.

_____. PIP n° 08190.13193/08-7. **Parecer técnico n° 326/2010.** Brasília, 2010.

MUSSE, Luciana Barbosa. **Novos sujeitos de direito: as pessoas com transtorno mental na visão bioética e do biodireito.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Caracas.** 1990.

PIOVESAN, Flávia. **A advocacia do Direito Internacional dos Direitos Humanos: casos contra o Estado brasileiro perante o Sistema Interamericano de Direitos Humanos. Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional.** São Paulo : Saraiva, 2013.

RAMOS, A. C. **Reflexões sobre as vitórias do caso Damião Ximenes.** *Revista Consultor Jurídico*, s n°, 2006. Disponível em: http://www.conjur.com.br/2006-set-08/reflexoes_vitorias_damiao_ximenes?pagina=3#top

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização.**

SANTOS, D.H.A & SOARES, C. P. Um estudo sobre o processo de encaminhamento para a internação em um Centro de Atenção Psicossocial no Distrito Federal. **In: Anais do XIII**

Congresso de Ensino, Pesquisa e Extensão e XIII Encontro de Iniciação Científica do UniCEUB, UniCEUB, p. 150, 2015.
Disponível em: <https://www.uniceub.br/media/741844/Congresso2015.pdf>
Acesso: abril/2016

SARAVIA, E & FERRAREZI, E. **Políticas públicas.** Brasília: ENAP, 2006

SEPS, Secretaria Executiva Psicossocial. **Relatório técnico nº041/12.** Brasília, 2012.

SESDF, S. D. **Plano Distrital de Saúde 2012 -2015.** Brasília, 2012.

SEVEP, Seção Psicossocial da Vara de Execuções Públicas. **Relatório Psicossocial nº 321/2009.** Brasília, 2009.

SOARES, C. P. **O papel do psicólogo(a) na Articulação Intersetorial entre Políticas Públicas.** Brasília: UniCEUB, 2015

TENÓRIO, Fernando. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciência, Saúde.** Rio de Janeiro, vol. 9, n. 1, p. 25-59, jan. - abr. 2002.

TAVOLARO, Douglas. **A casa do delírio: reportagem no manicômio judiciário de Franco da Rocha.** São Paulo: Senac, 2004.

TYKANORI, Roberto. **Contratualidade e reabilitação psicossocial.** Em: A. M. F. Pitta (org.) Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

VASCONCELOS, M. F.F & PAULON, S. M. **Instituição militância em análise: a (sobre)implicação de trabalhadores na Reforma Psiquiátrica Brasileira.** *Psicologia & Sociedade*, 26(n. spe), 222-234.

WERNECK VIANNA, Luiz & Burgos, Marcelo BAUMANN. **Entre Princípios e Regras: Cinco Estudos de Caso de Ação Civil Pública.** *Revista de Ciências Sociais*, vol. 48, nº4: Rio de Janeiro, 2005.