



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento – ICPD
Programa de Mestrado e Doutorado

DÉBORA HANNA DE ARRUDA DOS SANTOS

O PAPEL DO DIREITO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL

BRASÍLIA - DF

2021

DÉBORA HANNA DE ARRUDA DOS SANTOS

O PAPEL DO DIREITO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Direito do Centro Universitário de Brasília –UniCEUB como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

Área 1: Políticas Públicas, Estado e Desenvolvimento

Linha de pesquisa: Políticas Públicas, Estado e Desenvolvimento

Orientador: Prof. Dr. Frederico Augusto Barbosa da Silva

BRASÍLIA
2021

SANTOS, Débora Hanna de Arruda dos

O papel do direito nas políticas públicas de saúde mental / Débora Hanna de Arruda dos Santos; orientador, Frederico Augusto Barbosa da Silva, 2021.

239 p.

Dissertação (mestrado) – Centro Universitário de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Direito e Políticas Públicas.

Inclui referências.

1. As Políticas Públicas como paradigma: os paradigmas de atenção à saúde mental. 2. O Direito das Políticas Públicas e o Direito nas Políticas Públicas: breves considerações. 3. A Transformação da Ação Civil Pública em instrumento de judicialização de Políticas Públicas: origens, transformações e desdobramentos. 4. Análise do Papel da Ação Civil Pública nas Políticas Públicas de Saúde Mental. I. Silva, Frederico Augusto Barbosa da. II. Centro Universitário de Brasília. Programa de Pós-graduação em Direito e Políticas Públicas. III. Título.

Dados da Catalogação na Publicação

Centro Universitário de Brasília

Sistema Integrado de Bibliotecas – UniCEUB

DÉBORA HANNA DE ARRUDA DOS SANTOS

O PAPEL DO DIREITO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Direito do Centro Universitário de Brasília –UniCEUB como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

Área 1: Políticas Públicas, Estado e Desenvolvimento

Linha de pesquisa: Políticas Públicas, Estado e Desenvolvimento

Professor Doutor Frederico Augusto Barbosa da Silva
Presidente

Prof. Dr. Jefferson Carús Guedes
Membro

Prof. Dr. Antônio Henrique Graciano Suxberger
Membro Suplente

Prof.^a Dr.^a Luciana Barbosa Musse
Membra Externa

Prof.^a Dr.^a Tania Inessa Martins Resende
Membra Externa

AGRADECIMENTOS

Este trabalho só foi possível graças à orientação serena e gentil do Frederico, aos olhares curiosos e amorosos do Lui, à tranquilidade e acolhimento do Lucas e à participação ativa da minha rede de apoio - Márcia, Esther, Vicente e Renata — que ao dividirem comigo os desafios desta caminhada, tornaram-na mais leve.

[...] O olho vê, a lembrança revê, e a imaginação transvê.
É preciso transver o mundo.

Manoel de Barros

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo compreender o papel do direito nas políticas públicas de saúde mental. Para isso, o trabalho é dividido em duas partes. Na primeira, a política pública de saúde mental será desconstruída a partir de seus elementos normativos, momento em que se revelará dois paradigmas coexistentes na política: o hospitalocêntrico e o psicossocial. Essa desconstrução normativa permitirá a identificação do uso estratégico do direito nas políticas públicas como objetivo e caixa de ferramentas, como fragilidades foi identificado seu uso deficitário enquanto vocalizador de demandas e quanto à sua habilidade de promover arranjos institucionais. A segunda reconstrói a ação civil pública como instrumento de políticas públicas e a utilizará como moldura analítica para compreender o que intervenção judicial revela sobre os atores (adequações/inadequações da atuação), sobre o instrumento utilizado (potencialidades/limites) e sobre a própria política sob a qual se intervém. A análise se debruçou em 74 acórdãos relativos à judicialização da política pública de saúde mental, que foram analisados quantitativa e qualitativamente, adotando-se metodologia específica para cada uma. Como resultados, da primeira se extraiu panorama nacional e regional com as principais características da judicialização: principais atores e demandas, qualidade argumentativa, posicionamento judicial, tempo de tramitação. Da segunda, observou-se o comportamento dos atores empreendida no processo judicial e como cada um deles internaliza a política durante o processamento judicial. Ao final, conclui-se que o direito é institucionalizado em níveis diferentes por atores diversos, que o manipulam com distintas finalidades. Assim, o papel exercido pelo direito é relacional, por isso, a segurança política dada por ele, especialmente no âmbito das políticas públicas de saúde mental, é relativa e demanda constantemente respaldo e direcionamento social.

Palavras-chave: Direito; Políticas Públicas; Saúde Mental.

ABSTRACT

This study aims at understanding the role of Law in mental health public policies. To this end, the work is divided in two parts. First, the public policy related to mental health will be deconstructed in terms of its normative elements, when two coexistent paradigms will be revealed on the policies: the hospital-centered and the psychosocial paradigms. This normative deconstruction will allow for the identification of the strategic use of Law on public policies as a goal and as a toolbox; it has been identified, as a weakness, its unsatisfactory usage as a voice for demands and its ability to promote institutional arrangements. The second, reconstructs public civil action as an instrument of public policies, which will be used as an analytical frame in order to comprehend what the judicial intervention reveals about the actors (adequacy/inadequacy of actuation), about the used instrument (potentialities/limitations) and about the policy itself over which it has been intervened. The analysis focused on 74 rulings related to the judicialization of mental health public policy, which were analyzed, both quantitative and qualitatively, with one methodology specific to each approach. As a result, from the first approach, it was possible to extract a national and a regional panorama with the primary features of judicialization: the primary actors and demands, argumentative quality, judicial positioning, processing length. From the second approach, it could be seen that Law is institutionalized in different levels by different actors who manipulate it with different purposes. Thereby, the role executed by Law is relational, and for that reason, the political security provided by it, specially in the scope of mental health public policies, is relative and constantly demands social support and social guidance.

Keywords: Law; Public Policies; Mental Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	– Ação Civil Pública
ADFM	– Associação de Familiares de Doentes Mentais
AGI	– Agravo de Instrumento
AIH	– Autorização de Internação Hospitalar
APL	– Apelação
CAC	– Compromisso de Ajuste de Conduta
CAPS	– Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	– Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS i	– Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CDC	– Código de Defesa do Consumidor
CF	– Constituição Federal
CNSM	– Conferência Nacional de Saúde Mental
DINSAM	– Divisão Nacional de Saúde Mental
DP	– Defensoria Pública
EPD	– Estatuto da Pessoa com Deficiência
FBH	– Federação Brasileira de Hospitais
GDF	– Governo do Distrito Federal
IC	– Inquérito Civil
LACP	– Lei da Ação Civil Pública
MNLA	– Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MP	– Ministério Público
MS	– Ministério da Saúde
MPE	– Ministério Público Estadual
MTSM	– Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	– Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	– Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OCDE	– Organização Para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONU	– Organização das Nações Unidas
OPAS	– Organização Panamericana de Saúde
PL	– Projeto de Lei
PPSM	– Política Pública de Saúde Mental
RAPS	– Rede de Atenção Psicossocial

REX	– Reexame Necessário
RP	– Reforma Psiquiátrica
RT	– Residências Terapêuticas
SES/DF	– Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SIA	– Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	– Sistema de Informações Hospitalares
SRT	– Serviços Residenciais Terapêuticos
STF	– Supremo Tribunal Federal
STJ	– Superior Tribunal de Justiça
SUS	– Sistema Único de Saúde
TAC	– Termo de Ajuste de Conduta

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Os paradigmas da política pública de saúde mental no Brasil.....	27
Tabela 2 – Legislações Estaduais em Saúde Mental	42
Tabela 3 – Modalidade de CAPS por abrangência populacional e nível de complexidade	50
Tabela 4 – 1ª Rodada de Debates no Senado (1991)	62
Tabela 5 – 2ª Rodada de debates no Senado (1995).....	64
Tabela 6 – 3ª Rodada de Debates no Senado (1998):.....	68
Tabela 7: As sucessivas alterações legislativas na LACP:	102
Tabela 8: A correlação entre direito individual, princípios, direito social e as novas regras de julgamento:	122
Tabela 9: Análise quantitativa do Panorama Nacional:	144

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - A Rede de Atenção Psicossocial:	52
Figura 2 – Linha do Tempo Normativa Modelo Hospitalocêntrico:	78
Figura 3 – Linha do Tempo Normativa Reforma Psiquiátrica (1987-2019):.....	79

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Redução Progressiva de Leitos Psiquiátricos:	55
Gráfico 2 – Mudança do Perfil e Porte dos Hospitais:	56
Gráfico 3 – Total de gastos da saúde mental/SUS com os hospitais psiquiátricos e com a atenção comunitário/territorial (2002-2013)	57
Gráfico 4 – Evolução do número de CAPS (2001 -2014).....	58
Gráfico 5 – Fase Processual.....	145
Gráfico 6 – Autor da ação.....	146
Gráfico 7 – Ano de Ajuizamento da Ação Civil Pública:	147
Gráfico 8 – Principais demandas	149

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
EIXO I – OS PARADIGMAS DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL E O PAPEL DO DIREITO.....	23
1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS COMO PARADIGMA: OS PARADIGMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	23
1.1 O paradigma hospitalocêntrico – formação e crise	28
1.2 A estabilização conceitual e metodológica de um novo paradigma: A primeira fase do paradigma psicossocial (1987-1989).....	32
1.3 A normalização (ou normatização) e implementação: A segunda fase do paradigma psicossocial (1990-2000).....	36
1.4 A Rede de Atenção Psicossocial (2001-2015): Terceira Fase	45
1.4.1 Avaliação da Política Pública de Saúde Mental sob o paradigma psicossocial	55
1.5 A incomensurabilidade de paradigmas e o acordo que inaugura o modelo psicossocial de assistência à saúde mental: o debate legislativo no senado	61
1.6 A crise do paradigma psicossocial	69
2 O DIREITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E O DIREITO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: BREVES CONSIDERAÇÕES.....	76
2.1 O direito nas políticas públicas de saúde mental	76
2.1.1 O direito como caixa de ferramentas e como objetivo.....	77
2.1.2 O direito como arranjo institucional e vocalizador de demandas	91
EIXO II - O DIREITO COMO JUDICIALIZAÇÃO: O PAPEL DA AÇÃO CIVIL PÚBLICA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL	94
3 A TRANSFORMAÇÃO DA AÇÃO CIVIL PÚBLICA EM INSTRUMENTO DE JUDICIALIZAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: ORIGENS, TRANSFORMAÇÕES E DESDOBRAMENTOS	96
3.1 Os novos direitos difusos e coletivos.....	96
3.2 As propostas normativas para a proteção dos novos direitos.....	98
3.3 A aprovação da Lei n. 7347/85.....	99
3.4 As sucessivas alterações legislativas: a LACP nos dias de hoje.....	100
3.5 Desdobramentos do desenho processual no papel do Ministério Público	105
3.5.1 Abrangência material e legitimidade.....	105
3.5.1.1 <i>A diferença jurídica entre direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos</i>	106
3.6 A ferramenta inquérito civil e suas consequências jurídicas e institucionais ..	108
3.6.1 O compromisso de ajustamento de conduta.....	109
3.6.2 As modificações institucionais geradas pelo Inquérito Civil no Ministério Público .	111
3.6.3 O inquérito civil e o controle judicial das políticas públicas	113

3.6.4	A ação civil pública como instrumento de políticas públicas	115
3.6.5	O papel do Ministério Público na tutela coletiva	118
3.7	Consequências da ação civil pública como instrumento de judicialização de políticas públicas na atuação do Poder Judiciário	121
3.7.1	A ação civil pública, o princípio da separação dos poderes e o papel decisório do Juiz	121
3.7.2	A politização do julgamento: as escolhas políticas	127
3.7.3	A atuação de ofício: os provimentos antecipatórios.....	129
3.7.4	O papel do Juiz na tutela coletiva.....	134
3.8	Considerações finais sobre a ação civil pública como instrumento de judicialização das políticas públicas	137
4	ANÁLISE DO PAPEL DA AÇÃO CIVIL PÚBLICA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL	139
4.1	Análise Quantitativa: Saúde Mental por Região	139
4.1.1	Região Norte	140
4.1.2	Região Centro-Oeste	141
4.1.3	Região Sul	141
4.1.4	Região Nordeste	142
4.1.5	Região Sudeste	143
4.1.6	Panorama Nacional	144
4.2	Análise Qualitativa	149
4.2.1	A ação civil pública como instrumento jurídico de vocalização de demandas sociais	150
4.2.1.1	<i>A demanda pela manutenção dos leitos psiquiátricos existentes</i>	<i>150</i>
4.2.1.2	<i>O desejo social de não construção de CAPS na comunidade</i>	<i>157</i>
4.2.2	Falhas na prestação jurisdicional e na atuação ministerial por desconhecimento da política pública de saúde mental.....	160
4.2.2.1	<i>A falha da atuação jurisdicional e ministerial por inadequação do pedido devido ao desconhecimento teórico-conceitual-assistencial dos Serviços Residenciais Terapêuticos</i>	<i>160</i>
4.2.2.2	<i>A inadequação da atuação jurisdicional pautada no pedido de inclusão individual nos serviços residenciais terapêuticos por meio de instrumento coletivo: erro estratégico na atuação do Ministério Público</i>	<i>163</i>
4.2.2.3	<i>A inadequação da atuação ministerial por demanda por hospitalização</i>	<i>173</i>
4.2.2.4	<i>A inadequação da prestação jurisdicional por atuação distanciada da realidade social e desconectada da política pública de saúde mental.....</i>	<i>175</i>
4.2.2.5	<i>A inadequação da prestação jurisdicional e atuação ministerial por desconhecimento da diferença entre dispositivos assistenciais</i>	<i>178</i>
4.2.3	Consequências judiciais da jurisdicização	179
4.2.4	A influência da ancoragem jurídica na judicialização	181
4.2.4.1	<i>A questão dos critérios objetivos para a implementação da Rede</i>	<i>181</i>
4.2.4.2	<i>A precariedade na prestação do serviço por problemas de infraestrutura..</i>	<i>186</i>

4.2.5 A ação civil pública como instrumento de implementação de dispositivos assistenciais	190
CONCLUSÃO.....	198
REFERÊNCIAS	211
Apêndice A – O Paradigma Hospitalocêntrico (1841 a 1934)	220
Apêndice B- 1ª Fase do Modelo Psicossocial (1986 a 1989)	221
Apêndice C- 2ª Fase do Paradigma Psicossocial (1990 a 2000)	223
Apêndice D - A Normalização do Paradigma Psicossocial (2001 a 2015).....	225
Apêndice E – Período de Crise (2016 a 2019)	227
Apêndice H - Tabela: Análise Quantitativa da Região Sul.....	231
Apêndice I - Tabela: Análise Quantitativa da Região Nordeste	233
Apêndice J - Tabela: Análise Quantitativa da Região Sudeste	235
Apêndice K - Indicador Caps/100 Mil Hab 2008-2015 Por Região e Unidade Federativa..	239

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo compreender o papel do direito no âmbito das políticas públicas de saúde mental. Sobre o tema, duas justificativas devem ser apresentadas. A primeira tem a ver com a amplitude dos vocábulos empregados – direito e política pública. O vocábulo direito é de difícil conceituação. O direito é, pode ser e vem a ser várias coisas. É disciplina em movimento, assim como as políticas públicas. São dois temas, portanto, dotados de flexibilidade, maleabilidade, plasticidade. O trabalho, então, se propôs ao desafio de lidar com dois conceitos amplos cujos sentidos serão dados a partir da política de saúde mental, o que nos leva a segunda justificativa.

A seleção da política pública de saúde mental não foi aleatória, tal escolha é fruto da familiaridade com o tema graças à oportunidade de ter prestado assistência jurídica aos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) durante certo período. Esse contato modificou minha forma de compreensão tanto do direito, quanto da “Loucura” (FOUCAULT, 1978) e despertou meu interesse para suas relações com as políticas públicas que versam sobre o tema. Então, o trabalho parte da reflexão prática das interfaces entre Direito, Loucura e Estado.

Como o direito produz e regula a relação entre Loucura e Estado? Como a Loucura é objeto de construção e regulação pelo Direito? Quais são os dispositivos jurídicos que permitem ao Estado a regulação da Loucura? O que o Judiciário tem a dizer sobre a Loucura? Como o Ministério Público – instituição que possui intimidade com o tema desde a época de sua formação institucional – se comporta diante da loucura que visa tutelar? Esses questionamentos iniciais deram forma à inquietação que culminou nesta pesquisa.

A partir destes questionamentos, percebe-se de antemão que o direito pode aparecer como regulador de relações entre Loucura e Estado, como pronunciamento Estatal por meio do Poder Judiciário, como definidor de funções institucionais ao Ministério Público, que surge como regulador de um dispositivo CAPS, ao mesmo tempo que organiza um hospital psiquiátrico. Foi sob este olhar que a construção metodológica deste trabalho se fundou.

Ora, o direito é ponto de intersecção entre instituições, dispositivos, atores sociais, políticas; como uma via de mão dupla, modula e é modulado por estas interações. A partir deste raciocínio, o primeiro eixo de análise quanto ao papel do direito foi montado. Então, sob o olhar da política pública de saúde mental, o papel do direito enquanto elemento intrínseco, estrutural de tal política foi reconstruído e a política, dissecada.

O trabalho de reconstrução normativa levou ao encontro de dois modelos inconciliáveis de atenção à saúde mental: o paradigma hospitalocêntrico, cuja regulação entre Estado e Loucura é mediada pelos Hospitais psiquiátricos e o paradigma psicossocial, cuja regulação entre Estado e Loucura é mediada pela e na comunidade. A organização deste argumento em paradigmas é resultado do uso teórico de Surel (1995). A partir dessa ideia, então, o primeiro capítulo dessa dissertação apresentará os paradigmas que permeiam a política pública de saúde mental, a partir dos instrumentos normativos utilizados e organizados cronologicamente.¹

Dessa forma, após a apresentação da teoria utilizada para a análise, a formação e a crise do paradigma hospitalocêntrico será descrita. Em seguida, a partir do marco da Reforma Psiquiátrica, será observado a construção metodológica e a estabilização conceitual do paradigma psicossocial emergente, o qual será normalizado e implementado a partir da Lei n.10.216/01 e avaliado em 2015. Para explicar a crise pela qual atualmente passa o paradigma psicossocial, remonta-se às discussões das legislações relativas à aprovação da Lei n. 10.216/01. Por fim, aprofunda-se na crise instaurada no paradigma a partir de 2016 e todos os retrocessos normativos ocorridos a partir daí.

Dessa organização, observar-se-á que os paradigmas são compostos por matrizes cognitivas (visões de mundo, métodos, hipóteses e instrumentos), que coexistem com problemas que geram alternâncias entre fases de estabilização e crise (SUREL, 1995). A depender da gravidade de tais problemas, eles podem levar ao esgotamento do paradigma, ou realizar ajustes em sua matriz cognitiva.

Da descrição normativa do primeiro capítulo, é vislumbrado que existe um direito *das* e um direito *nas* políticas públicas. Essas diferenças serão tratadas no segundo capítulo, cuja tipologia de análise para definição dos papéis do direito é a formulada por Marcelo Coutinho (2013). Essa tipologia revela que na política pública de saúde mental o direito será utilizado estrategicamente como objetivo para romper com o paradigma anterior a partir da utilização de diversos instrumentos normativos (direito como caixa de ferramentas). A partir disso, observar-se-á, no entanto, que os usos do direito enquanto arranjo institucional é falha, o que impacta na baixa vocalização de demandas que a política pública de saúde mental é capaz de imprimir, isso devido aos instrumentos normativos escolhidos para institucionalizá-la.

¹ A linha do tempo cronológica da reconstrução da política pode ser encontrada a partir do Apêndice A ao final deste trabalho

Conhecer o ancoramento jurídico da complexa política pública de saúde mental permite questioná-la juridicamente. Trata-se da judicialização das políticas públicas, tema que inaugura o segundo eixo deste trabalho e aprofunda o papel ocupado pelo direito nas políticas públicas de saúde mental. Assim, o primeiro papel do direito neste eixo será o de instrumento processual cujo veículo será a ação civil pública. Como dito inicialmente, o direito é movimento, nesse fluxo, ele deixa de ser e passa a ser coisa diversa com o passar do tempo a partir de seu uso. Por este motivo – fluxo, movimento, mutação – é que o marco teórico utilizado aqui está relacionado às edições comemorativas de 10, 15, 20, 25 e 30 anos da Lei da Ação Civil Pública, coordenado por Edis Milaré.

Nesse sentido, o terceiro capítulo irá demonstrar como a ação civil pública se tornou instrumento de judicialização de políticas públicas. À época de sua criação, este instrumento tinha o objetivo de tutelar os interesses difusos e coletivos em especial, o direito do consumidor e o direito ambiental. Foi pensado como instrumento de acesso à justiça de forma coletiva. Não se falava em judicialização de políticas, aliás, a teoria jurídica da época era avessa a ideia de politização do direito e a teoria da separação dos Poderes tinha valor absoluto perante a doutrina e os pronunciamentos judiciais da época. No entanto, o desenho processual da Lei da Ação Civil Pública (doravante LACP) abriu caminho para outros usos do direito, do jurídico, do judiciário...

Essa mutação será observada a partir da reconstrução legal da LACP, cujas origens remontam ao reconhecimento dos direitos difusos e coletivos, seguido das propostas normativas de proteção de tais direitos. O caminho é definido pela aprovação da Lei n. 7247/85, a qual sofrerá inúmeras modificações e ao longo do tempo sofrerá alterações significativas em sua abrangência, processamento e efeitos. Do desenho processual da norma observou-se desdobramentos, tanto no papel do judiciário e do Ministério Público, quanto no uso da ação civil pública (ACP). Esta passa a ser utilizada como instrumento de políticas públicas, enquanto aqueles tornam-se agentes políticos.

As mudanças institucionais geradas no Ministério Público pela Ação Civil Pública decorrem do uso de duas ferramentas descritas na LACP: o inquérito civil e o compromisso de ajustamento de conduta. O primeiro mune o Ministério Público de instrumento investigatório de fatos por meio de requisição de documentos, oitiva de testemunhas, possibilidade de denúncia e representação de outros órgãos, o que retira o Promotor do Gabinete e o promove às ruas, ao contato com a realidade social. O segundo decorre do uso do primeiro: encontradas irregularidades na investigação é permitido ao MP firmar um acordo

para o ajustamento de conduta inadequada. Essas duas ferramentas revolucionam a atuação ministerial, que mais atentos e próximos à realidade social, passam a controlar os atos do Executivo. Eis o nascimento da LACP como instrumento de políticas públicas.

Como dito, a possibilidade de investigação e judicialização do Executivo permitiu o controle judicial das políticas públicas. Isso significa dizer que à medida que o Ministério Público passou a utilizar o caminho judicial para controlar as políticas, o poder Judiciário foi instado a se manifestar. Há consequências do uso da ACP na atuação do Poder Judiciário, é o outro lado da balança. Essas consequências são de quatro naturezas: a modificação no processo decisório do Juiz que flexibiliza a aplicação do princípio da separação dos poderes; a politização do julgamento, pois caberá ao juiz fazer **escolhas políticas**; em termos processuais, essas escolhas políticas permitem ao juiz atuação de ofício nos provimentos antecipatórios; e, finalmente, o papel em si do Juiz é modificado.

Este capítulo revela como uma lei é capaz de modificar as estruturas jurídicas, judiciais, ministeriais e a própria teoria jurídica em si. Com o uso da lei é possível perceber como será a atuação do Poder Judiciário, do Ministério Público e do Poder Executivo, quem figurará com mais frequência no banco dos réus a partir da judicialização da política. Quanto a este ponto, este trabalho não se ocupa da discussão se é possível ou não a intervenção do judiciário nas políticas públicas. Aqui nos ocupamos do real: já que a intervenção ocorre, o que ela é capaz de dizer sobre os atores (adequações/inadequações da atuação), sobre o instrumento utilizado (potencialidades/limites) e sobre a própria política sob a qual se intervém?

A resposta a esta questão está disposta no capítulo quarto deste trabalho, no qual foi analisado o papel da ação civil pública nas políticas públicas de saúde mental. Os dados foram colhidos por meio de pesquisa jurisprudencial realizada nos sites dos Tribunais Estaduais de todas as Unidades Federativas de onde se extraiu 74 acórdãos (os parâmetros de pesquisa, inclusão, exclusão estão detalhados no capítulo retromencionado), observados a partir de duas análises complementares: a análise quantitativa e a análise qualitativa.

Neste ponto, ressalto a limitação analítica provocada pela definição metodológica: ao usar os acórdãos como objeto da análise, utilizamos a forma-de-ver o processo do Desembargador relator: ou seja, apenas os fatos, dados e fundamentos jurídicos trazidos por ele no relatório do inteiro teor do embargo é o que conhecemos da ação, dos atores, dos argumentos. Essa escolha limita, por um lado, conhecer em profundidade a realidade do caso

judicial, no entanto, nos permite compreender quais elementos são importantes para a tomada de decisão do Julgador.

Para realizar a análise quantitativa, leu-se o inteiro teor dos acórdãos, categorizando-os por região a partir dos seguintes critérios: data de tramitação, tipo de decisão, principais assuntos abordados, principais normas mencionadas e o resultado do julgamento. Dessa análise extraiu-se o panorama regional e o nacional, identificando o número de processos, tempo médio de tramitação para decisão em Agravo de Instrumento e Apelação, as principais demandas, o quantitativo de decisões procedentes, improcedentes e reformadas, o ano de tramitação e os principais atores responsáveis pela judicialização.

Já para análise qualitativa, o aplicou-se o método da abordagem das políticas públicas através de seus instrumentos desenvolvido por Lascoumes e Galès (2012). Do universo de 74 encontrados, 20 acórdãos foram selecionados, cujos critérios foram: a) a capacidade do instrumento em vocalizar as demandas da sociedade civil; b) as falhas na prestação jurisdicional e ministerial devido ao desconhecimento da política; c) as consequências judiciais da jurisdicização; d) a influência da ancoragem jurídica na judicialização e e) o papel da ação civil pública como instrumento de implementação dos dispositivos da política pública de saúde mental. Em cada um desses tópicos é revelada em profundidade a dinâmica dos atores empreendida no processo judicial e como cada um deles internaliza a política durante o processamento judicial.

Ao final da análise deste eixo, podemos observar que; a) enquanto vocalizadora de demandas ao poder judiciário, são levadas questões que indicam que a sociedade civil não internalizou os ideais da reforma psiquiátrica e demanda ora o retorno do tratamento hospitalocêntrico, ora o desejo de impedir a construção de dispositivos comunitários; b) o desconhecimento da política pública de saúde mental foi a principal causa de inadequações na atuação ministerial e judicial, sendo o Serviço Residencial Terapêutico o dispositivo mais incompreendido; c) No que diz respeito à influência da ACP na política pública de saúde mental o termo de ajustamento de conduta deveria ser instrumento mais utilizado, por ser mais célere; d) da análise da influência da ancoragem jurídica na judicialização encontra-se o ponto de intersecção entre os eixos 1 e 2: os critérios objetivos para implementação de CAPS obstam a implementação da Rede de Atenção Psicossocial. Ao mesmo tempo que pode ser usado como indicador para a avaliação dos serviços prestados pelos dispositivos assistenciais: número expressivo de ações são judicializadas por problemas na infraestrutura e, finalmente;

e) a eficácia do instrumento, a ação civil pública, quando utilizada para exigir a implementação de dispositivos assistenciais faltantes na rede é questionada na última análise.

As análises contidas nos eixos I e II revelam o caminho adotado para demonstrar de forma ampla e fluida as várias camadas, facetas e interfaces do direito em relação às políticas públicas de saúde mental, engendrado a fim de definir o papel do direito nestas políticas. Por este caminho, as normas, os atores, as atuações estratégicas, o papel da judicialização, os instrumentos jurídico-processuais, as inadequações, os ajustes, as potencialidades e limitações da dimensão jurídico-político da política pública de saúde mental foram evidenciados. Quanto ao papel do direito nas políticas públicas de saúde mental concluímos que ele é caminho, caminhada, processo, ponto de partida e de chegada, sempre em movimento. O papel exercido pelo direito é relacional, por isso, a segurança política dada por ele é relativa e demanda, constantemente, respaldo e direcionamento social.

EIXO I – OS PARADIGMAS DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL E O PAPEL DO DIREITO

1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS COMO PARADIGMA: OS PARADIGMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

As políticas públicas de saúde mental podem ser descritas como paradigmas (SUREL, 1995). Ele realiza essa descrição com a intenção de explicar o papel das políticas públicas no processo de categorização cognitiva e construção social da realidade. Este autor entende o conceito de paradigma a partir da formulação de Kuhn, para quem a ciência se caracteriza pela alternância de fases críticas e períodos normais, sendo que estes últimos correspondem a existência de um equilíbrio na comunidade científica, cujo acordo está fundado ao redor de um paradigma.

O descobrimento e adoção de um paradigma representa um momento de estruturação da ciência que é estabilizada ao redor de princípios, métodos e instrumentos de investigação sob os quais se sustentam a unanimidade cognitiva inaugurada pelo paradigma. Surel (1995) transporta a ideia geral contida neste raciocínio para a análise de políticas públicas. Segundo ele, um paradigma pode ser identificado na política a partir da presença de quatro elementos constitutivos, os quais compõem a matriz cognitiva de uma política pública, são eles:

- a) os princípios metafísicos gerais – visão de mundo, referencial que abarcam as operações mais gerais de categorização e de definição da realidade;
- b) hipótese prática – conjunto de axiomas, hipóteses ou questionamentos, que estabelecem um vínculo entre o sistema simbólico e o sistema concreto universal. São os elementos que asseguram a operacionalização dos princípios metafísicos gerais. Nessa etapa os atores aclaram seus marcos gerais de compreensão do mundo em seus comportamentos ao definir que tipo de ações/operações lhes parecem satisfatórias ou legítimas;
- c) metodologia – implica definir os tipos de relação que se consideram os mais apropriados em um caso específico entre o Estado e a comunidade política concernente. Alguns indicadores podem facilitar a identificação dos métodos adotados, como o grau de institucionalização dos cidadãos pertencentes ao aparato político administrativo, as mobilizações adotadas pelos atores, assim como os tipos de medidas adotadas pelo Estado; e

- d) instrumentos específicos – completam o dispositivo global e que segundo um método particular, os princípios e normas que formam o substrato normativo e cognitivo do paradigma. São exemplos: o discurso, o voto, a criação de uma instituição específica.

Para configurar a alternância de fases, Surel equivale o momento pré-científico da ciência – momento em que existem múltiplos desacordos entre grupos que competem pela definição legítima da atividade científica – com o momento de **emergência dos problemas públicos**, pois este constitui uma etapa em que os atores envolvidos dispõem de soluções contrastantes do problema tratado que formulam soluções e opções.

Indo além, pode-se afirmar que essa fase auxilia na formação da agenda, ou seja, contribui para o processo de transformar as questões levantadas em prioridades governamentais. Segundo Capella (2020), essa fase é importante pois a atenção governamental é um recurso escasso e a formação da agenda é um processo que envolve intensa competição entre as comunidades políticas interessadas. Ao debater ideias e soluções para determinado problema, as comunidades políticas estabelecem estratégias e definem prioridades de ação, tanto para chamar a atenção governamental para o problema, quanto para as alternativas apresentadas.

Não raro as soluções apresentadas pelas comunidades políticas sobre o mesmo problema público pertencem a paradigmas distintos que, de tão incompatíveis, resultam na impossibilidade de acordos com a conseqüente ruptura do diálogo. O ápice desses desacordos é chamado por Kuhn (1996) de incomensurabilidade de paradigmas. Para Surel (1995), a incomensurabilidade está relacionada, tanto a desacordos e à lista de problemas a serem resolvidos, quanto ao estabelecimento problemático de relações entre os conceitos e as experiências anteriores e, por último, à convicção de que as atividades são feitas em mundos diferentes.

Isso significa dizer que, não só a forma de olhar para o problema é diferente, mas que toda a **matriz cognitiva** será reconstruída a partir da visão de mundo adotada. As hipóteses formuladas, os métodos e instrumentos de experimentação, serão reorganizados e alinhados ao referencial de mundo adotado. As conseqüências da incomensurabilidade de paradigmas podem ser melhor observadas a partir da análise dos dois paradigmas existentes na área de atenção à saúde mental.

O primeiro, denominado de paradigma hospitalocêntrico, percebe a loucura como doença. Se é doença, há cura e o tratamento deve ser realizado em local próprio, no Hospital Psiquiátrico. O sujeito é tido como louco e a partir do diagnóstico é considerado perigoso (por isso o tratamento deve ser realizado em instituição própria, afastada da sociedade) e incapaz de gerir a própria vida. Rotulado de louco, perigoso e incapaz, a doença sobressai à existência do indivíduo que fica relegado à objeto do saber psiquiátrico.

Assim, por este modo de enxergar a loucura, as internações psiquiátricas são a principal forma de tratamento, nas quais terapias invasivas e excludentes são indicadas. Adeptos desta visão de mundo falam em hospital psiquiátrico, psicofármacos, internação, psicocirurgia. O louco é doente mental, institucionalizado, definido pelo binômio periculosidade/incapacidade, seu destino, em geral, está associado à interdição e à necessidade de curador para a gestão de seu patrimônio pessoal.

Por outro lado, há quem veja a loucura como parte da condição existencial humana. Quem enxerga desta forma insere-se no paradigma da atenção psicossocial. Por ser a loucura questão existencial, não se fala em tratamento, mas em cuidado comunitário, em promoção de saúde; o sujeito se sobrepõe à doença e é visto a partir do binômio autonomia/inclusão social, possui *status* de sujeito de direitos. O cuidado comunitário, por sua vez, pressupõe sistema de portas abertas (não excludente), busca redes comunitárias de apoio cujo objetivo final é a reinserção social.

Fala-se em Centros de Atenção Psicossocial, em Residências Terapêuticas, Cooperativas Sociais, programas de redistribuição e geração de renda. O louco é pessoa em sofrimento psíquico, usuário do serviço de saúde mental. Tem sua capacidade pressuposta juridicamente e a tomada de decisão apoiada instituto criado para respaldar seu exercício. A curatela é medida excepcional restrita a atos patrimoniais, sem ingerência em atos existenciais.

Após essa disputa de visões de mundo, hipóteses, métodos e instrumentos para a solução do problema, haveria uma **fase normal**. Trata-se de um período relativamente tranquilo de funcionamento do campo social, no qual as relações de força, as representações e os modos operativos são compartilhadas e legitimadas. A adoção de um paradigma tem por consequência principal estruturar o campo de investigação envolvido.

Assim, gradualmente, os atores envolvidos trabalham segundo as mesmas referências, como os mesmos instrumentos e se organizam na tarefa de resolver os enigmas revelados pelo

paradigma. A normalização gera modificação nos circuitos de socialização, força e poder, para quem conseguir impor seu paradigma para os demais atores. Trata-se da função estruturante do paradigma, o que permite explicar como uma comunidade política conduz uma identidade própria, contribui e define sua relação com os outros e sua relação com a sociedade.

Essa função estruturante também se dá a nível estatal: a adoção de um paradigma pelo ator político-administrativo modifica as relações de força no aparato estatal, há uma aproximação entre a adoção das políticas públicas e os processos de legitimação das autoridades públicas, uma vez que a adoção de um paradigma permite justificar a existência do Estado como entidade autônoma que pode intervir legitimamente sobre um campo específico. Assim, pra Sarel (1995), as políticas públicas podem aparecer como uma das modalidades contemporâneas de legitimação.

Mesmo normalizados, os paradigmas convivem com anomalias. Essas anomalias podem ser contornáveis, o que gera um ajuste em um dos componentes da matriz cognitiva, ou incontornáveis, situação que instaura uma **crise** do paradigma. A depender da capacidade de ajuste/adaptação do paradigma em relação ao elemento perturbador, este pode provocar rupturas profundas no paradigma, o qual não será mais capaz de dar conta da realidade segundo os marcos de referência, os métodos e os instrumentos anteriormente provados, o que pode se traduzir em seu esgotamento.

A seguir, a política pública de saúde mental será descrita a partir dos paradigmas que a compõem, através da reconstrução do arcabouço normativo dos paradigmas hospitalocêntrico e psicossocial. Essa descrição permitirá compreender o papel do direito nas políticas públicas de saúde mental, cuja análise será feita no capítulo subsequente. Abaixo, na tabela 1, há a descrição dos paradigmas a partir de sua matriz cognitiva, hipóteses, metodologia e instrumentos para auxiliar a compreensão do abismo de concepções (incomensurável) existente entre as propostas políticas existentes no âmbito da saúde mental.

Tabela 1 – Os paradigmas da política pública de saúde mental no Brasil

Matriz Disciplinar	Paradigma Manicomial-Hospitalocêntrico	Paradigma da Atenção Psicossocial
Princípios Metafísicos Gerais	A loucura é uma doença.	A loucura é parte da condição existencial humana.
Hipóteses	Tem que ser tratado, pressupõe cura. O sujeito é visto a partir do binômio da periculosidade-incapacidade e é tratado como objeto do conhecimento psiquiátrico.	Deve ser cuidado na comunidade e em comunidade. O sujeito é visto a partir do binômio autonomia-inclusão social. Sujeito de direitos.
Metodologia	Internações psiquiátricas são o principal método de tratamento; égide da institucionalização; tratamentos invasivos e excludentes são permitidos	Sistema de portas abertas, reinserção social, busca pela autonomia, foco em redes comunitárias de apoio
Instrumentos específicos	Hospital Psiquiátrico, psicofármacos, internação, psicocirurgias. Louco, psicopatia, periculosidade, incapacidade, cidadania tutelada, institucionalização, doente mental Interdição e incapacidade como regra, curatela como medida ordinária; existência de absolutamente incapazes e relativamente incapazes, foco na proteção patrimonial pelo judiciário do portador de transtorno mental. Legislação de Referência: Decreto n. 24.559 de 3 de julho de 1934 Tipos normativos: decretos imperiais, decreto-lei, portarias e nota técnica. Atores: familiares de portadores de transtornos mentais, donos de hospitais particulares, representantes do poder executivo, acadêmicos.	CAPS, serviços residenciais terapêuticos, programa de redistribuição e geração de renda – De volta pra casa e cooperativas sociais; matriciamento e vínculo com PSF, CRAS e CREAS, pessoa em sofrimento psíquico. Tomada de decisão apoiada e capacidade civil como regra, curatela como medida excepcional; inexistência de incapacidade absoluta, apenas relativa; foco nas questões existenciais da pessoa em sofrimento psíquico. Legislação de Referência: Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Tipos normativos: experiências práticas, conferências e congressos, leis estaduais, lei federal, portarias, Recomendação da CNS Atores: movimento social, participação social inclusiva, familiares, usuários, profissionais de saúde mental, acadêmicos.

Fonte: Elaborado pela autora

Expostas as estruturas dos modelos da política, o primeiro eixo deste trabalho irá descrever nos tópicos seguintes a política pública de saúde mental a partir dos paradigmas: hospitalocêntrico e psicossocial, cujo destaque será os instrumentos normativos utilizados na construção destes modelos de políticas. Compreendidos os instrumentos normativos que estruturam a política, analisar-se-á o papel do direito nas políticas públicas a partir da tipologia desenvolvida por Coutinho (2013) – direito como caixa de ferramentas, como objetivo, como arranjo institucional e como vocalizador de demandas.

1.1 O paradigma hospitalocêntrico – formação e crise

Inicialmente, a política pública de saúde mental foi ancorada juridicamente em instrumentos normativos de uso exclusivo do Poder Executivo – os Decretos Imperiais. Isso demonstra que nos primórdios da política, a orientação era exclusivamente dada pelo Executivo, de forma centralizada, com pouca ou nenhuma participação popular. Segundo Delgado (1992), o modelo de atenção à saúde mental adotado se aproximava do Europeu pineliano, cujo tratamento ocorria no dispositivo central conhecido como Hospício. Assim, as primeiras leis nacionais (Decretos Imperiais) tratam de regulamentar a existência deste dispositivo.

O primeiro marco legislativo sobre assistência psiquiátrica e direitos dos doentes mentais no Brasil foi o Decreto Imperial de 18 de julho de 1841 e cerca de 16 outros decretos regularam o tema até desembocarem no Decreto n. 24.559 de 3 de julho de 1934, o qual fora revogado apenas em 1990 (BRASIL, 1934, *online*), pelo Decreto n. 99678. Desses, os mais importantes para compreender a história normativa do tratamento à loucura são: a) o de 18 de julho de 1841, responsável por fundar o Hospício de Pedro Segundo; b) o de 4 de dezembro de 1852, que estabelece os Estatutos do Hospício e c) o de 11 de janeiro 1890, que inaugura o Hospício Nacional de Alienados, hospital autônomo, desanexado pela lei da Santa Casa de Misericórdia. Estes documentos legislativos retratam como ocorreu a instalação no país do cuidado médico da loucura por meio dos Hospícios - instituições específicas, reguladas e mantidas pelo Estado (DELGADO, 1992).

Com os alicerces institucionais estabelecidos, prosseguiu-se com a formulação do estatuto jurídico do louco, cujo objetivo era protegê-lo e proteger dele a sociedade. A lógica de atendimento estatal direcionada a um hospício – lugar de custódia do Louco – pressupunha sua periculosidade e sua incapacidade, o que justificaria a necessidade de isolamento. Em seguida, o modelo é fortalecido por meio de outros três instrumentos, em textos normativos distintos: o **laudo médico** – o que faz do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido (MACHADO, 1978, p. 484 *apud* DELGADO, 1992, p. 204); a **guarda dos bens** do alienado, em que se observa o estigma da incapacidade civil do louco, que é uma das principais características deste modelo; e o **manicômio judiciário**, dispositivo onde a periculosidade inerente aos loucos é tratada.

Neste momento, seria necessário diferenciar o louco-alienado do louco-psicopata, o que reforçaria ainda mais o poder psiquiátrico representado pelas perícias médicas. O

desdobramento legislativo dessa necessidade culminou no Decreto 5184-A de 10 de janeiro de 1927, o qual reorganiza a Assistência a Psychopathas no Distrito Federal. A legislação seguinte, o Decreto n. 2232 de 22 de dezembro de 1903, por sua vez, antecipa três elementos que serão institucionalizados pelo Decreto de 1934. São eles: a explicitação de mecanismos legais de proteção à pessoa e aos bens do alienado, a inovação do estatuto da capacidade limitada, e a obrigatoriedade da interdição do alienado – instrumentos jurídicos que atestariam a incapacidade genérica dos loucos.

Com o binômio incapacidade/periculosidade, estabelecido e reforçado pela centralidade do poder dado ao psiquiatra através do laudo médico, o principal instrumento normativo que versa sobre a política pública de saúde mental é elaborado – trata-se do Decreto-lei n. 24.559 de 3 de julho de 1934. Quanto a este documento, Delgado declara que a “alma do decreto é a tutela das pessoas e dos bens, como componente recomendável e essencial ao cuidado, ele próprio de dupla natureza: médico e jurídico” (1992, p. 211). Nesse sentido, os manicômios, portanto, eram o lugar social, jurídico, e político do louco – lugar de exclusão e normalização.

O Decreto tinha como finalidades dispor sobre a profilaxia mental, a assistência, e a proteção à pessoa e aos bens do psicopata, além da fiscalização dos serviços psiquiátricos. Salta aos olhos em um primeiro momento a nomenclatura utilizada para designar a quem se destinava a lei: os psicopatas. Estes teriam direito apenas ao tratamento, à inviolabilidade de correspondência e, quando internados, se desejosos de alta, poderiam exigir novo exame de sanidade mental.

O tema de maior abordagem na norma é a forma de tratamento. Baseado na medicina social e nos modernos [em 1934] preceitos em psiquiatria, o tratamento consistia em internação em estabelecimentos psiquiátricos públicos ou particulares destinados aos psicopatas. Haveria a proibição expressa em mantê-los em hospitais gerais. Permitia-se o tratamento domiciliar, porém, a quantidade de enfermos em um mesmo domicílio não poderia ser superior a três. Tal forma de tratamento era desestimulada pela norma ao afirmar que se por qualquer motivo for inconveniente a manutenção do psicopata em domicílio, ele deverá ser removido para estabelecimento psiquiátrico (BRASIL, 1934, *online*).

Como o tratamento é prioritariamente realizado em estabelecimento psiquiátrico, a norma trata de conceituá-lo: “os que se destinarem a hospitalização de doentes mentais, asilo de velhos, casas de educação e outros estabelecimentos de assistência social” (BRASIL, 1934, *online*). Estes estabelecimentos deverão estar instalados em edifícios adequados, em

dependências que permitam a separação dos sexos e diferenças entre as reações psicopáticas e a possibilidade de vida e ocupação ao ar livre, além de dispor dos recursos técnicos adequados ao tratamento dos enfermos. A norma detalha as regras para abertura deste tipo de estabelecimento e define os regimes de internação – aberto, fechado ou misto.

Para ser hospitalizado, o paciente deve ser imediatamente examinado pelo médico de plantão que elaborará nota clínica minuciosa sobre o estado mental do internado, ressaltando a natureza das suas reações perigosas evidentes ou **presumíveis** (Ibidem, *online* sem realce no original). Além de determinar o estado mental do internado, o relatório médico é responsável por declarar a incapacidade jurídica do indivíduo, que poderá ser relativa ou absoluta para o exercício pessoal dos atos da vida civil. Uma vez internado e declarado incapaz, a proteção do doente mental será assegurado pelos familiares, responsável legal, ou pelo médico diretor do estabelecimento.

Se a internação durar até 90 dias, os atos de administração e disposição de bens só poderá ser praticado por intermédio das pessoas definidas pela lei civil (Código Civil de 1916) e dependerão de prévia autorização judicial. Ultrapassado este período, com a persistência da doença mental e a existência de patrimônio, haverá a nomeação de um administrador provisório, cujo exercício será de dois anos, salvo se não for mais conveniente a interdição imediata com a consequente nomeação de curador. Após dois anos sem a possibilidade de o psicopata retomar sua capacidade civil, a interdição será decretada, e sua promoção será realizada obrigatoriamente pelo Ministério Público.

Pelo descrito brevemente pelo decreto, temos que a assistência à saúde mental se tratava 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 este ficava silenciado e invisível. Era apenas um corpo/mente doente. Este caminho resultava, invariavelmente, na supressão da liberdade, na submissão a tratamentos mentais – e morais – em instituições totais, cujas principais características, segundo Goffman (1961), seriam a mortificação do eu, o isolamento e a exclusão social.

Ademais, se depreende dos instrumentos normativos que as representações sociais sobre o louco e a loucura descritos na política de saúde mental à época são construídas a partir do binômio periculosidade/incapacidade. A conclusão lógica é que o modelo de cuidado deve centralizar o atendimento em um único lugar – o hospital psiquiátrico – local em que o protagonista seria o psiquiatra, cujo poder/saber inaugura o *status* de incapacidade civil e a razão de ser do tratamento visa proteger o próprio indivíduo e a própria sociedade. Logo,

modelo hospitalocêntrico, poder psiquiátrico, incapacidade e periculosidade, seriam conceitos indissociáveis e umbilicalmente ligados entre si.

O Decreto de 1934 foi revogado em 1990 e durante 56 anos essas foram as regras que prevaleceram: tratamento hospitalar baseado na internação de longa permanência em instituições predominantemente privadas, mantidas através de repasses do poder público. Pouco se sabia sobre o quantitativo de pessoas internadas, a taxa de recuperação desses indivíduos, o tempo médio de internação. No fim da década de 70 e início da década de 80, os questionamentos quanto a efetividade e a qualidade do tratamento ofertado se intensificaram em decorrência de denúncias de maus tratos aos internos e das péssimas condições de trabalho nestes locais, que começaram a vir a público. Nesse contexto, a questão da saúde mental no país passou a figurar na agenda dos movimentos sociais que visavam, além da redemocratização do país, a reestruturação da saúde pública.

Assim, durante o processo de redemocratização do país, no início da década de 80, dados relativos à saúde mental foram levantados e ajudaram a esboçar a nova política de saúde mental. Dados de 1983 confirmam a tendência de exclusão ocasionada pela assistência à saúde mental. Neles, há a descrição da rede de atenção à saúde mental existente como predominantemente asilar e com tendências à institucionalização dos pacientes. Havia uma taxa de permanência de 54,3 dias de internação, quando o preconizado pelo Conselho Nacional de Administração da Previdência Social à época era de 36,5 dias. De acordo com o Cadastro de Estabelecimento de Saúde (BRASIL, 1988), os leitos de internação pertenciam predominantemente ao setor privado (75%), sendo que 96% dos recursos gastos pelo INAMPS em serviços de terceiros na área de psiquiatria foram utilizados para a assistência hospitalar e somente 4% para a assistência ambulatorial (PROGRAMA DE REORIENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA - MPAS, 1983 apud BRASIL, 1988, p. 37).

Simultaneamente, assistia-se a uma redução dos gastos públicos reais no setor de saúde. A diminuição foi da ordem de 25% entre 1980 e 1983 (CONASS apud BRASIL, 1988). O aumento da privatização da saúde levou ao fortalecimento econômico das empresas privadas de saúde e ao progressivo “aviltamento das condições de trabalho e de remuneração dos profissionais de saúde e, sobretudo, à deterioração dos serviços de atenção à saúde postos à disposição da esmagadora maioria da população brasileira ” (BRASIL, 1988, p.37).

O cenário de privatização, concentração de recursos em serviços hospitalares, redução do investimento público na área da saúde, piora no serviço de saúde prestado à população e a

precarização das condições de trabalho, foi o que incentivou o surgimento do movimento social conhecido como Reforma Psiquiátrica.

1.2 A estabilização conceitual e metodológica de um novo paradigma: A primeira fase do paradigma psicossocial (1987-1989)

Em 1978, segundo Amarante (2020), a Reforma Psiquiátrica é iniciada com a formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), após a crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão responsável pela formulação das políticas públicas de Saúde Mental da época). A crise ocorreu devido à denúncia feita por três médicos sobre “irregularidades, maus tratos e violências contra os internos” (AMARANTE, 2020, p. 28) do Centro Psiquiátrico Pedro II.

Na década de 80, conta Amarante (2020), as aspirações democráticas inspiradas pelo contexto social da época - o delineamento inicial do Sistema Único de Saúde (SUS) e reivindicação social por eleições diretas, materializadas na campanha “Diretas Já” – repercutem na área da saúde através da convocação de uma conferência nacional e popular de saúde. Essa conferência pretendia envolver a sociedade na construção e acompanhamento das políticas públicas de saúde, a partir de uma grande consulta popular, contexto em que a 8ª Conferência de Saúde é realizada.

A 8ª Conferência tem como desdobramentos o II Congresso Nacional do MTSM, conhecido como Congresso de Bauru, e a I Conferência Nacional de Saúde Mental. O Congresso transforma as estratégias e propósitos do movimento, que abandona a expressão movimento de trabalhadores e passa a se identificar como movimento social. Nasce então o Movimento Social por uma Sociedade Sem Manicômios, que passa a agregar pacientes (que serão chamados de usuários do serviço), seus familiares, e outros ativistas e militantes de movimentos sociais diversos e “abrange o objetivo do movimento a mudanças na sociedade quanto a forma de pensar a loucura, o transtorno mental, a diversidade e a diferença” (AMARANTE, 2020, p. 49).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi um espaço de reunião de diferentes:

[...] categorias profissionais, partidos políticos, entidades religiosas, instituições privadas, associações de usuários, instituições de ensino e demais segmentos da sociedade para que num esforço coletivo, viabilizem o intercâmbio de informações para a melhoria da qualidade assistencial, num processo participativo e democrático (BRASIL, 1988, p. 9).

Todos estes atores acreditavam que a política nacional de saúde mental deveria estar integrada à política nacional de desenvolvimento social do Governo Federal, daí a importância de sua convocação.

Nela fica delineada a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos, além do credenciamento e instalação de novos leitos psiquiátricos. Há a previsão da redução progressiva destes e sua substituição por leitos em hospitais gerais públicos ou serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica. Fica estabelecido a criação de um programa de reinserção da população internada por longos períodos, partindo-se para a criação de espaços de habitação cogeadas e integradas aos serviços extra-hospitalares de saúde mental.

Para além das modificações quanto à assistência, a Conferência busca resgatar a cidadania dos portadores de transtorno mental. Para isso, sugere à constituinte: a condição de cidadania plena ao indivíduo considerado doente mental e a revisão da legislação ordinária em vigor – no Direito Civil, Sanitário, Trabalhista, Previdenciário, Penal... – e, especificamente, a revisão do Decreto n. 24.559 de 3 de julho de 1934. Especificamente sobre a reformulação da legislação civil, há a exigência da modificação das questões relativas às interdições cujo uso deve ser restrito apenas à hipótese de ameaça aos bens públicos ou próprios, perigo de agressão física, e aos estados de incapacidade civil (“aos loucos de todo gênero”²).

Quanto à internação psiquiátrica, a Conferência determina que não deverá ser ato obrigatório do tratamento psiquiátrico, devendo ser estabelecidos critérios da internação, envolvendo, neste ato, a defensoria pública, comissões multiprofissionais e a participação de setores organizados da comunidade, definindo o caráter dessa internação e o seu tempo de duração, revisado periodicamente, sugerindo a regulamentação de uma lei onde fique estabelecido os direitos do paciente internado (BRASIL, 1988).

A I CNSM têm como resultados principais a orientação de que os trabalhadores de saúde mental em conjunto com a sociedade civil redirecionem suas práticas para lutar por melhores condições institucionais, combater a psiquiatrização do social, buscar a democratização das instituições e unidades de saúde. Reforça a importância da participação da população na elaboração e implementação das políticas públicas de saúde mental e, por fim, define como prioritário o investimento em serviços extra hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica.

² Forma como o Código Civil de 1916 – revogado apenas em 2002 – se referia às pessoas em sofrimento psíquico.

Os temas levantados e desenvolvidos nessa Conferência serão determinantes para a construção da política pública de saúde mental em vigor nos dias de hoje. Muitas reflexões trazidas nela serão internalizadas tanto pelo Projeto de Lei n. 3657/89, conhecido como Projeto Paulo Delgado, quanto no texto aprovado na Lei n. 10.216/2001, como veremos adiante. Antes de virar lei, no entanto, algumas experiências práticas na forma de assistência foram experimentadas - o primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) surgiu em 1987 e o primeiro NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) em 1989, experiências distintas que serão fundamentais para a reforma psiquiátrica brasileira.

O primeiro CAPS foi projetado pela Coordenadoria Estadual de Saúde Mental de São Paulo e é definido como uma estrutura intermediária ente o hospital e a comunidade, que oferece às pessoas:

[...] um espaço institucional que buscasse entendê-las e instrumentalizá-las para o exercício da vida civil”. Trata-se, portanto, de uma “rede assistencial externa intermediária, não-cronificante e não burocratizada, ligada à sociedade e à comunidade, quando é ressaltada a cronificação do hospital e a burocratização dos serviços externos (AMARANTE, 2020, p. 52).

O CAPS corresponde, assim, a um “filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária, de cunho desburocratizante e de caráter multiprofissional” (CSM/SP, 1987, apud AMARANTE, 2020, p.52-53). Este serviço funcionava 8h por dia, 5 dias por semana e o critério de elegibilidade são pessoas socialmente invalidadas, com patologias de maior complexidade e pessoas que tenham enveredado por um circuito de cronificação (Ibidem, 2020).

Posterior à promulgação da Constituição Federal de 88, em um contexto de desmonte das estruturas manicomial, o projeto dos NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) se desenvolve como uma rede de serviços integrada a estratégias e dispositivos, falando-se pela primeira vez em **serviços substitutivos**. A primeira experiência de uma **rede substitutiva** foi desenvolvida na Cidade de Santos onde:

[...] foram criados cinco Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), abertos 24 horas, distribuídos por critérios de regionalização em toda dimensão da cidade; um serviço de emergência psiquiátrica no hospital geral; [...] com rádio e TV comunitária; uma residência para ex-internos do hospital [Anchieta, associado a uma Cooperativa de trabalho] para geração de renda para os usuários (NAPS, 1989; ROBORTELLA; 1991; NICÁCIO, 1994; KINKER, 1997; REIS, 1998; BRAGA e MAIEROVITCH, orgs., 2000 apud AMARANTE, 2020, p. 55).

Foi a partir dessa experiência bem sucedida que se percebeu ser possível o cuidado em saúde mental fora da estrutura hospitalar.

Os NAPS em si tinham como objetivo a desconstrução do manicômio, produzindo um novo projeto em Saúde Mental, cujo objetivo institucional visava não segregar, não excluir, e não cronificar. O objetivo era criar uma nova ética de trabalho, na qual a lógica de assistência seria superada e se desenvolvesse uma lógica de produção de saúde. Para atingir seu objetivo, a regionalização era o ponto de partida para a mudança de perspectiva, pois permitia o trabalho na região, conhecer suas necessidades e demandas, intervir e interagir com as organizações institucionais locais, dialogar com a comunidade de modo aos NAPS se transformarem em um ponto de referência de acesso real aos serviços de saúde.

Outra estratégia era a existência de um projeto terapêutico que envolvia “cuidar de uma pessoa, fazer-se responsável, evitar o abandono, atender à crise e responsabilizar-se pela demanda” (AMARANTE, 2020, p. 60). Por isso, o funcionamento dos NAPS era integral, 24 horas por dia, 7 dias por semana, com um conjunto de recursos que incluía a oferta de seis leitos. É a partir desses princípios que o NAPS pretende torna-se um serviço envolvido na criação de uma rede substitutiva à internação.

O Movimento Social, as experiências práticas em São Paulo e em Santos, as Conferências em Saúde, inspiraram o Projeto de Lei n. 3.657/89 apresentado na Câmara pelo Deputado Paulo Delgado, que visava a “extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (BRASIL, 1989, *online*).

O projeto de lei proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação de novos leitos. Prevê que essa redução deveria ser feita de forma gradual nas regiões onde não houver estrutura ambulatorial adequada. Incumbe às administrações regionais a instalação e funcionamento de recursos não-manicomiais de atendimento, tendo o prazo de um ano para apresentar as comissões de saúde o planejamento e cronograma da implantação dos novos recursos técnicos de atendimento (Ibidem, *online*).

Quanto à internação, ela será compulsória, ou seja, quando não houver desejo expresso do paciente na internação em qualquer tipo de serviço de saúde, conforme definição legal. Toda internação compulsória deve ser informada à preferencialmente a Defensoria Pública, ou a outra autoridade judiciária, em um prazo de 24 horas, que emitirá parecer após oitiva do paciente, médicos, equipe técnica e familiares, sobre a legalidade do ato. Incumbiria também à Defensoria Pública a realização de auditorias nos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado (Ibidem, *online*).

Na visão de Paulo Delgado, a lei por ele apresentada seria “cautelosa, quase conservadora”, e pretenderia, apenas, “melhorar o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde e proteger em parte os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos” (BRASIL, 1991). Com rápida tramitação na Câmara, a lei foi aprovada sem modificações consideráveis. No entanto, ao chegar no Senado (PL n. 08/1991) foi alvo de severas críticas, sofrendo modificações substanciais em seu texto até a aprovação final em 2001.

1.3 A normalização (ou normatização) e implementação: A segunda fase do paradigma psicossocial (1990-2000)

O Projeto de Lei aprovado na Câmara, segundo Amarante (2020), repercutiu no cenário internacional e chamou atenção de organismos internacionais que, em 1990, sob o comando da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), convocaram a Conferência sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região, ocorrida em Caracas, na Venezuela. Como resultado da conferência foi elaborada a Declaração de Caracas, da qual o Brasil é signatário.

A declaração parte de dois pressupostos básicos: a) que a assistência psiquiátrica convencional não é compatível com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo, e preventivo e que b) o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial gera incapacidade social, por isolar o paciente de seu meio, põe em perigo os direitos humanos e civis do enfermo, concentra a maior parte dos recursos humanos e financeiros, ensina de forma insuficiente a seus profissionais as necessidades de saúde mental das populações, serviços de saúde, e outros setores (OPAS, 1990).

Com base nestas constatações, declara que a reestruturação da assistência psiquiátrica na Região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação dos serviços. O tratamento, por sua vez, deve salvaguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis, propiciando a permanência do enfermo em seu meio comunitário. Diante disso, sugere que as legislações dos países sejam ajustadas para assegurar o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais, com promoção aos serviços comunitários e capacitação dos recursos humanos em saúde mental para a atuação em tais serviços e que a internação psiquiátrica seja realizada em hospitais gerais (OPAS, 1990).

Observa-se, no entanto, que tanto no Projeto Paulo Delgado quanto na Declaração de Caracas, o foco é o tipo de tratamento, com ênfase crítica ao local em que é realizado. Porém,

o seu direito não pode ficar adstrito apenas à forma como irão tratá-lo, envolve outros aspectos, tais como discutidos nas Conferências de Saúde e vivenciado nos CAPS/NAPS. As leis, no entanto, são omissas sobre quais os direitos do portador de transtorno psíquico. Assim, de forma complementar, em 1991 a ONU elabora o documento “A Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental” (ONU, 1991).

Este documento descreve as liberdades fundamentais e direitos básicos das pessoas acometidas de transtorno mental, tais como: o direito à melhor assistência disponível à saúde mental, ser tratado com humanidade e ter sua dignidade respeitada. Declara que eles têm direito de exercer todos os direitos políticos, econômicos, sociais e culturais. Estabelece critérios para a perda da capacidade civil. Reforça o direito de viver e trabalhar em comunidade. Estabelece que, quando o tratamento for realizado em um estabelecimento de saúde mental, o usuário terá o direito sempre que possível de ser tratado próximo à sua residência, ou à de parentes e amigos, e terá ainda o direito de retornar à comunidade o mais breve possível. O tratamento deve ser o menos restritivo e invasivo possível, com plano individualizado e direcionado à preservação e aumento de sua autonomia pessoal. Além disso, define parâmetros para a admissão voluntária e involuntária em estabelecimento de saúde mental, dispõe sobre as interfaces entre saúde mental e delitos, e finaliza com o direito de acesso à informação (ONU, 1991).

No âmbito interno, importantes mudanças no Ministério da Saúde acontecem durante os anos de 1990 e 1991. As principais delas são a extinção da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e a criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental, que, conforme Borges e Baptista (2008), tem como primeiro coordenador um funcionário de carreira do Ministério da Saúde e militante da reforma psiquiátrica. O coordenador possui forte articulação política tanto interna quanto externamente ao Ministério da Saúde e organiza os atores na discussão da política de saúde mental em três grandes eixos.

O primeiro consiste na constituição de grupos de trabalhos, parcerias que, juntas, culminam na II CNSM. O segundo seria a articulação política promovida em torno do Projeto de Lei n. 3.657/89, o que possibilitou a explicitação de personagens, grupos de interesse e o desenvolvimento de propostas de atuação política. O terceiro é relativo à organização da assistência hospitalar, cujo enfoque na desospitalização, fundamentava ações de avaliação e acreditação hospitalar.

O primeiro documento normativo nesse sentido foi editado em 1991: a Portaria SNAS n. 189/91 e, conforme Borges e Baptista, ela “normatizava grupos de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) possibilitando o custeio de ações e serviços alternativos” (2008, p. 459). A principal modificação trazida por essa portaria diz respeito ao **financiamento** de novos dispositivos de cuidado em saúde mental.

Ao modificar o financiamento, essa Portaria permite a abertura da política em quatro linhas de atuação:

- a) qualificação/desospitalização – com o objetivo de melhorar as condições hospitalares e ao mesmo tempo induzir a desospitalização, a partir da qualificação, acreditação e descredenciamento das unidades não qualificadas. Para os acreditados é previsto reajuste de pagamento diferenciado. (BORGES; BAPTISTA, 2008);
- b) avaliação – é composta por duas portarias - Portaria SAS n. 63/93 e Portaria SAS n. 145/94 - que subsidiam a qualificação e a desospitalização alimentando os sistemas de informação ambulatorial (SIA) e hospitalar (SIH) , por meio da elaboração de indicadores e de relatórios. Elas também criam grupos de avaliação a partir da inspeção das condições sanitárias de ambulatórios e hospitais, priorizando os últimos, cuja seleção ocorre por denúncias, solicitações, ou sorteio, com aplicação das sanções (BORGES; BAPTISTA, 2008);
- c) Autorização de Internação Hospitalar (AIH) - Portaria SAS n. 22/94 e Portaria SAS n. 119/96. Visam a regulamentação da sistemática de pagamento de AIH, determinando sobre duração de internação e prazos. Para Borges e Baptista (2008), este é um ramo menos expressivo, mas que traz implicações importantes para o manejo das internações, e, assim como a avaliação, é diretamente relacionada com o processo de qualificação e desospitalização;
- d) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). Composta pela Portaria SNAS n. 189/91 e Portaria SNAS n. 224/92. Que, respectivamente, aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS na área de Saúde Mental e incluem e regulamentam o NAPS/CAPS como dispositivo de cuidado em saúde mental. Alertam Borges e Baptista (2008) que o pequeno desdobramento desta linhagem neste momento pode ser atribuído ao fato

de o SUS ainda não dispor de recursos significativos para a implantação de novas unidades, garantindo apenas custeio.

Para Amarante (2020) as portarias Portaria SNAS n. 189/91 e Portaria SNAS n. 224/92 abriam a possibilidade de grande expansão destes serviços, mas em contrapartida, provocaram uma padronização das experiências. Apesar de dispositivos inseridos na lógica do paradigma psicossocial, o CAPS é descrito como um serviço intermediário entre o hospital e a comunidade, cujo objetivo é a construção de uma rede de prestação de serviços comunitária com apoio multidisciplinar e desburocratizada.

Os NAPS, por outro lado, visavam a desconstrução do manicômio a partir da instauração de um novo projeto de cuidado em saúde mental pautado em uma ética de trabalho com vistas à produção de saúde, para além do cuidado assistencial. Para isso, o serviço abrangia várias dimensões de vida de seus usuários: a) na dimensão técnico-assistencial o serviço funcionava 24h, sua lógica era regionalizada e vinculada à emergência em hospital geral e contava com plano terapêutico individualizado; b) na dimensão sociocultural o serviço contava com dispositivos culturais como rádio e TV comunitárias, além de cooperativas de geração de renda e residências para ex-internos do hospital psiquiátrico.

As experiências proporcionadas pelos dispositivos são diferentes em proposta e abrangência de cuidado, mas a partir das portarias foram descritos como dispositivos semelhantes. Os CAPS/NAPS seriam um serviço intermediário entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, e não como um serviço substitutivo³ ao hospital psiquiátrico.

Apesar disso, a ideia era inovadora: regionalizada, adstrita a uma população, composta por equipe multiprofissional que trabalhariam em um ou dois turnos de 4 horas e que deveriam estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental. Podia se configurar como porta de entrada da rede de serviços relativos à saúde mental, além de atender pacientes referenciados de outros serviços de saúde, de urgências psiquiátricas ou egressos de internação hospitalar por meio de atendimentos individuais, em

³ A noção de serviço substitutivo pressupõe a superação do hospital psiquiátrico que será substituído por uma rede de serviços articuladas capazes de abranger o maior número de dimensões de vida (cultural, social, assistencial...) com vistas à produção de saúde do indivíduo em sofrimento psíquico. A ideia é fragmentar tratamento unidimensional realizado nos manicômios e substituir por uma rede de serviço e apoio multiprofissional e multidimensional. Por isso, a terminologia adotada pela Portaria sugere que, por ser um serviço intermediário ao invés de substitutivo, a estrutura hospitalar permanece como um ponto de apoio à rede de atenção ao invés de ser substituído tal como idealizado pela Reforma.

grupo, atividades socioterapicas, atendimento familiar, e atividades comunitárias com enfoque na integração do doente mental na comunidade e sua inserção social.

Nessa fase da política ainda não há o desenho de uma rede assistencial com diferentes níveis de complexidade e territorializada, tal como idealizado pela Reforma Psiquiátrica. Porém, ela fundava os alicerces da nova política pública de saúde mental ao efetuar alterações na forma de financiamento e no incentivo à desospitalização, alterações que “permitiram a construção de consensos e de legitimidade em torno da política de saúde mental” (BORGES; BAPTISTA, 2008. p. 461).

De toda sorte, a operacionalização legal desses dispositivos através das portarias regulamentadoras possibilitou rupturas fundamentais com o modelo paradigmático anterior (atenção manicomial-hospitalocêntrica) e permitiu avanços em direção ao novo paradigma a ser implementado (atenção psicossocial). Nos dizeres de Amarante (2020, p. 66), ele operou rupturas com:

- [...] - o método epistêmico da psiquiatria, centrado nas ciências naturais;
- o conceito de doença mental enquanto erro, desrazão, periculosidade;
- o princípio da instituição asilar como recurso terapêutico (o princípio pineliano do isolamento terapêutico), ainda hoje muito presente em velhas e “novas” instituições e serviços;
- os princípios do tratamento moral, atualmente presentes nas bases das terapêuticas normalizadoras.

Apesar das rupturas, a nova política pública de saúde mental estava longe de ser estabilizada. Do ponto de vista jurídico, sua regulamentação por meio de portarias era precária, visto que essas são facilmente revogadas pelo Poder Executivo, unilateralmente, conforme sua vontade. Era necessário, portanto, lutar por uma regulamentação mais sólida, mais consistente. Há que se recordar que em âmbito Federal, o Decreto de 1934 foi revogado em 1990, existindo em âmbito Estatal e Federal vácuo legislativo concernente à matéria.

Nesse contexto é convocada a II Conferência Nacional de Saúde direcionada pelos princípios da ação integral e cidadania. Nela, há a discussão do binômio saúde/doença, o qual é entendido a partir de duas perspectivas: como processo que fundamenta o direito ao tratamento e à organização de uma rede de atenção integral à saúde, e como qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito. No tocante à cidadania, para seu exercício seria necessário transformar a legislação em saúde mental, adequando-a aos preceitos de democratização do Estado.

Estabelece que em atenção aos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, e participação, a atenção integral deve abranger uma rede de serviços com o objetivo de **substituir** o modelo hospitalocêntrico. Essa rede deverá contar com leitos de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto socorro, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24h, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão.

Com objetivo de **desospitalizar** haveria a:

[...] intensificação dos programas públicos de lares abrigados e pensões protegidas, os quais deverão ser criados fora dos muros do hospital psiquiátrico, junto aos bairros, com a garantia de assessoria técnica por parte do setor público de saúde [...] devem transformar-se em verdadeiros laboratórios de produção de saúde e de vida, nos quais seja resgatada a história e a cidadania nos indivíduos (BRASIL, 1994, p.7).

No que diz respeito à **cidadania**, a primeira modificação sugerida consiste na substituição da terminologia “legislação psiquiátrica” por “legislação em saúde mental”, para ampliar o conceito de cidadania que passa a abarcar a subjetividade, o direito a vivenciar suas crises e que estas não sejam abordadas por métodos coercitivos. Estimula também a formação e a aprovação de uma nova legislação em saúde mental, através de instrumentos legais diferenciados, com vistas à: reestruturar a assistência, garantir direitos civis, modificar o *status* do louco no código penal, e descrever direitos dos usuários.

Ao final recomenda: a) a revogação do Decreto n. 24.559 de 3 de julho de 1934; b) a incorporação dos “Princípios para a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental” da ONU, aprovados em 17/12/1991; c) o apoio à elaboração de projetos de lei estaduais, o envolvimento do MP/ DP nas questões referentes à saúde mental; d) a aprovação de dispositivos legais que garantam a cidadania do doente mental e proíbam o uso de práticas violentas, tais como camisa de força, ECT (eletrochoque), medicação em excesso e psicocirurgia.

Após a II CNSM ficou encaminhado que as legislações em saúde mental em âmbito estadual seriam incentivadas. Com esse espírito, os Estados do Ceará, Distrito Federal, Minas Gerais e Espírito Santo, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Paraná, e Rio Grande do Sul elaboraram suas respectivas leis, compiladas na tabela abaixo.

Tabela 2 – Legislações Estaduais em Saúde Mental**LEGISLAÇÃO ESTADUAL****RIO GRANDE DO SUL – Lei 9.716 de 7 de agosto de 1992**

Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências. Tem seções específicas sobre a reforma psiquiátrica e sobre a rede de atenção integral, regula a internação psiquiátrica compulsória e veda a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos.

CEARÁ – Lei n. 12.151 de 29 de julho de 1993

Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências. Visa a substituição de leitos psiquiátricos até a total extinção dos hospitais psiquiátricos no Estado. As internações devem ser realizadas nos hospitais gerais. Fixa a base demográfica mínima para a atenção integral, em postos de saúde, na área de saúde mental. Prevê estratégias de desinstitucionalização para pacientes asilares.

PERNAMBUCO – Lei n. 11.064 de 16 de maio de 1994

Dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências. Define os direitos do cidadão; prevê a substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos pelos recursos assistenciais alternativos e proíbe a construção, ampliação, contratação ou financiamento de novos hospitais. Limita quais serviços psiquiátricos serão disponibilizados.

RIO GRANDE DO NORTE – Lei n. 6.758 de 4 de janeiro de 1995

Dispõe sobre a adequação dos hospitais psiquiátricos, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, construção de unidades psiquiátricas e dá outras providências. Proíbe a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, prevê a reavaliação de todos os existentes, permite obras para melhorias dos hospitais.

MINAS GERAIS - Lei n. 11.802 de 18 de janeiro de 1995

Dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências.

Estabelece a instalação de recursos alternativos para tratamento para inserção na família, trabalho e comunidade; prevê que os medicamentos só poderão ser usados para fins terapêuticos; proíbe práticas terapêuticas biológicas; proíbe o uso de celas forte, camisa-de-força e outros procedimentos violentos e desumanos; proíbe psicocirurgia e outros procedimentos que produzam efeitos orgânicos irreversíveis. Permite a construção de unidade psiquiátrica em hospital geral. Determina a internação psiquiátrica como último recurso terapêutico; prevê a reavaliação dos hospitais psiquiátricos para aferir sua adequação ao modelo de assistência; cria de lares abrigados, para reinserção na família de origem, adoção por familiares, incentiva a autonomia social e prevê a desativação gradual dos hospitais psiquiátricos.

PARANÁ – Lei n. 11.189 de 9 de novembro de 1995

Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais.

Regula a internação voluntária, exige laudo médico para a internação. Prevê novo modelo de atenção em saúde mental com gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico. Condiciona à aprovação do Conselho Estadual a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos. Fala em reavaliação dos Hospitais psiquiátricos para adequá-los ao modelo instituído.

DISTRITO FEDERAL - Lei n. 975 de 12 de dezembro de 1995

Fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências.

Define os direitos do cidadão; visa a redução progressiva de leitos e faz o redirecionamento de recursos para o desenvolvimento de outras modalidades médico-assistenciais, definindo o que são essas modalidades. Determina que os leitos psiquiátricos deverão ser extintos em 4 anos; proíbe a

autorização para a construção ou contratação de novos leitos. Proíbe a psicocirurgia e tratamentos invasivos e irreversíveis. Incentiva parcerias entre a Secretaria de Saúde, Cooperativas de Trabalho, associação de usuários e outros recursos comunitários. Estabelece um prazo para implementação Estabelece campanha sobre a Reforma Psiquiátrica e incentiva a divulgação da lei.

ESPÍRITO SANTO - Lei n. 5.267 de 10 de setembro de 1996

Dispõe sobre direitos fundamentais das pessoas consideradas doentes mentais e dá outras providências. Define os direitos fundamentais das pessoas consideradas doentes mentais, Regulamenta as internações compulsórias. Prevê a implementação de serviços intermediários para extinção gradual de leitos manicomial com transferência de recursos da internação integral para a rede de serviços, elencando-os. Prevê plano de divulgação da lei.

Fonte: Elaborada pela autora

Em comum, todas preveem a substituição progressiva da assistência no hospital psiquiátrico por outros dispositivos/serviços, incentivam a construção de centros de atenção diária, recomendam que a internação, quando necessária, seja realizada em leitos em hospitais gerais, regulamentam a notificação de internações involuntárias e dispõem sobre os direitos das pessoas com transtorno mental (MS, 2004). A partir das leis Estaduais consensos ao redor da política de saúde mental começam a ser delineados pela Federação.

Esse período de intensa produção legislativa e executiva é substituído por um período de latência (BORGES; BAPTISTA, 2008). Para as autoras, uma série de fatores incentivou a escassez legislativa do período entre 1997 e 1999. O primeiro deles seria mudanças ocorridas no Ministério da Saúde: em 1996 o então coordenador deixa o cargo e um novo Ministro da Saúde passa a comandar a pasta. Este novo Ministro efetua mudanças na estrutura do Ministério da Saúde, alocando a coordenação nacional de saúde mental na nova Secretaria de Políticas de Saúde cujo caráter consultivo estanca o poder de articulação interno e externo existente na coordenadoria.

Apesar disso, a coordenação se manteve sob o comando de um militante da reforma psiquiátrica, o que permitiu a manutenção da coerência interna da política, o principal fruto do trabalho realizado, cujo fruto neste período resultou na Portaria GM n. 1.220/00, que faz a inclusão na tabela SIA do Serviço Residencial Terapêutico e do código para cuidador em saúde (BORGES; BAPTISTA, 2008). Enquanto dispositivo assistencial, os Serviços Residenciais Terapêuticos surgem como moradias 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 - que viabilizem a inserção social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, *online*).

Definidos como “uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de dois anos ou mais ininterruptos”, estes serviços deveriam acolher pessoas com

internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, sendo que “cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental” (Ibidem, 2000, *online*). É reforçado o aspecto de desospitalização que permeia a política.

Ademais, outros frutos deste triênio seriam a Portaria GM n. 1.077/99 - que implanta o Programa para Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental e constitui um grupo técnico assessor para avaliar o impacto na reestruturação do modelo de atenção - e a Lei n. 9.867/99 - que cria as Cooperativas Sociais. Estas visavam a reintegração social dos cidadãos, em especial os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos, permitindo sua associação na forma cooperada com regulamentação de instalação, jornada e horários próprios com o objetivo de aumentar-lhes a produtividade e a independência econômica e social (BRASIL, 1999, *online*).

Concomitantemente às alterações políticas no Ministério da Saúde, à articulação do movimento social representada pelo II CNSM, às portarias e leis editadas no decênio de 1990 a 1999, tramitava no senado o projeto de Lei n. 3657/89, cujo debate acompanhava as articulações e acordos políticos realizados sob os alicerces normativos então existentes. Em 2000, nova estrutura ministerial foi adotada – o novo coordenador auxiliou na formulação do PL Paulo Delgado - o que alavancou politicamente a área de Saúde Mental.

A política pública de saúde mental será estabilizada em nível federal a partir da promulgação da Lei n. 10.216 e, junto com as leis estaduais e as portarias ministeriais formam o microssistema legal que ancoram a nova política de saúde mental. Apontam Borges e Baptista (2008) que enquanto no começo da década de 1990 o discurso oficial voltava-se para a qualificação da assistência psiquiátrica, no período posterior à 2001 o discurso pretende constituir uma rede de cuidado em saúde mental, a partir do desenho de um novo modelo assistencial que já estava em curso, sendo o texto da Lei n. 10.216/01 fundamental para a normalização do paradigma delineado.

1.4 A Rede de Atenção Psicossocial (2001-2015): Terceira Fase

A terceira fase do paradigma psicossocial é inaugurada pela aprovação da Lei n. 10.216 em 06 de abril de 2001 e será o alicerce normativo da Reforma Psiquiátrica no país no nível Federal. A lei aprovada redireciona o modelo assistencial em saúde mental e dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Da epígrafe observa-se duas importantes inovações: a) a lei inaugura um novo *status* social para as pessoas portadoras de transtornos mentais que agora são consideradas sujeitos de direitos e devem ser protegidas, b) inaugurando um novo modelo de assistência, combinando elementos da assistência comunitária e da hospitalar.

O primeiro assunto tratado na lei assegura os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, que não podem sofrer nenhum tipo de discriminação. Além disso, elas devem ser cientificadas dos seus direitos nos atendimentos em saúde mental. O rol exemplificativo de direitos abrange: ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, ser tratada com vistas à recuperação com a reinserção na família, trabalho e comunidade, em ambiente terapêutico, com preferência aos serviços comunitários e pelos meios menos invasivos possíveis.

A internação permanece como possibilidade de tratamento⁴, porém só será indicada quando os recursos extra hospitalares forem insuficientes; é previsto, nesses casos, o direito à presença médica para esclarecer a necessidade ou não da hospitalização involuntária, que só será realizada por meio de laudo médico circunstanciado. Nessa modalidade de internação, a participação do Ministério Público é obrigatória e a comunicação deve ser feita em 72h.

A finalidade de tal tratamento, independente da modalidade da internação - voluntária, involuntária ou compulsória- será a reinserção social e deverá ser realizada por equipe multiprofissional. Há a vedação expressa⁵ à internação em instituições com características

⁴ O texto deste artigo revela, parcialmente, os meandros do acordo político: a escrita genérica do artigo autoriza a internação (não necessariamente em hospitais psiquiátricos). As portarias editadas posteriormente indicarão que as internações deverão ocorrer preferencialmente nas enfermarias dos hospitais gerais, ou em CAPS III. Como o local da internação será definido por Portarias do Ministério da Saúde – as quais são modificadas conforme o direcionamento político-ideológico de quem comanda a coordenação de saúde mental da Pasta – as internações poderão voltar a serem realizadas em hospitais psiquiátricos (pois, estes voltarão a ser inseridos como dispositivos de atenção à saúde mental).

⁵ Ao vedar a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares ou seja, aquelas desprovidas de serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros, ele provoca a modernização do dispositivo hospital psiquiátrico que agora deve contar com equipe multiprofissional e o regime de internação deverá oferecer assistência integral, para que não seja considerado instituição asilar.

asilares, ou seja, instituições que não possuem equipe multiprofissional e seja inábil a garantir os direitos assegurados em lei.

A lei ainda versa sobre os pacientes institucionalizados (pacientes com longos períodos de internação com dependência do hospital devido a severidade do quadro clínico ou ausência de suporte social), os quais serão alvo de política pública específica. Este artigo foi regulamentado pelo Programa de Volta Pra Casa e complementado pelos atendimentos realizados nos serviços residenciais terapêuticos.

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 (2001, p. 34).

Por fim, é incumbido ao Conselho Nacional de Saúde a formação de comissão para o acompanhamento da implementação da Lei, sendo responsabilidade do Estado, da sociedade e da família desenvolver a política de saúde mental, a assistência e a promoção de ação aos portadores de transtorno mentais.

A partir dessa lei, a atenção à saúde mental deveria buscar a proteção da dignidade pessoal e dos direitos humanos e civis, ela se basearia em critérios tecnicamente adequados que propiciassem a permanência do enfermo em seu meio comunitário. 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. Percebe-se assim 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) em vistas à autonomia daquele sujeito acometido e diagnosticado com transtorno mental.

A partir da norma, a III Conferência Nacional de Saúde Mental é convocada para articular estratégias com o fito de efetivar o disposto na Lei. Segundo o texto do relatório final apresentado em 2002, para que a reforma psiquiátrica fosse efetiva, o processo de superação dos hospitais psiquiátricos deveria ocorrer de forma concomitante à criação da rede substitutiva. Com estes objetivos em mente, a atuação estratégica da Conferência seria

organizada em dois objetivos principais: a desospitalização e a expansão com qualidade da rede substitutiva.

Para realizar primeiro objetivo, a Conferência estabelece uma agenda de extinção dos hospitais até o final do ano de 2002, com a extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos até 2004. Havia urgência na extinção destes dispositivos pois à época, segundo dados da III CNSM, eles consumiam 88% dos recursos do SUS destinados a saúde mental. Essa agenda consolida o projeto de uma Sociedade sem Manicômios e conseqüentemente permite que outras formas de atenção integral à saúde do usuário são pensadas e propostas para substituir a estrutura anterior⁶. Uma vez fora das estruturas institucionais abre-se a possibilidade de discussão da inclusão da loucura na sociedade.

O segundo objetivo preocupava-se com a expansão de qualidade da rede substitutiva, em especial dos serviços prestados pelos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial). Para melhorá-lo é proposta a flexibilização do indicativo populacional escolhido como critério para sua criação. Além disso, quanto a construção da rede nos municípios, o relatório aponta que esta deveria ser composta por NAPS, leitos psiquiátricos em hospital geral (quando necessário), centros de convivência, centros de saúde, serviços de atenção à criança e ao adolescente, serviços residenciais terapêuticos e programas de geração de renda e trabalho.

Há também a exigência da reanálise da Portaria SNAS n. 224/92, para readequá-la à realidade da época, no que diz respeito ao número de leitos e de equipes mínimas. Por fim, requer também a abolição do eletrochoque, por ser considerado prática de punição, de suplício e de desrespeito aos direitos humanos, incompatível com os preceitos instituídos pela legislação vigente (BRASIL, 2002).

Paralelamente, as portarias expedidas pelo Ministério da Saúde no período de 2001 a 2004 reverberam a atuação da Conferência e expandem o desenho do modelo psicossocial, diversificando suas linhas de atuação em três principais frentes: a) fortalecimento da avaliação/desospitalização – com a criação do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (Portaria GM n. 52/04); b) desinstitucionalização, desenhada a partir do Programa De Volta para Casa⁷; c) e a expansão da rede CAPS (BORGES; BAPTISTA, 2008).

⁶ Daí o sentido do termo serviços substitutivos.

⁷ Regulamentado pela Lei n. 10.708, de 31.07.2003 e pelas Portaria n. 2.077/GM, e Portaria n. 2.078/GM, ambas de 31.10.2003.

O Programa de Volta pra Casa tem como objetivo garantir a reintegração social do paciente a partir da transferência de renda⁸. A possibilidade de ter renda pressupõe autonomia e capacidade de autogestão, o que afasta o estigma da incapacidade associada à loucura. Além disso, a continuidade do tratamento fora da instituição hospitalar, como nos Serviços Residenciais Terapêuticos, é condição obrigatória para que haja a concessão do benefício. Isso demonstra que o cuidado com o paciente vai além da ajuda financeira, e pressupõe adesão ao tratamento, com o apoio da sociedade e de integração social.

Quanto à expansão da rede CAPS, Borges e Baptista (2008) explicam que neste período há a aceleração da desospitalização e da expansão de serviços extra-hospitalares, marcada pela especialização dos dispositivos assistenciais (criação de CAPS I, II, III, i e ad), normatizados nas Portarias GM n. 336⁹ e SAS n. 189, ambas de 2002, as quais modificam a abrangência dos serviços substitutivos, reorganizando-os por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, criam mecanismos de financiamento próprios para a rede CAPS e incluem como procedimento na tabela da rede SIH-SUS o acolhimento em CAPS. Além disso, dispositivos não assistenciais como o Programa de Volta pra Casa e os Serviços Residenciais Terapêuticos serão importantes estratégias de desinstitucionalização.

Até 2004, as normas cuidavam da reestruturação da assistência tal como delineado pela Declaração de Caracas. E, de fato, de 1990 até 2004, a política pública de saúde mental foi se constituindo como um modelo assistencial complexo e integral, composto tanto por dispositivos assistenciais (CAPS, SRT) quanto não assistenciais (Programa de Volta pra Casa, Cooperativas Sociais), o que abre caminho para a construção de um cuidado em uma rede articulada. Contudo, apenas em 2011 que uma **rede de atenção psicossocial** será montada a partir da Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011: desdobramento normativo conquistado pela IV Conferência de Saúde Mental.

Convocada em 2010, a IV CNSM tem como objetivos “implementar, ampliar, consolidar e fortalecer a rede de serviços substitutivos em saúde mental em todo país” (BRASIL, 2010, p. 21). Para isso, os CAPS assumem a qualidade de dispositivo central e

⁸ 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.

⁹ Recapitulando: O redesenho da rede de saúde mental no Brasil teve início com a Portaria SNAS n. 189 de 19 de novembro de 1991 - marco inicial da reforma psiquiátrica no país. Em seguida veio Portaria SNAS n. 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 n. 336 de 19 de fevereiro de 2002.

estratégico da Reforma Psiquiátrica. Descritos como “dispositivo fundamental do modelo de atenção psicossocial substitutivo ao hospital psiquiátrico”, os CAPS assumirão a função de articulador da rede de serviços cuja atuação deve potencializar as parcerias intra e intersetoriais. De acordo com o Relatório Final da IV Conferência:

[...] Os CAPS serviços na comunidade, devem operar com atenção integral, de forma interdisciplinar e intersetorial, realizar apoio matricial, atuar de modo articulado com as demais políticas públicas, e não reproduzir práticas manicomial. É fundamental, também, que os CAPS garantam o acesso, com horário estendido e porta aberta, o acolhimento e cuidado à crise, a ambiência, a dispensação de medicação, e a realização de visitas domiciliares (BRASIL, 2010, p. 69).

Dessa forma, assume centralidade investir em sua efetiva implantação e funcionamento, garantindo condições de trabalho e infraestrutura adequada, tanto física quanto material, assim como os recursos humanos necessários, adequando-os às necessidades reais de cada município, de forma a elevar a cobertura assistencial em todos os Estados conforme a Lei n. 10.216/01. Para acelerar a implementação dos CAPS, o Relatório propõe alterações na portaria GM 336/2002, para ampliar as possibilidades de implantação dos CAPS:

[...] conforme as especificidades e necessidades regionais e/ou populacionais, considerando, como critério, os fatores epidemiológicos e sociais em saúde mental, e não apenas o índice populacional; revendo a proposta para composição das equipes mínimas; priorizando e definindo critérios para a atuação no território (Ibidem, p. 24).

Nota-se que essa reformulação dos critérios técnicos já era objeto de discussão desde a III CNSM.

No ano seguinte à IV Conferência e após quase 10 anos da publicação da Lei n. 10.216/01 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Centrada nas diretrizes de diversificação das estratégias de cuidado - com oferta de cuidado integral e assistência multidisciplinar sob a lógica interdisciplinar territorializadas e com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania - a RAPS tem como objetivos gerais ampliar o acesso à atenção psicossocial a partir da articulação e integração no território. Assim, 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.

Tabela 3 – Modalidade de CAPS por abrangência populacional e nível de complexidade

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

Fonte: Elaborada pela autora

Independentemente da modalidade de CAPS, 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 servem 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).

Tal como estipulado pela IV CNSM, os CAPS constituem-se em um dispositivo central e os demais se articulam e 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.

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, fato que 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, já que 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).

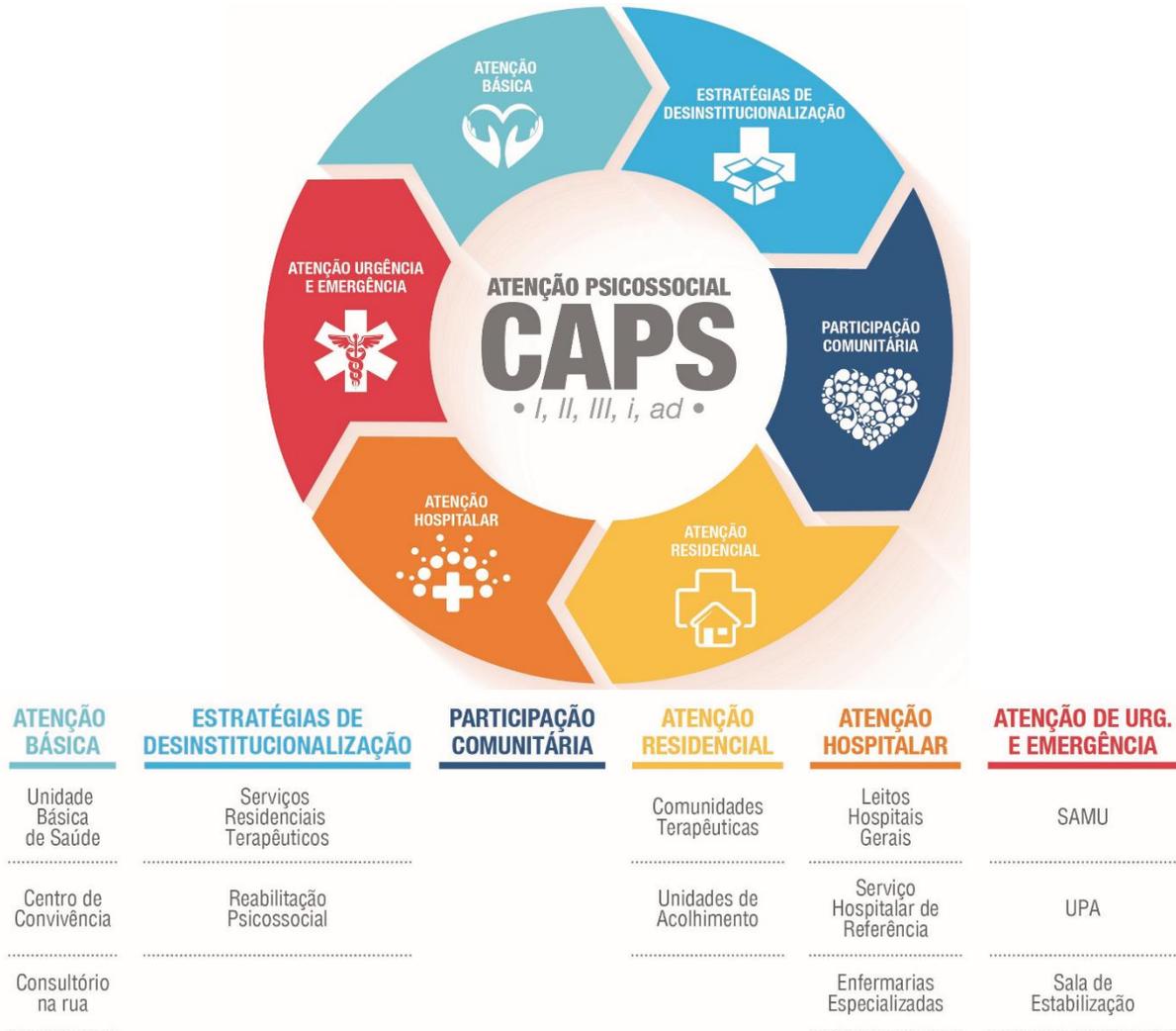
As outras estruturas que compõem esse nível de atenção são as enfermarias especializadas e os serviços hospitalares de referência. Os serviços ambulatoriais aos quais os usuários do CAPS são encaminhados após o fim do cuidado nos CAPS (o tratamento tem um momento para terminar, tendo em vista a evolução 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 os dispositivos são ambientes de cuidado contínuo de caráter residencial, sendo que 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 - e são divididas entre o público adulto e outra para o público infante-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. A esse respeito, o fluxograma abaixo ilustra didaticamente o exposto acima:

Figura 1 - A Rede de Atenção Psicossocial:



Fonte: Elaborada pela autora

Implícito ao tratamento comunitário há o reconhecimento da capacidade das pessoas em sofrimento psíquico. Diversos são os dispositivos legais que apontam neste sentido: as cooperativas sociais, que incentivam a autogestão por meio do trabalho cooperado; os serviços residenciais terapêuticos, que afastam o controle sobre os corpos característico das instituições totais e incentivam a autonomia e a gerência de vida sem tutela; o programa de volta para casa que confia uma renda mensal aos egressos de longa internação, propiciando a gestão de bens e valores. No entanto, a legislação civil concernente ao tema era um entrave: aos olhos da Lei, as pessoas com enfermidade mental (nomenclatura conforme o art. 3º do Código Civil/1916) eram consideradas absolutamente incapazes.

Em 2002 um novo Código Civil passou a vigor em substituição ao de 1916. No entanto, a teoria das incapacidades sofreu pouquíssimas alterações. A mais relevante foi a supressão da expressão “loucos de todo gênero” no texto do Código Civil de 2002, substituída por termos como “enfermidade ou deficiência mental” e “excepcionais sem desenvolvimento completo”. Apesar da mudança de nome, essas pessoas continuavam inseridas no rol dos absolutamente incapazes.

Ser considerado incapaz por lei, significa, na prática, não possuir **capacidade de fato** para exercer os atos da vida civil: não é permitido negociar, casar, comprar ou vender imóveis, abrir ou fechar empresas, testemunhar em juízo, abrir ou movimentar conta em bancos, dar quitação em recibos, gerir bens. Segundo Requião “independe a incapacidade de decretação judicial. Enquadrando-se o sujeito numa das hipóteses previstas no suporte fático normativo, é ele incapaz e, portanto, ao menos de algum modo limitado na prática dos seus atos” (2015, p. 30).

A modificação da incapacidade inerente à condição de saúde mental foi reivindicada em todas as Conferências Nacionais de Saúde Mental: era urgente dissociar a incapacidade da loucura. A abertura legal para que essa mudança ocorresse se deu por meio do Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009), que internalizou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Em 06 de julho de 2015, é instituída a Lei n. 13.146, conhecida como a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania (BRASIL, 2015a).

Esta lei, além de definir o que é deficiência e versar sobre desigualdade e não discriminação, modifica profundamente a teoria das incapacidades. As alterações trazidas pelo art. 84 do Estatuto asseguram o direito ao exercício da capacidade legal em igualdade de condição com as demais pessoas e, conseqüentemente, altera as regras da curatela e interdição.

Ao assegurar o exercício da capacidade legal, apenas os menores de 16 anos permanecem como absolutamente incapazes: é excluído do rol de pessoas absolutamente incapazes as pessoas “com enfermidade ou deficiência mental” e deslocado para o rol dos relativamente incapazes “os que, por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade”. Se

a capacidade é a regra, para retirar-lhe este status é necessário intervir judicialmente por meio da ação processual de interdição, a qual estabelece a curatela.

A curatela visa determinar os limites da incapacidade do sujeito para a prática de certos atos, bem como constituir um curador que venha a representá-lo ou assisti-lo nos atos jurídicos que venha a praticar. A partir do Estatuto, a curatela torna-se medida protetiva excepcional dirigida à proteção e dignificação da pessoa com deficiência. Conforme art. 84, §3º do EPD, a curatela deverá ser “proporcional às necessidades e às circunstâncias de cada caso, e durará o menor tempo possível”, isso representa a:

[...] obrigatoriedade da aplicação de *tailored measures*, que levem em conta as circunstâncias de cada caso concreto, afastando a tão comum saída, utilizada até então de forma quase total, de simples decretação da incapacidade absoluta com a limitação integral da capacidade do sujeito (REQUIÃO, 2015, p. 31).

Consequentemente, há maior “necessidade da exposição de motivos pelo magistrado, que agora terá, ainda mais, que justificar as razões pelas quais limita a capacidade do sujeito para a prática de certos atos” (REQUIÃO, 2015, p. 31).

Como a curatela é medida excepcional e a capacidade, ainda que relativa a depender do caso, é a regra, um modelo alternativo ao da curatela é apresentado: a tomada de decisão apoiada. Neste, por iniciativa da pessoa com deficiência, são nomeadas pelo menos duas pessoas idôneas “com as quais mantenha vínculos e que gozem de sua confiança, para prestar-lhe apoio na tomada de decisão sobre atos da vida civil, fornecendo-lhes os elementos e informações necessários para que possa exercer sua capacidade” (Ibidem, p. 32). Este modelo, explica Requião (2015), que o espaço de escolha do portador de transtorno mental é valorizado, podendo constituir em torno de si uma rede de sujeitos baseada na confiança que neles tem, para lhe auxiliar nos atos da vida.

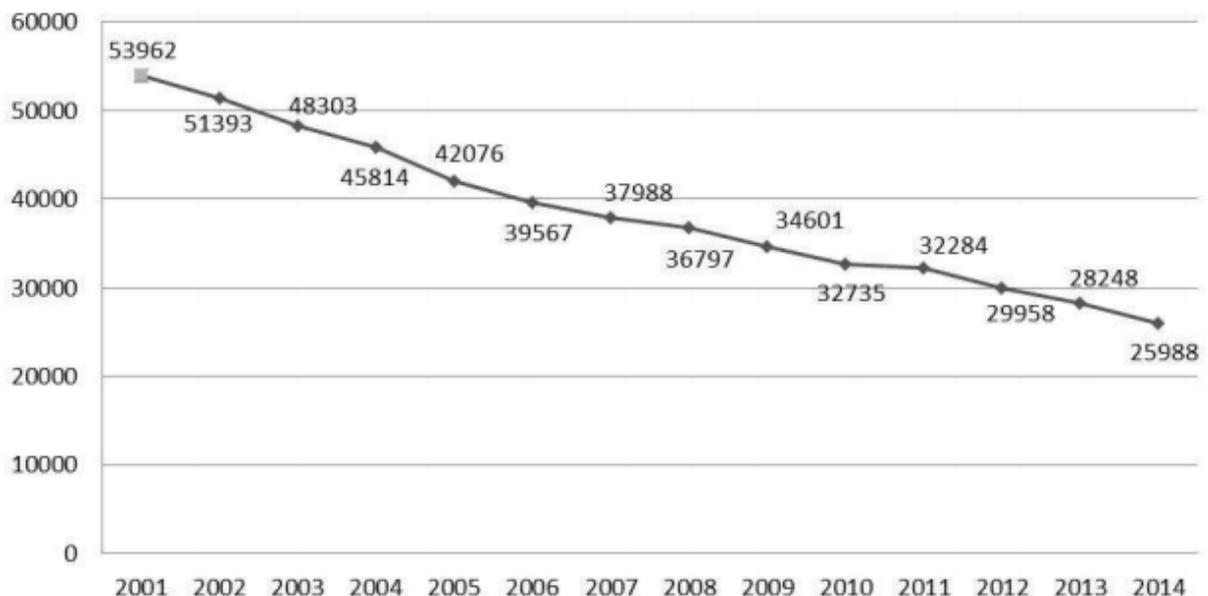
As modificações trazidas pelo EPD, ao afastarem do rol de incapazes o sujeito que possui algum transtorno mental, reconheceu que a deficiência por si só não retira o discernimento da pessoa, além de concretizar no plano normativo a promoção de direitos e garantias fundamentais para as pessoas com deficiência. A partir disso, a curatela – instituto jurídico dedicado à tutela de maiores incapazes – apresenta-se como medida excepcional a ser adotada apenas e na proporção das necessidades do curatelado, pelo menor tempo possível, sendo que sua determinação pressupõe a avaliação das circunstâncias incapacitantes em cada caso (SOUSA; SILVA, 2017).

Além disso, conforme a lei, a curatela afetaria apenas os aspectos patrimoniais, mantendo o portador de transtorno mental o controle sobre os aspectos existenciais da sua vida, a exemplo do “direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto”, expressamente apontados no art.85, § 1º, do Estatuto. Afinal, como atesta Requião (2015, p. 31): “já era sem tempo a necessidade de reconhecer que eventual necessidade de proteção patrimonial não poderia implicar em desnecessária limitação aos direitos existenciais do sujeito”. A partir do EPD, “eventual declaração de incapacidade e nomeação de curador [...] não tem o condão de afastar a autonomia do curatelado de autodeterminar-se como pessoa humana [o que permite, assim], o livre desenvolvimento da personalidade humana” (Ibidem, p. 305).

1.4.1 Avaliação da Política Pública de Saúde Mental sob o paradigma psicossocial

Quatro anos após a implementação da Rede de Atenção, a política pública de saúde mental foi avaliada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Fundação Gulbenkian e Organização Mundial da Saúde (OMS). O texto aponta que foram significativos os avanços alcançados pela Reforma Psiquiátrica em curso. Primeiro, verificou-se drástica redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos de 53.962 em 2001 para 25.988 em 2014. Esses números revelam que de “maneira gradual e regular foram reduzidos em média 2.000 leitos anualmente” (FIOCRUZ, 2015, p.32).

Gráfico 1 – Redução Progressiva de Leitos Psiquiátricos:

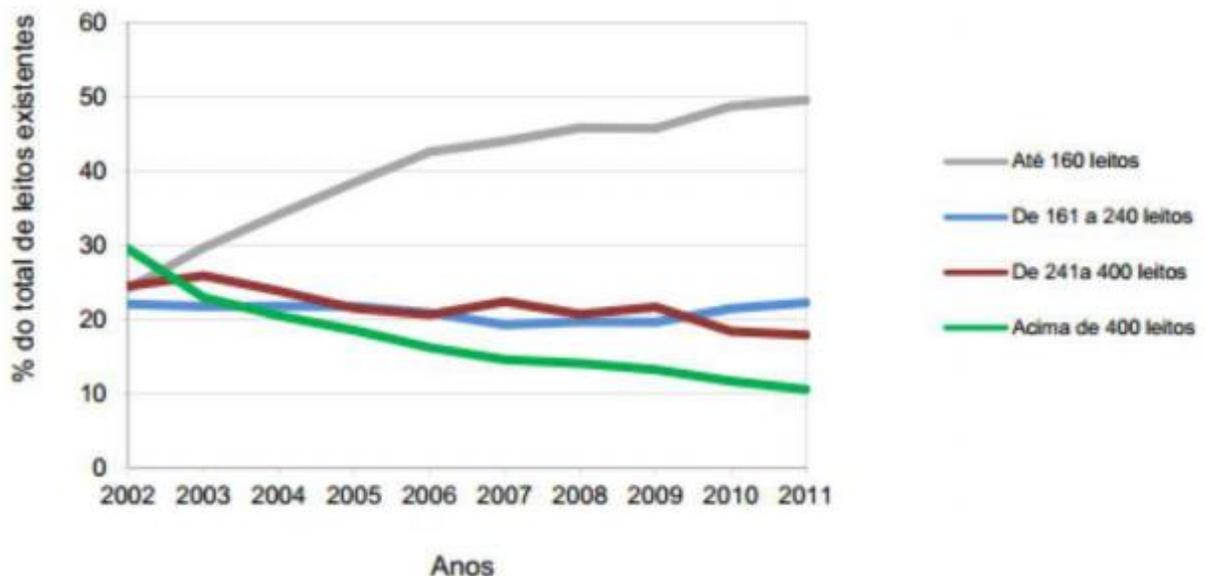


Fonte: Ministério da Saúde, 2014 apud FIOCRUZ, 2015, p.32

Pode-se inferir que a diminuição do número de leitos ocorreu em parte devido ao descredenciamento de hospitais psiquiátricos que não atendiam aos requisitos mínimos estabelecidos ou que haviam sido objeto de denúncias de violações de direitos humanos (ALMEIDA, 2019). Esses dados demonstram que a linha de atuação da reforma psiquiátrica – tal como apresentado por Borges e Baptista (2008) - responsável pela avaliação, acreditação e descredenciamento dos hospitais psiquiátricos, foi uma estratégia política bem-sucedida. Esses dados apontam também que o sucesso destas medidas é parte da articulação política proporcionada pela III CNSM, cuja atuação possibilitou a redução de leitos, ações diversas para a melhoria da atenção aos pacientes de longa permanência, como o desenvolvimento de serviços residenciais (ALMEIDA, 2019).

Outro aspecto relevante conquistado pela reforma psiquiátrica diz respeito à desospitalização gradual, em um processo planejado e progressivo, de forma a evitar a desassistência. Conforme dados da FIOCRUZ (2015), entre 2002 e 2011 os hospitais com mais de 400 leitos, que tinham 30% do total, sofreram uma redução gradual para 10,5%, enquanto os hospitais menores, com menos de 160 leitos, que tinham apenas 22% do total de leitos em 2002, aumentaram gradualmente a sua participação, de modo que em 2011 alcançaram 52% do total do número de leitos, como se observa no gráfico abaixo.

Gráfico 2 – Mudança do Perfil e Porte dos Hospitais:



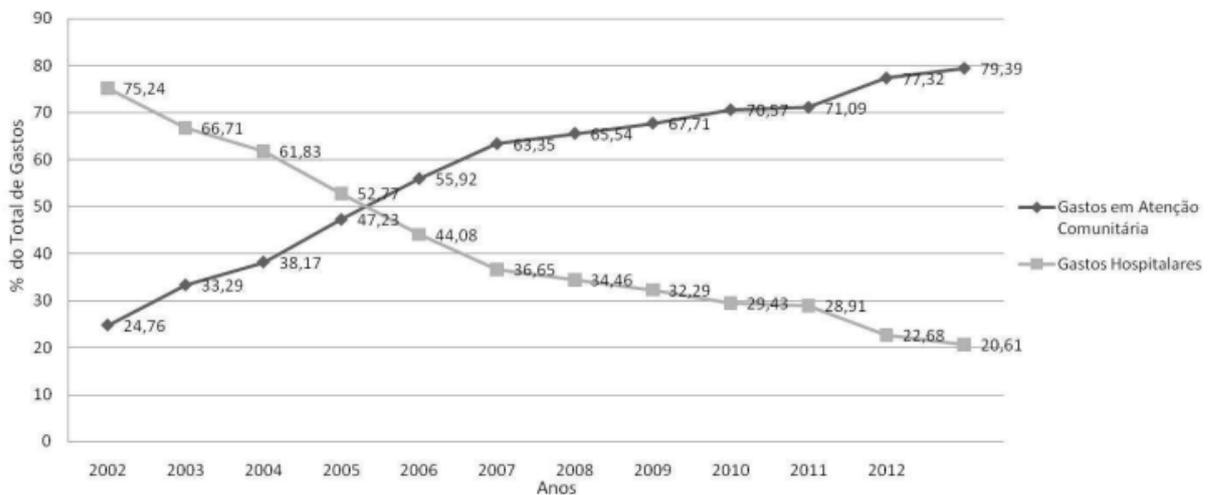
Fonte: Ministério da Saúde, 2011 apud FIOCRUZ, 2015, p. 33.

Ainda quanto às estratégias de desinstitucionalização/desospitalização, houve importante crescimento na implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Em 2004 haviam 265 serviços residenciais, com 1.363 residentes. Em 2017, o número total de serviços

residenciais tinha subido para 489 (ALMEIDA, 2019). Já o Programa de Volta pra Casa, em 2003, contava com 206 incluídos no programa. Em 2014, o número havia aumentado para 4.349 pacientes (FIOCRUZ, 2015).

À medida que o número de leitos era reduzido, serviços de base comunitária foram implementados em substituição aos serviços baseados no hospital. No decorrer desse processo, recursos financeiros significativos da rede hospitalar foram realocados para serviços comunitários: entre 2002 a 2013, o orçamento para atendimento hospitalar psiquiátrico foi reduzido de 95% do total para menos de 30%, possibilitando assim o financiamento dos serviços substitutivos na comunidade, que se tornou quinze vezes maior do que no período anterior. Infere-se no gráfico abaixo que em 2006 houve a inversão da curva de financiamento do SUS, que deixa de ser hospitalocêntrico e passa a ter um predomínio de financiamento de atenção comunitária.

Gráfico 3– Total de gastos da saúde mental/SUS com os hospitais psiquiátricos e com a atenção comunitário/territorial (2002-2013)



Fonte: Ministério da Saúde, 2014 apud FIOCRUZ, 2015, p. 49.

Esses dados são corroborados pela pesquisa sobre a evolução dos gastos Federais em saúde mental no período de 2001 a 2009, realizada por Gonçalves et al (2012). Segundo estes autores houve crescimento real dos recursos federais investidos em saúde mental entre 2001 e 2009 e investimento expressivo nas ações extra-hospitalares, com a inversão no direcionamento dos recursos em direção aos serviços comunitários a partir de 2006. Segundo os autores:

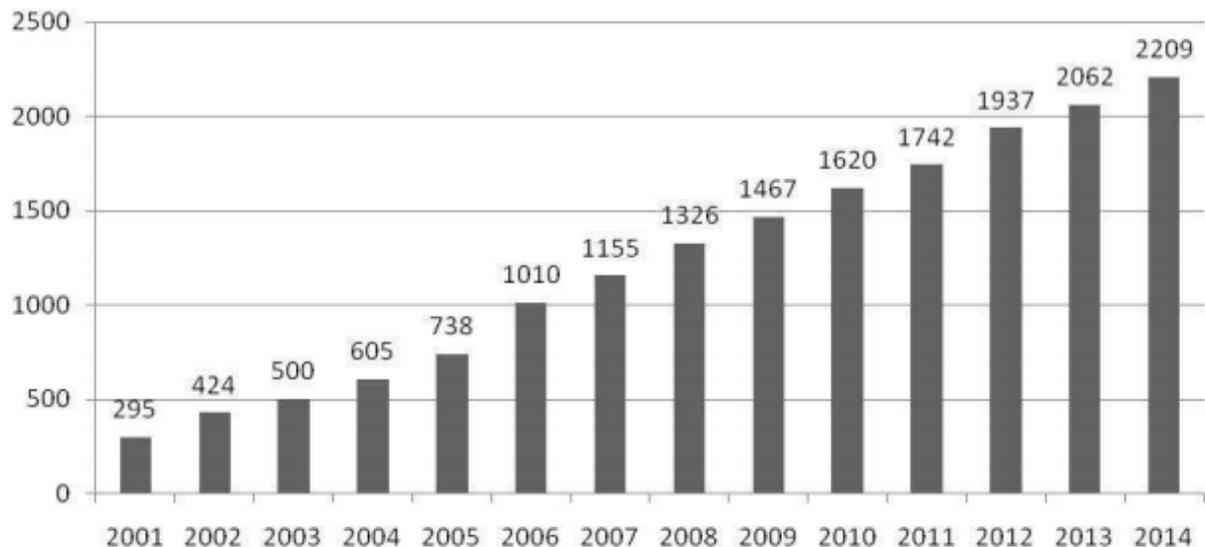
[...] Observou-se o crescimento real de 51,3% do gasto em saúde mental no período. A desagregação do gasto revelou aumento expressivo do valor extra-hospitalar (404,2%) e decréscimo do hospitalar (-39,5%). O gasto *per capita* teve crescimento real menor, embora expressivo (36,2%). A série histórica do gasto *per capita*

desagregado mostrou que em 2006, pela primeira vez, o gasto extra-hospitalar foi maior que o hospitalar. O valor *per capita* extra-hospitalar teve o crescimento real de 354,0%; o valor *per capita* hospitalar decresceu 45,5% (GONÇALVES et al, 2012, p. 51).

Para esses autores, o financiamento teve papel crucial para induzir a mudança de paradigma de atenção em saúde mental. Como desafios, deve-se manter e aumentar os recursos destinados para a Saúde Mental (GONÇALVES et al, 2012). Semelhante conclusão é alcançada pelo Relatório da FIOCRUZ: apesar da inversão, o financiamento ainda “é insuficiente para dar conta da lacuna de tratamento em um país de grandes dimensões e 200 milhões de habitantes” (FIOCRUZ, 2015, p. 49).

No que diz respeito à expansão da rede CAPS, entendido como dispositivo fundamental da reforma psiquiátrica, ela teve um crescimento significativo entre 2001 a 2014: de 295 em 2001 para 2.209 em 2014 (conforme gráfico abaixo); já em 2017 esse número sobe para 2.462 (ALMEIDA, 2019). Este autor aponta que além da expansão numérica, houve a diversificação dos serviços. A partir de 2002, novos tipos de CAPS foram criados e incorporados à rede de saúde do SUS: é o caso dos CAPS i, para prestar atendimento a crianças e adolescentes, e os CAPS-AD, para atender pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e abuso de substâncias (ALMEIDA, 2019).

Gráfico 4– Evolução do número de CAPS (2001 -2014)



Fonte: Ministério da Saúde, 2014 apud FIOCRUZ, 2015, p.40.

Além da questão do financiamento, que apesar de corretamente direcionado é considerado insuficiente¹⁰ para implementar diversos componentes da reforma, várias fragilidades/desafios são identificadas pela literatura especializada para implementação da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para Almeida (2019), os principais desafios dizem respeito à ampliação do acesso e integração da saúde mental com a atenção primária, o desenvolvimento de respostas de internação de agudos no hospital geral e a articulação entre os vários componentes do sistema. Além disso, o desenvolvimento de recursos humanos foi também considerado um problema importante. Fragilidades também foram apontadas em relação à qualidade da informação produzida pelos serviços, à integração da saúde mental na atenção primária e à sustentabilidade das associações de usuários.

A pesquisa realizada pela Fiocruz corrobora com alguns dos problemas identificados e acrescenta outros três grandes grupos problemáticos, divididos desta forma neste trabalho por questões meramente didáticas. São eles: a) questões relativas a processos e a gestão interna do trabalho; b) falhas na articulação da rede e c) dificuldades na reinserção social e desinstitucionalização. Estes grandes grupos problemáticos estão interconectados e são interdependentes: problemas de gestão atrapalham na articulação da rede, que por sua vez, interferem na desinstitucionalização, o que dificulta a reinserção social.

No que diz respeito aos desafios derivados de processos de gestão, no aspecto externo¹¹ da Reforma Psiquiátrica foram encontrados temas como a precarização das condições de trabalho (precariedade de vínculo e na estrutura física), dificuldades para ampliação do acesso para a ampliação da articulação intra e intersetorial como importantes barreiras a serem superadas. A estas, se adicionam os desafios relativos ao financiamento e custeio dos serviços extra-hospitalares, que dizem respeito entre outros fatores ao acompanhamento de como e onde os recursos são gastos, como também ao risco do subfinanciamento das ações em saúde mental. Existem ainda impasses de ordem regional acerca de determinados municípios nos quais o desafio remete menos à desconstrução do cenário asilar e hospitalocêntrico (visto que não contavam com tais dispositivos) e mais ao desenvolvimento de uma rede comunitária até então inexistente (FIOCRUZ, 2015).

¹⁰ O financiamento atualmente existente representa cerca de 2,5% do total do SUS, opondo-se a uma recomendação da OMS de que o financiamento mínimo seja 5% do total de gastos em saúde (FIOCRUZ, 2015).

¹¹ Aspecto entendido como a constituição dos serviços e das redes de saúde (BORGES; BAPTISTA, 2008)

A literatura especializada observa a necessidade de superar o estigma social relacionado à loucura dentro dos dispositivos extra-hospitalares. Segundo o documento da FIOCRUZ, estudos apontam:

[...] ser possível evidenciar, no seio de procedimentos terapêuticos, a existência de duas concepções técnico-assistenciais, sem que haja uma reflexão das contradições que suscitam: de um lado, há um modelo que vislumbra a doença mental por meio de um foco ampliado, que por sua vez desconstrói o saber psiquiátrico tradicional, apostando em ações de reabilitação psicossocial; por outro, tem-se uma postura classificatória, normatizadora e biologizante, cuja intervenção se pauta na extinção dos sintomas pela via da medicação (FIOCRUZ, 2015, p. 18).

Talvez um dos aspectos mais interessantes revelados pela legislação em saúde mental analisada até aqui é a permissividade que ela dá para que haja de fato a coexistência dos dois paradigmas de atenção simultaneamente. A Lei Federal é fruto de um acordo que aceita o meio termo entre a construção de uma rede substitutiva com a manutenção dos hospitais psiquiátricos. Essa autorização legal organiza os atores do serviço em duas categorias principais: os filiados à psiquiatria acadêmica e aqueles profissionais que atuam como militantes na Reforma Psiquiátrica.

Na composição dos CAPS, equipado por equipe multidisciplinar, não raro esses dois tipos de profissionais precisam trabalhar em conjunto, sendo orientados por visões de mundo, referenciais teóricos, hipóteses, conceitos, e instrumentos terapêuticos completamente diversos e na maioria dos casos incompatíveis. A essa situação acresce-se a forte herança hospitalocêntrica arraigada na tradição médica relativa ao cuidado em saúde mental, refletida pela legislação federal (Lei de 1934), cuja vigência se deu por mais de 50 anos. A Lei n. 10.216 não é capaz de por si só modificar as representações sobre a loucura, no máximo redireciona a assistência à saúde mental na tentativa de melhorar o cuidado ofertado pelo país.

A coexistência de duas orientações distintas de cuidado nos serviços impacta diretamente na reinserção social, o que diminui a desinstitucionalização em três aspectos interdependentes. O primeiro aspecto diz respeito à possível ocorrência de um reducionismo do projeto de desinstitucionalização, que se confunde com um simples processo de desospitalização, sem que haja a efetiva desmontagem do hospital psiquiátrico e o necessário deslocamento da atenção em saúde mental para serviços substitutivos territoriais integrados à rede de saúde mais ampla.

Por sua vez, essa visão reduzida pode ser observada em serviços da rede comunitária que acabam “por reproduzir a lógica manicomial, quando não conseguem refletir acerca da desconstrução das formas rígidas e hegemônicas do morar e do cuidar” (FIOCRUZ, 2015, p.

28). Consequentemente, a ausência de reflexão leva a um olhar limitado sobre o tratamento comunitário, restringindo o cuidado os dispositivos existentes na rede, sem compreender que a autonomia e a inclusão social dos pacientes egressos de longas internações pode ocorrer para além dos dispositivos de saúde mental. Tal atitude acaba por restringir “que outras possibilidades de laço possam ser tecidas nos diversos espaços e dispositivos sociais” (FIOCRUZ, 2015, p. 28). Apesar disso, os serviços de rede comunitária - quando entendidos como parte da rede e não como a **única** rede - atuam como dispositivos fundamentais no resgate da autonomia, na promoção e reinserção social.

A ausência de uma rede assistencial ágil, flexível e resolutiva é um dos obstáculos atuais à Reforma Psiquiátrica, especialmente no que diz respeito à reinserção social e a desinstitucionalização; identifica-se como grandes desafios o limite do suporte governamental e as dificuldades inerentes à implantação de dispositivos estratégicos. Conforme o documento técnico, há um número insuficiente de Serviços Residenciais Terapêuticos e os principais obstáculos para implantação desta rede seriam: a) as dificuldades de financiamento (tanto o acesso quanto o uso dos recursos); b) baixa atuação local dos gestores na implementação destes serviços; c) problemas de gestão interna no dispositivo; d) o baixo envolvimento dos profissionais de saúde mental; e e) o estigma social que envolve o dispositivo e seus moradores. Por fim, há falhas na articulação entre a atenção psicossocial e a Estratégia de Saúde da Família - a falta de trabalho coordenado e conjunto causa entraves à construção de uma rede de cuidados integral (FIOCRUZ, 2015).

1.5 A incomensurabilidade de paradigmas e o acordo que inaugura o modelo psicossocial de assistência à saúde mental: o debate legislativo no senado

O projeto inicial apresentado por Paulo Delgado atuava em dois eixos principais – (1) extinção do manicômio e (2) substituição por outros recursos que geraram muitos desacordos. Foram necessárias três rodadas de debates no Senado, ao longo de 10 anos, até que uma proposta intermediária fosse negociada e aceita. Discute-se a **imprescindibilidade** do manicômio como instituição para o tratamento em saúde mental. Esse desacordo se desdobra em duas vertentes. A primeira afirma não ser possível tratar os “doentes mentais” sem a estrutura hospitalar. Para evitar confusões, exige a diferenciação dos vocábulos manicômio e hospital psiquiátrico, ressaltando o aspecto terapêutico do último.

Os defensores da manutenção do hospital psiquiátrico alegam que além de ser uma forma indispensável para o tratamento principalmente nas fases agudas da doença, sua extinção não teria qualquer embasamento técnico-científico, portanto sua manutenção seria

cientificamente comprovada e necessária. Este posicionamento, no entanto, não nega a possibilidade de existência de outras formas de tratamento, apenas rechaça a possibilidade de exclusão do dispositivo entre as possibilidades – indica uma margem de negociação para obtenção de consenso.

A segunda vertente entende ser possível excluir o hospital psiquiátrico da rede de cuidados, substituindo-o por outras formas e locais de tratamento, no entanto, para que a transição seja viável ela deve ser gradual, planejada e em parceria com a rede particular de assistência. Ressalta-se que esta é apenas uma das propostas inicialmente apresentadas.

Tabela 4 – 1ª Rodada de Debates no Senado (1991)

1ª Rodada de debates – 1991
<p>Substitutivo Paulo Bisol</p> <p>EIXO 1 – EXTINÇÃO DO MANICÔMIO</p> <p>Desacordo: a instituição manicômio/hospital psiquiátrico é indispensável para o tratamento em saúde mental</p> <p>Desdobramento 1: distinção entre manicômio e hospital psiquiátrico</p> <p>Justificativa: era importante fazer a diferenciação entre os dois vocábulos, pois manicômio seria uma instituição sem fins terapêuticos e, portanto, dispensável. Já o hospital psiquiátrico seria um <i>locus</i> especializado onde se trata os doentes mentais nas fases agudas ou de reagudização, “constituindo-se numa das inúmeras formas de atendimento em saúde mental e não a exclusiva”.</p> <p>Desdobramento 2: o PL contrariaria os princípios técnicos e científicos norteadores da prática psiquiátrica no mundo. O hospital psiquiátrico seria um dos estabelecimentos para o tratamento de doenças mentais, defendendo a garantia de acesso a todas as alternativas de tratamento possíveis nesse campo, portanto, indispensável.</p> <p>Atores: FBH, psiquiatria-acadêmica, AFDM</p>
<p>EIXO 2 – SUBSTITUIÇÃO POR OUTROS SERVIÇOS</p> <p>Desacordo – se o hospital psiquiátrico é dispensável, como fazer a transição?</p> <p>Sugestão 1 (PL): extinção da estrutura manicomial</p> <p>Atores: MNLA</p> <p>Sugestão 2: estabelecer de um critério quantitativo para a substituição gradual dos leitos para impedir a desospitalização brusca e estabelecer garantias para a rede conveniada de assistência.</p>

Fonte: Elaborada pela autora

Fica claro pelos desacordos levantados que o dispositivo - hospital psiquiátrico - é o grande nó da política pública de saúde mental. Sobre ele duas visões antagônicas são elaboradas por atores distintos que concorrem no período da estabilização do paradigma a ser adotado na política. Inclusive entre aqueles que concordavam com a extinção do manicômio havia discordância sobre como seria a transição para o modelo não hospitalar.

É nítido que desde o início dos debates existiam dois modelos incompatíveis de atenção à saúde mental. De um lado o modelo hospitalocêntrico, cujos principais representantes eram a psiquiatria acadêmica, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), e a

Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM), para os quais a figura do hospital psiquiátrico é fundamental e deve ser mantido, porém, modernizado e o da atenção psicossocial, representado pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, movimento que busca a extinção do dispositivo e sua substituição por serviços de base comunitária.

Após essa rodada de debates o PL passou por 4 anos sem movimentação. Então, em 1995, a segunda rodada de discussões tem início com uma solução alternativa entre os dois modelos apresentados. Ao invés de extinguir o manicômio, é dado como solução a reorientação do modelo assistencial a partir da substituição progressiva dos manicômios, que seria garantida por meio de financiamento público com a contratação de serviços particulares por 5 anos.

Esta alternativa buscava a continuidade e qualidade da assistência a partir da participação dos estabelecimentos conveniados na substituição da rede assistencial que seria assegurada mediante contratação de financiamento aos prestadores que substituíssem os leitos manicomiais por serviços alternativos. Tal solução, no entanto, foi repelida sob a justificativa de que a reorientação culminaria em desassistência aos doentes e aos seus familiares.

Como alternativa é apresentada uma proposta favorável aos atores contrários à extinção do manicômio. O substitutivo sugerido por Lucídio Portela: a) reforça a importância e a necessidade de manutenção do atendimento hospitalar em psiquiatria ao considerar que somente o tratamento extra-hospitalar não seria suficiente todos os doentes mentais; b) diferencia o moderno hospital especializado em psiquiatria do manicômio, este seria um instrumento obsoleto e haveria uma confusão entre o instrumento legítimo com sua má aplicação; c) conceitua três tipos distintos de internação: voluntária (consentida), involuntária (sem consentimento e/ou realizada a pedido de terceiro), compulsória (determinada pela justiça) e d) cria mecanismos rígidos de controle da hospitalização involuntária a partir de uma Comissão Revisora de Hospitalização com membros da comissão de ética do estabelecimento e conselho de saúde municipal. Dessa forma, o MP seria acionado apenas excepcionalmente, atendendo denúncias ou solicitação de familiares ou responsáveis legais do paciente para designar junta médica a fim de determinar o prosseguimento ou cessação da hospitalização involuntária.

Esta proposta modifica substancialmente o PL apresentado. É, na verdade, o avesso da proposta inicial. O único ponto de concordância entre o PL e este substitutivo é que a forma de assistência à saúde mental precisava de modificações. As reações contrárias ao substitutivo visavam emendar o texto proposto para resgatar o modelo de substituição previsto

originalmente no PL. Uma delas reforçava o papel do poder público na instalação da rede substitutiva, enquanto o outro trazia o papel dos gestores do SUS na coordenação do processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial com a criação de conselhos de reforma psiquiátrica pelas secretarias Estaduais e Municipais.

Tabela 5 – 2ª Rodada de debates no Senado (1995)

2ª Rodada de debates – 1995
<p>Emenda ao Substitutivo Bisol pelo Senador Lúcio Alcântara (após 4 anos de vacância) 1ª Solução alternativa: Reorientar o modelo assistencial a partir da substituição progressiva dos manicômios garantindo o financiamento do processo por 5 anos a partir da contratação de prestadores de serviços que substituíssem os leitos manicomial por serviços alternativos. Argumento contrário: a extinção progressiva dos manicômios culminaria em desassistência.</p>
<p>SUBSTITUTIVO LUCÍDIO PORTELA (ator no Senado responsável por organizar os interesses dos representantes de grupos pró-sistema hospitalar e pró manutenção do hospital psiquiátrico com base em argumentos técnico-científicos no campo da psiquiatria) 2ª solução alternativa - permanência do hospital psiquiátrico – que não é um manicômio - visto que o tratamento extra-hospitalar não seria suficiente para o tratamento de todos os doentes mentais e sugere a modernização de sua estrutura. Desdobramento: classifica as internações psiquiátrica em três modalidades distintas de internação – voluntária, involuntária e compulsória - cujo controle seria médico e, subsidiariamente, de responsabilidade do MP. Reações à 2ª solução alternativa - Emenda – Lúcio Alcântara* - visava o resgate da proposta de substituição progressiva dos manicômios por outros recursos assistenciais, cujo enfoque estava no papel do poder público no processo de instalação da nova rede assistencial Emenda – José Eduardo Dutra* - trazia o papel dos gestores do SUS na coordenação do processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial além de prever a criação de conselhos de reforma psiquiátrica pelas secretarias Estaduais e Municipais. * defensores do texto original do PL no Senado</p>

Fonte: Elaborada pela autora

A apresentação do substitutivo Lucídio Portela na segunda rodada de debates explicita o posicionamento dos atores. Inicialmente, o PL apresentado trazia as reivindicações do Movimento da Luta Antimanicomial, o que foi construído durante anos pelo movimento por meio das Conferências de Saúde Mental, debates acadêmicos e experiências práticas, como visto. No entanto, a reação à inovação proposta é sistematizada na forma de projeto de lei apenas no substitutivo do Lucídio Portela. O substitutivo revela a posição adotada pela a Psiquiatria Acadêmica, para quem o movimento social antimanicomial teria um caráter meramente político-ideológico, sem nenhum respaldo científico. Nessa visão era explicitada na imprescindibilidade do hospital psiquiátrico, que seria necessário por ser o *locus* onde as práticas fundamentadas no moderno saber científico-psiquiátrico seriam utilizadas (PEREIRA, 2004).

Dá a importância da diferenciação entre os hospitais psiquiátricos e os manicômios. Aqueles seriam representantes legítimos da moderna prática psiquiátrica respaldada nos

conhecimentos científicos e com grau de eficiência e eficácia comprovados, sendo indispensável para uma certa categoria de pacientes que, sem esse tipo de atendimento, seriam extremamente prejudicados e seus direitos, desrespeitados (PEREIRA, 2004). Sua ausência levaria um aumento da criminalidade e da população de rua, sendo sinônimo de desassistência e conseqüentemente de sobrecarga dos familiares. O argumento da sobrecarga e desassistência é reforçado pelos familiares associados ao AFDM.

Além disso, a internação psiquiátrica teria um caráter exclusivamente médico, o qual não deveria sofrer interferências de instâncias judiciárias sob pena de criminalização do ato médico, ferindo a autonomia profissional dos médicos psiquiatras. A internação não era entendida como restrição a direitos civis, mas era garantia de assistência cuja avaliação só era possível por integrantes da classe médica (PEREIRA, 2004).

Na primeira rodada de debates as alterações apresentadas giram em torno do binômio financiamento público de leitos privados/poder-saber médico, questionado no PL, e encontra resistências das classes médicas e de empresários, com reforço das famílias dos usuários que apoiam o modelo atualmente existente por medo de desassistência. A reação deste grupo por meio do substitutivo dá voz as reivindicações dos donos de hospitais psiquiátricos privados, pois reforça a necessidade de manutenção da estrutura que garantia a parcela de sua atuação no mercado de prestação de serviços.

Portanto, a FBH tratava os hospitais psiquiátricos como terapêuticos e deveriam ser instituições renovadas, atuante conforme os preceitos da medicina moderna em que seriam necessários recursos adicionais para sua reformulação. Em contrapartida, o MNLA entendia o hospital psiquiátrico como lugar de exclusão social e sua extinção seria importante para transformar a forma como a sociedade lidava com a loucura, não apenas uma reformulação das formas de tratamento da doença mental (PEREIRA, 2004).

Observa-se que a discussão sobre a política de saúde mental no Senado tem aparentemente como ponto central **a forma de tratamento**. As respostas ao problema oscilavam entre duas proposições extremas e incompatíveis: a forma de tratamento será hospitalar (no manicômio), ou a forma de tratamento será feita em comunidade sem a necessidade do hospital psiquiátrico. Se engana, porém, quem pensa que era apenas sobre onde realizar o tratamento que repousavam as divergências. Ana Marta Lobosque descortina as camadas entre a forma de tratamento e seus porquês revelando que:

[...] A primeira hipótese atribui ao hospital psiquiátrico uma finalidade em si mesma, legítima, embora deturpada por abusos eventuais; seria adaptado para cumprir de

forma adequada a sua função. A saída, pois, seria humanizá-lo, investir em sua reforma e em sua modernização, aparelhando-o para realizar sua finalidade assistencial; feito isso, o hospital psiquiátrico não seria incompatível com o respeito à cidadania de seus usuários

A segunda hipótese, sustenta a inadequação intrínseca do hospital psiquiátrico para um resgate efetivo da cidadania do louco. Ainda que o trabalho de demolição do manicômio deva também produzir-se em seu interior, ou seja, ainda que sejam de extrema importância as medidas de humanização e melhoria de cuidados para os internos, elas só têm sentido na medida em que apontem para *fora* do hospital psiquiátrico; na medida em que contribuam para um pensamento da loucura não comprometido com a representação que o hospício teria vindo construir e consolidar (1997, p. 26).

A visão aprofundada trazida por Lobosque permite compreender a incompatibilidade entre as matrizes cognitivas dos paradigmas de atenção à saúde mental. Diante disso, a terceira rodada de debates busca um caminho conciliador: trata-se do Substitutivo apresentado por Sebastião Rocha em 1998. Para atingir o consenso e obter aprovação da lei, Sebastião Rocha evidencia o único ponto de concordância entre os atores - a necessidade de modificação da assistência prestada.

Com base nesse pressuposto ele declara que o modelo vigente é institucionalizante, frágil e insuficiente. As instituições psiquiátricas possuem um caráter meramente asilar cujo objetivo ao invés de recuperar/reinserir, apenas segrega. Há o excesso de farmacoterapia associado a pouca utilização de procedimentos sócio ou psicoterápicos. Para afastar o argumento da desassistência - temido principalmente pelos familiares - ele explica que a família teria um papel de coadjuvante no processo terapêutico. Ao inserir a família como parte da solução, ele busca afastar o estigma da periculosidade associada ao doente mental.

Aponta que a omissão dos familiares por meio da terceirização dos cuidados aos doentes mentais aos manicômios foi um dos principais motivos da assistência psiquiátrica estar organizada de forma institucionalizante/asilar, cujos alicerces eram retroalimentados por interesses econômicos dos donos de hospitais e incentivados pela forma de financiamento de leitos adotada pelo poder público, o que reforçava a lógica do lucro e a ausência do controle de participação estatal. A lógica do indivíduo perigoso, do tratamento asilar em hospitais particulares e do financiamento público, precisava ser modificada.

Com base neste raciocínio enfatiza-se três requisitos básicos que deveriam ser abrangidos para viabilizar a nova lei de saúde mental:

1. Elaboração de diretrizes para a política (direito como objeto), ou o que se busca com a nova política de saúde mental? Quais objetivos ela deve imprimir? Observa-se neste ponto que o dissenso entre os atores sobre como a política deveria operar

era abissal. Para os atores vinculados ao paradigma hospitalocêntrico o objetivo da política era atualizar as normas e as estruturas hospitalares existentes, modernizando-as. O tratamento hospitalar seria imprescindível, mas a forma como ocorria estava ultrapassado, o que diminuía o potencial terapêutico do dispositivo. Em sentido oposto, para os representantes do paradigma psicossocial o hospital psiquiátrico era causa e sintoma da má prestação do serviço. Causa porque enquanto estrutura excludente e institucionalizadora direcionava os recursos e o tratamento em saúde mental, sintoma que, enquanto instituição, representava uma visão de mundo sobre a loucura que pretendia ser superada e conseqüentemente o tratamento ofertado seria incompatível aos conceitos de portas abertas, atenção integral e promoção à saúde;

2. Definição do modelo mais abrangente e ideal possível de atendimento à saúde mental (direito como arranjo institucional) – diante de propostas tão avessas, uma proposta de lei viável deveria ser o mais abrangente possível: reconhecendo a importância do tratamento hospitalar, porém sem perder de vista a necessidade do tratamento comunitário. O arranjo institucional a ser gerado pela lei deveria ser capaz de se comunicar entre estes dois pontos extremos de forma articulada e não excludente, o que exige um discurso legal genérico, abstrato, maleável;
3. Determinação da forma de transição da situação atual para o modelo ideal (direito como caixa de ferramentas) – as Portarias foram as ferramentas mais utilizadas para proceder à Reforma Psiquiátrica antes das Leis Estaduais e durante o debate legislativo. A transição entre os paradigmas ocorreu de forma gradual e fragmentada em várias linhas de atuação: financiamento, qualificação e credenciamento dos hospitais adequados à nova mentalidade, desospitalização (pautada no fechamento de leitos e descredenciamento dos hospitais desqualificados), expansão dos serviços comunitários; movimento que será reproduzido em parte pela lei.

Estabelecidos os requisitos, os quais carregam o estado das artes do arranjo político existente até o momento, gera-se um acordo entre os atores antagônicos de que haveria uma transição gradual entre os modelos extremos propostos e o caminho intermediário seria uma lei que previsse a forma de tratamento mais abrangente possível, ou seja, hospitalar e comunitária ao mesmo tempo. Isso permitiu o acordo quanto à necessidade de implementação

de serviços comunitários na medida em que estabilizava a importância do tratamento realizado nos hospitais psiquiátricos.

A partir disso, o principal propósito da lei foi estabelecido: determinar legalmente que a reforma psiquiátrica fosse implantada através da criação de um mecanismo de aceleração e viabilização financeira do processo de substituição progressiva dos leitos manicomial por leitos em estabelecimentos de saúde mental de caráter comunitário.

O substitutivo Sebastião Rocha, portanto, inaugura o modelo comunitário sem extinguir o tratamento hospitalar. Reformula a assistência prestada a partir da implementação de serviços substitutivos com vistas ao melhor atendimento psiquiátrico possível, o que indiretamente ocasionava a modernização do hospital psiquiátrico. Como desdobramentos há a diminuição dos leitos, diminuição dos fármacos, aumento de tratamentos psicoterapêuticos, o hospital psiquiátrico é um dos locais de tratamento e não o único, há o aumento de dispositivos de cuidados em saúde mental criando uma rede de cuidados integrada de forma a evitar a desassistência, a omissão, o lucro e a ausência de controle estatal, afinal, por meio da lei debatida, a transição do modelo hospitalocêntrico para o psicossocial seria realizada exclusivamente pelo poder público.

Tabela 6 – 3ª Rodada de Debates no Senado (1998):

3ª Rodada de Debates – 1998
<p>SUBSTITUTIVO SEBASTIÃO ROCHA 3ª solução alternativa: Propõe um sistema híbrido – em que o modelo hospitalar esteja presente, mas não seja o ponto fundamental do sistema, que a busca seja sempre pela implementação e pela utilização desses dispositivos substitutivos por serem mais adequados para a recuperação plena da pessoa portadora de transtornos psíquicos e sua reinserção na sociedade. Com a conciliação entre os eixos 1 e 2 o texto foi aprovado no Senado</p>
<p>DEBATE NA CÂMARA (2000 – 2001) PONTO CONTOVERTIDO – eixo 3: participação do MP na revisão das internações involuntárias. Solução: Importância de um documento legal que se garantisse a possibilidade de revisão das internações sem o consentimento do paciente e que a encarregada desse processo fosse uma instância implicada com a defesa da garantia dos direitos como é função do MP. Justificativa: a regulamentação das internações pelo MP é necessária e será vista como garantia de direitos introduz garantia constitucional que impede a restrição da liberdade sem o devido processo legal para os doentes mentais. Nasce a Lei n. 10.216 em 6 de abril de 2001</p>

Fonte: Elaborada pela autora

1.6 A crise do paradigma psicossocial

Apesar dos avanços da reforma psiquiátrica, a superação do modelo hospitalocêntrico e seus desdobramentos ainda é um dos maiores desafios da política pública. O clima da IV Conferência Nacional de Saúde Mental dava sinais de que o acordo político que envolvia a reforma psiquiátrica firmada 10 anos antes estava enfraquecido e precisava ser reafirmado. Isso é documentado pelo relatório final do encontro que destina parte expressiva do texto em direcionar o movimento para **garantir os avanços** conquistados pela Reforma.

Deveria ser garantido em especial “a desinstitucionalização e a inclusão social e a sustentabilidade e/ou reafirmação do modelo assistencial da atenção psicossocial, em conformidade com a legislação vigente, **independentemente de quaisquer mudanças que ocorram no Executivo**” (BRASIL, 2010, p. 45). Ressalta-se que as mudanças no Poder Executivo importam, pois grande parte da política é desenhada por portarias ministeriais que são editadas unilateralmente pelo Ministro responsável pela Pasta que, por sua vez, é escolhido pelo Presidente da República.

Preocupações quanto o cumprimento da Lei n. 10.216/01 também foram levantadas: ela deveria ser cumprida e não deveria ser admitido:

[...] revisão e nem o retrocesso das conquistas alcançadas a partir de sua aprovação, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, assegurando os seus direitos de cidadania, em especial, o acesso ao tratamento na rede substitutiva (BRASIL, 2010, p. 46).

Ademais, o movimento pugna para que a decisão do Ministério da Saúde em não remunerar a eletroconvulsoterapia, psicocirurgia e qualquer outra intervenção invasiva, seja mantida.

Da mesma forma, não deveria ser admitido o funcionamento de hospitais descredenciados pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares. A política deveria ser intensificada em parceria com Estados e Municípios, com a promoção do fechamento de leitos e hospitais psiquiátricos na medida da implantação dos serviços substitutivos. Ainda proibia a abertura de novos hospitais psiquiátricos e a ampliação dos existentes. Reforçava que deveria ser extinta a utilização dos leitos conveniados em hospitais e clínicas psiquiátricas com total responsabilização na gestão e financiamento da assistência em saúde mental – parceria que iria na contramão das conquistas alcançadas pela Reforma (BRASIL, 2010).

Os alertas foram escritos em tom quase premonitório: em 2016 foi nomeado para a pasta de saúde mental o ex-dirigente de um dos maiores manicômios privados nacionais (AMARANTE, 2020). A partir de então, no período entre 2016 a 2019, o Governo Federal iniciou um processo de desmonte da política pública de saúde mental - a despeito de todos os avanços comprovadamente alcançados por ela, justamente nos pontos sublinhados pelos militantes na IV CNSM. Segundo Delgado (2019) o desmonte começou quando houve a modificação da Política Nacional de Atenção Básica, retirando-se o agende comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, que, associado com mudanças nos parâmetros populacionais, descaracterizou e fragilizou a atenção básica.

Em seguida, houve a ampliação do financiamento dos hospitais psiquiátricos, a redução de cadastramento de CAPS, a descontinuação de indicadores em saúde mental e a suspensão no fornecimento de dados sobre a rede de serviços em saúde mental. Além disso, houve a reinserção do hospital psiquiátrico como elemento central da rede, retomada de dispositivos desterritorializados – como o hospital-dia e o ambulatório especializado (DELGADO, 2019). O retrocesso é explicitamente confirmado com a recomendação de não utilizar a expressão ‘serviço substitutivo’, afinal, “nenhum serviço deve substituir o outro” (BRASIL, 2019a, p.4): eis o início da crise do paradigma psicossocial.

Em termos normativos, a crise do paradigma psicossocial será analisada a partir de quatro textos normativos, que podemos compreendê-los como os mais desestruturantes da Reforma Psiquiátrica. São eles: a Resolução CIT No. 32/2017, a Portaria GM/MS n. 3588 de 21 de dezembro de 2017, a Recomendação_n. 1 de 31 de janeiro de 2018 (incluída como norma de resistência) e a nota técnica Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS.

A Resolução CIT n. 32/2017 inaugura alterações na política de saúde mental ao reinserir o Hospital Psiquiátrico como dispositivo indispensável – e central - da Rede de Atenção Psicossocial. Há a retomada do financiamento de leitos de internação, o incentivo a abertura de novos leitos a partir do reajuste das diárias, o que afasta a regra do fechamento progressivo de leitos em verdadeiro desmonte às estratégias de desinstitucionalização.

No mesmo ano a portaria Portaria GM/MS n. 3588 de 21 de dezembro de 2017 confirma a inclusão dos hospitais psiquiátricos na RAPS, aumenta o valor da diária dos leitos de internação, cujo reajuste foi efetuado novamente pela Portaria GM/MS n. 2434 de 15 de agosto de 2018, inviabiliza o fechamento de leitos após a desinstitucionalização dos pacientes, aumenta o número de leitos psiquiátricos em hospital geral de 15% para 20%; aumentando também o número mínimo de 4 para 8 leitos de saúde mental em hospital geral para

recebimento de custeio, exige de taxa de ocupação de 80% em leitos de saúde mental em hospital geral como condicionante para recebimento de recursos de custeio, reinsere no rol de procedimentos ofertados pelo SUS o uso de Eletroconvulsoterapia e por fim prevê o retorno de serviços obsoletos, como as unidades ambulatoriais e unidades psiquiátricas especializadas.

Inclusive, quanto a criação destes dois novos dispositivos, Almeida (2019) pondera que apesar de ambos os tipos de serviço possam ter um papel relevante em um sistema de saúde, sua criação desterritorializada e sem integração à rede de saúde mental leva “inevitavelmente a uma fragmentação do sistema e a um desaparecimento da continuidade de cuidados” (p.4). O Conselho Nacional de Saúde, por sua vez, sugere ao invés de criar dois novos dispositivos, as equipes do NASF, Saúde da Família e do CAPS poderiam ser incrementadas e ampliadas para atender a esta demanda.

O Conselho Nacional de Saúde reagiu prontamente às propostas por meio da Recomendação n. 1 de 31 de janeiro de 2018. O Conselho considera que a Portaria n. 3588 de 21 de dezembro de 2017 apresenta retrocessos à Política Nacional de Saúde Mental e propõe a desestruturação da lógica organizativa da Rede de Atenção Psicossocial (CNS, 2018, online). Por isso, recomenda a revogação da portaria, a publicação de uma portaria em substituição com o intuito de reverter os retrocessos e exige que qualquer alteração na Política Nacional de Saúde Mental seja amplamente discutida com o pleno do Conselho Nacional de Saúde.

No ano seguinte, em 2019, é editada a Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS com o intuito de esclarecer as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental. Segundo a nota, as alterações trazidas são fruto de um “processo evolutivo de reforma do modelo de assistência em saúde mental, que necessitava de aprimoramentos” sem, contudo, “perder a essência de respeito à Lei n. 10.216/01” (BRASIL, 2019a, p.3). Para isso, como inovações, “as abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências científicas, atualizadas constantemente” (Ibidem, p. 4) de forma que pacientes - dos casos menos complexos aos mais graves - tenham acesso a tratamento efetivo no SUS em acordo com suas necessidades e peculiaridades, “sem deixar de lado nenhuma modalidade de tratamento validada e aplicável” (Ibidem, p. 4).

Críticas ao enunciado trazido na nota técnica alegam que:

[...] Apesar de uma constante proclamação de respeito à evidência científica, o texto em que se apresenta uma nova política de saúde mental não inclui uma única referência aos inúmeros contributos surgidos, nos últimos anos, da epidemiologia psiquiátrica, da investigação de políticas e de serviços de saúde mental e da ciência

de implementação, que constituem, hoje em dia, o suporte conceptual e científico das políticas de saúde mental. As mudanças propostas ignoram totalmente as evidências que provam a necessidade de basear a promoção, a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais em uma abordagem de saúde pública, sistêmica e intersetorial. Igualmente, partem da crença, hoje totalmente ultrapassada, de que se pode construir uma política de saúde mental apenas com base em uma perspectiva estritamente clínica, ignorando todo o debate atual à volta da saúde mental do futuro (ALMEIDA, 2019, p.5).

Essas colocações revelam que o consenso conquistado com a Lei n. 10.216 está em crise. Primeiro porque ao afirmar que o tratamento deve ser pautado em evidências científicas atuais, o argumento de que a reforma psiquiátrica tal como se consolidou foi feita de forma ideológica e sem embasamento científico - como era descrita nos embates no Senado - , reaparece, nas entrelinhas e, junto com ele, volta o fantasma da desassistência, justificado pela necessidade de incluir (de forma explícita) todas as modalidades de tratamento existentes. Segundo o exposto na nota técnica:

[...] todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum serviço substitui outro (BRASIL, 2019a, p.3-4).

Durante todo o texto as alterações são justificadas com base na própria Lei n. 10.216 e os conteúdos genéricos nela apresentados. Por exemplo, eles vão justificar a o fortalecimento dos hospitais psiquiátricos com base no art. 3º, I, que afirma ser direito do paciente ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”, no entanto, nos dispositivos seguintes do mesmo artigo como “VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; e IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”, são desconsiderados.

Dessa forma, como todas as modalidades de tratamento são válidas, há a reinserção do Hospital Psiquiátrico dentro da Rede de Saúde Mental (RAPS). Porém, esse alicerce deverá ser “modernizado e seguir protocolos e padrões modernos vigentes” (BRASIL, 2019a, p. 4). Ou seja, a pressão dos atores associados aos grupos hospitalares ganha força novamente e conseguem com que suas demandas sejam aprovadas: novamente a discussão paira na diferenciação (desesperada) entre manicômio e hospital psiquiátrico. Apesar disso, a Lei n. 10.216 já autorizava a utilização das estruturas hospitalares desde que elas oferecessem atenção integral, fossem compostas por uma equipe multiprofissional e respeitasse os direitos e garantias previstos em lei (inteligência dos art. 2º, parágrafo único, 3º, 4º, *caput* e §§2º 3º).

Ao mesmo tempo, a nota técnica restringe o significado de desinstitucionalização, que “não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos” (Ibidem, p.5) e, além de permitir a abertura de novos leitos, há o reajuste dos valores pagos por internação que poderão inclusive ser superiores a 90 dias¹². Essas duas medidas caminham no sentido oposto da Lei n. 10.216.

O argumento utilizado para justificar tais alterações seria que o Brasil teria uma cobertura deficitária nesse tipo de modalidade assistencial que, somado os leitos em Hospitais Psiquiátricos e aqueles em Hospitais gerais, haveria cerca de 0,1 leito por 1.000 habitantes, quando o preconizado pelo próprio Ministério da Saúde seria de 0,45 por 1.000 habitantes (nos moldes da Portaria GM/MS n. 3088/2011, com referência à Portaria GM/MS n. 1101/2002) (BRASIL, 2019a).

Este índice também estaria bem abaixo do recomendado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), sendo reconhecidos impactos negativos quando o índice fica abaixo de 0,30 por 1.000 Habitantes (BRASIL, 2019a). Ademais, o Ministério da Saúde entende que a oferta de vagas em unidades para assistência de crises/surtos/alta complexidade estaria perigosamente baixa e que “o processo de desinstitucionalização deva avançar, no entanto sem que seja excluyente em relação à qualificação dos Hospitais Psiquiátricos remanescentes para oferta de vagas para internação a pacientes com quadros clínicos agudizados” (BRASIL, 2019a, p.26).

A narrativa trazida na nota técnica, responsabiliza o modelo anterior pela situação narrada:

[...] Tal cenário é fruto direto dos equívocos de fechamento de leitos psiquiátricos no Brasil, nas últimas duas décadas principalmente. [...], problemas na condução da antiga Política Nacional de Saúde Mental acabou concorrendo também para o aumento das taxas de suicídio, aumento de pacientes com transtornos mentais graves na condição de moradores de rua, aumento e proliferação das crackolândias, aumento da mortalidade de pacientes com transtornos mentais e dependência química, principalmente de crack, aumento do afastamento do trabalho de pacientes com transtornos mentais, superlotação de Serviços de Emergência com pacientes aguardando por vagas para internação psiquiátrica (Ibidem, p.5).

¹² A Portaria n. 3588, em seu Art. 9.º, informa que se mantém as diretrizes e normas previstas para os Hospitais Psiquiátricos Especializados, constantes do Anexo XXV à Portaria de Consolidação no 5 GM/MS, de 28 de setembro de 2017. No entanto, a partir da nova normativa, o Hospital Psiquiátrico passa a ser incluído na RAPS e não mais se incentiva o seu fechamento. Em caso de fechamento ou descredenciamento de tais Serviços (mesmo contrariando as novas diretrizes do Ministério da Saúde), o Ministério deve ser notificado e aprovar a nova destinação deste recurso federal, que deverá ser aplicado necessariamente na RAPS. Foram criados dois novos procedimentos para faturamento hospitalar – um para internações curtas (até 90 dias) e outro para internações prolongadas (mais de 90 dias) ou reinternações antes de 30 dias da última alta hospitalar, tendo sido concedidos os reajustes.

Novamente, o argumento da desassistência foi justificado por critérios técnicos e sem a apresentação de dados reais, o que permeia a argumentação governamental que não traz nenhum estudo científico para embasar os dados apresentados, apesar de primar por embasamentos científicos atualizados para justificar as alterações trazidas na lei. Convém salientar que uma vez estimulados dispositivos pró-internação, à medida que tinham caráter subsidiário na política anterior, voltam a ter destaque na atual, o que só aumenta ainda mais a demanda por leitos de internação em ambientes institucionais, enfraquecendo o modelo comunitário.

Não bastasse a reinserção do hospital psiquiátrico, entendida aqui como um retrocesso, a eletroconvulsoterapia volta a fazer parte do rol de tratamento, conforme a Resolução n. 32/2017 de 17 de dezembro de 2017. A oferta deste tipo de tratamento é lançada como “o melhor aparato terapêutico para a população”, seguindo o compromisso de oferecer as melhores práticas clínicas e as mais robustas e recentes evidências científicas.¹³

Inúmeras são as polêmicas envolvidas nesse tipo de tratamento. Além da eficiência questionável discutida academicamente, a reinserção da oferta desse serviço afronta diretamente todas as Conferências Nacionais em Saúde Mental, pelo menos duas Leis Estaduais (DF e MG) além da própria Lei Federal n. 10.216 que em seu art. 2º, parágrafo único, VIII, garantem que o portador de transtorno mental deve ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis” (BRASIL, 2001, online).

A nota técnica mais uma vez recorre ao argumento da desassistência ao afirmar que as alterações foram necessárias para melhor atender os portadores de transtorno mental e seus familiares, pois a política pública passa a se adequar às demandas dos pacientes, e não o contrário (BRASIL, 2019e). Afinal, seriam os portadores de transtornos mentais e suas famílias os principais interessados e afetados pela falta de recursos, falta de vagas

¹³ Um dos estudos utilizados para embasar a reinserção da eletroconvulsoterapia na carta de serviços à saúde mental no SUS foi realizada pela ABP, mesma associação que era contra a reforma psiquiátrica na época da elaboração da lei. Um dos documentos citados para embasar a utilização da eletroconvulsoterapia foi elaborado em 2013 pela Associação Brasileira de Psiquiatria, o qual reconhece: a) ser uma técnica controversa; b) que o método já tinha sido associado como sinônimo de prática psiquiátrica manicomial e/ou como mecanismo punitivo, c) que esta visão se justificou durante um período em que o método era aplicado de forma indiscriminada (até mesmo pela ausência de opções, farmacológicas eficazes), muitas vezes sem o consentimento do paciente ou dos familiares e na ausência de dispositivos hoje utilizados, como a anestesia e relaxantes musculares. Além disso, o estudo é totalmente baseado em literatura internacional cujas pesquisas foram realizadas entre a década de 80 até meados do ano 2000, ou seja, não tão atuais como o divulgado e com realidades muito diferentes da brasileira, como o próprio documento aponta. Segundo ele, em alguns locais o equipamento de ECT é antigo e que esforços são feitos pelo Conselho Federal de Medicina para que a Resolução de número 1640 de 10 de julho de 2002 seja cumprida, responsável por regulamentar o procedimento de ECT (CFM; AMB, 2013).

assistenciais de qualidade e falta de uma Rede que contemple de fato as diferentes necessidades e cenários existentes na Saúde Mental.

Dessa forma, reinserir os hospitais psiquiátricos, modernizá-los com equipes multiprofissionais e garantir a eletroconvulsoterapia (principais alterações esclarecidas na nota técnica) foi a solução encontrada pelo Ministério da Saúde para resolver a questão da saúde mental e as considera a tais medidas as melhores práticas para as crises, sendo favoráveis dos pacientes e suas famílias e contra a cronificação, o desamparo, o abandono, o encarceramento e a morte precoce, ou seja, em defesa dos Direitos Humanos, conclusão que distorce completamente os princípios trazidos pela Reforma Psiquiátrica.

À guisa de conclusão, a nota técnica é elaborada com a função de esclarecer as mudanças na política pública de saúde mental. Ela compila as modificações trazidas pelas Resolução n. 32/2017 e Portaria n. 3.588/2017 com o fito de justificar politicamente as alterações. Fica claro pela argumentação exposta no texto que não há inovação teórica nos argumentos, eles repetem o discutido à época da elaboração da lei - desassistência, modernização do hospital psiquiátrico e financiamento dos leitos de internação pelo poder público - revela o início do desmonte da implementação da política pública prevista na Lei n. 10.216/01.

As alterações trazidas fomentam o ciclo vicioso anterior de que mais desassistência leva a procedimentos mais invasivos e internações mais longas que, financiadas pelo poder público, atraem os donos de hospitais particulares conveniados e subsidiados pelo SUS. Infelizmente, pela escrita genérica de alguns dispositivos da lei, essas alterações puderam ser efetuadas e os atores que pressionaram contra à promulgação da Lei n. 10.216 ganham voz devido a este dispositivo.

2 O DIREITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E O DIREITO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: BREVES CONSIDERAÇÕES

A reconstrução da política pública de saúde mental pelo paradigma revela como o jurídico ancorou o político, demonstrando os papéis exercidos pelo direito nas políticas públicas, como elemento constitutivo, intrínseco a tais políticas. Ao observar o direito como elemento constitutivo das políticas, é possível perceber que há um direito **das** políticas públicas e um direito **nas** políticas públicas

Qual seriam, então, as diferenças entre eles? Conforme Patrícia Helena Massa-Arzabe o direito das políticas públicas inaugura novo pensamento jurídico a partir da quebra do paradigma do *government by law*, substituído pelo *gouvernement by policies*. Naquele paradigma o direito tinha uma função de “ordenar o estabelecido para a ordenação do presente em direção a um futuro socialmente almejado [...]; essa ordenação prospectiva exige, além das normas de conduta de organização, normas definidoras de diretrizes e de metas a serem alcançadas” (2006, p.53).

Dessa forma:

[...] enquanto o *government by law* é voltado à redução da complexidade na ordenação da sociedade e à estabilização da tensão inerente entre facticidade e validade, o *gouvernement by policies* associa-se ao fenômeno da inflação legislativa caracterizada por uma complexidade normativa aparentemente caótica (MASSA-ARZABE, 2006, p.54).

A ação estatal por meio de políticas públicas vem dar conta da complexidade social, adequando-se à realidade de um Estado Social que é dirigente e intervencionista, o que requer para sua atuação a legitimação de um modelo jurídico próprio, por isso dizer que há um direito das políticas públicas.

2.1 O direito nas políticas públicas de saúde mental

Como as políticas públicas exigem uma reorganização do ordenamento jurídico para pôr o Estado em ação, o papel do direito *nas* políticas públicas é revelado. Marcelo Coutinho (2013) desenvolve essa perspectiva a partir de duas premissas: a) por ser possível observar e compreender os papéis do direito nas políticas públicas também é possível aperfeiçoá-los a partir de uma perspectiva jurídica e b) por ser possível desdobrar políticas públicas em um emaranhado de normas, processos e arranjos institucionais mediados pelo Direito, é possível observá-lo nas políticas públicas sem dissecá-lo, enxergando-o como um elemento constitutivo intrínseco a tais políticas.

Para Coutinho, o direito nas políticas públicas se comporta como uma tecnologia de construção e operação de políticas públicas, seja por definir os objetivos das políticas e situá-las no ordenamento, seja para promover arranjos institucionais ou para construir canais de participação. O direito permearia intensamente as políticas públicas em todas as suas fases e ciclos: “na identificação do problema, na definição da agenda para enfrentá-lo, na concepção de propostas, na implementação das ações e na análise e avaliação dos programas” (COUTINHO, 2013, p.186).

Em síntese, o elo entre direito e políticas públicas na visão destes dois autores está na necessidade de normas jurídicas para construir uma política pública (direito nas políticas públicas) e que essa construção jurídica reposiciona o direito enquanto instrumento de ação estatal (direito das políticas públicas). Tal constatação nos permite analisar as políticas públicas a partir do direito, a partir da análise do arcabouço jurídico sobre o qual é construída uma política.

É com base nessa perspectiva que a política pública de saúde mental foi reconstruída a partir de algumas categorias de análise, primeiro como paradigma e agora a partir da tipologia desenvolvida por Coutinho (2013), cujo objetivo principal é compreender os principais papéis do direito na concepção, implementação e gestão de políticas públicas a partir da perspectiva da administração pública, considerando que ao compreender melhor esses papéis seja possível colaborar para o aperfeiçoamento da política com vistas à efetividade/eficácia dos direitos previstos por ela.

Apesar de a reconstrução da política ocorrer a partir de seus instrumentos normativos, ressalvo que a dimensão jurídica das políticas públicas é um componente indispensável para sua existência e operacionalização, no entanto, existem demais camadas envolvidas, igualmente indispensáveis, as quais são compatíveis com a complexidade inerente à uma política pública.

2.1.1 O direito como caixa de ferramentas e como objetivo

O papel das normas na Reforma Psiquiátrica demonstra comprometimento com a transformação do modelo, atuando como um alicerce para a edificação da nova cultura assistencial. Além disso, elas foram usadas como estratégia jurídica para positivar os objetivos do movimento. Essas duas características evidenciam o uso do direito principalmente como objetivo e o uso do direito como caixa de ferramentas.

Falar em direito como ferramenta, dentro da tipologia desenvolvida por Coutinho significa dizer, “que a modelagem jurídica, ou seja, a seleção do tipo de norma a ser utilizada – mais ou menos flexível, mais ou menos estável, mais ou menos genérica [...] – formatará os meios a serem empregados para perseguir os objetivos pré-definidos da política” (COUTINHO, 2013, p. 187).

Além disso, a seleção das ferramentas jurídicas deve permitir a calibragem e a autocorreção operacional de tais políticas. Essa percepção parte do pressuposto básico de que o direito oferece distintos instrumentos e veículos para a implementação dos fins da política. A pergunta-chave se resume em: quais são os meios jurídicos adequados considerando os objetivos? Aqui nos propomos a analisar o mérito com um pequeno ajuste: os meios jurídicos usados foram os adequados para a consecução dos objetivos? Vejamos:

Figura 2 – Linha do Tempo Normativa Modelo Hospitalocêntrico:



Fonte: Elaborada pela autora

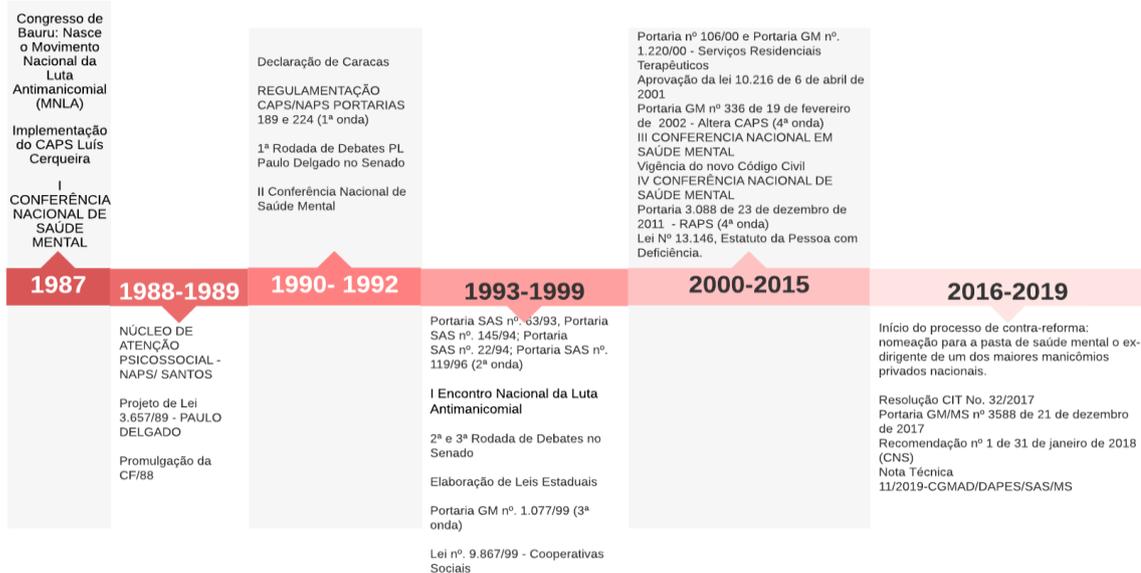
O paradigma hospitalocêntrico tem como principal característica o uso de apenas um tipo normativo: Decreto Imperial. Do ponto de vista jurídico o uso desse único instrumento indica a centralidade da política no Executivo e a convergência política na ideia do tratamento hospitalar permeia todas as normas e a fortalece com o passar do tempo. Dessa forma, todas as normas convergem para a estruturação da atenção à saúde mental com centro no Hospital.

Progressivamente ele ganha mais autonomia e centralidade, até que em 1890 o Hospício se torna um dispositivo próprio, desvinculado de outras estruturas de saúde. Em 1921 a representação da periculosidade inerente ao louco é institucionalizada com a criação do Manicômio Judiciário – estrutura existente também até os dias de hoje. A ideia de incapacidade é reforçada no ano de 1927 quando ao instituir a figura da administração provisória de bens que culmina na incapacidade civil do doente mental. A perícia médica surge como instrumento definidor da incapacidade/periculosidade. Em 1934, com todos os estamentos sobre a loucura determinados, há a positivação do tratamento compilando tudo em

uma única lei – o Decreto n. 24.559: o tratamento hospitalar é a única forma aceitável e o que determinará sua necessidade é o laudo médico. A internação é indicativo de incapacidade civil, sendo que os únicos direitos reconhecidos aos “psicopatas” são relativos ao tratamento, a exigência de um novo exame médico e a inviolabilidade de correspondência.

O uso da norma revela que o pensamento político quanto ao tratamento era unívoco, centralizado, consistente e abarcava várias dimensões da política, para além da assistencial, como analisado acima. Dessa forma, pelo modo sólido e contínuo que permeia o conteúdo dos decretos (conforme linha do tempo 1), conclui-se que os instrumentos normativos usados foram adequados para a consolidação da atenção hospitalocêntrica como um paradigma de atenção à saúde mental – e permaneceu como referência (segurança jurídica) até 1990, quando foi revogada.

Figura 3 – Linha do Tempo Normativa Reforma Psiquiátrica (1987-2019):



Fonte: Elaborada pela autora

A Reforma Psiquiátrica, por sua vez, usa uma série de instrumentos normativos (conforme linha do tempo 2) com finalidades distintas. A Constituição Federal é o evento político-jurídico que provoca rupturas no modelo de assistência asilar, centralizador e autoritário de outrora, este torna-se incompatível com a própria forma de ser do Estado. A CF, ao reinserir conceitos como cidadania, inserção social e participação popular no imaginário popular, incentiva que tais conceitos façam parte das pautas dos movimentos sociais. Eis o ponto de encontro, na reforma psiquiátrica, entre o jurídico e o político, ou seja, os movimentos sociais e suas respectivas conferências.

O tipo normativo– Conferência e Congresso – norteia o pensamento do movimento social na definição dos objetivos que queriam alcançar. Esse tipo normativo demonstra pluralidade de atores e maior participação social. Ao mesmo tempo, demonstra pulverização de demandas e ausência de um acordo uníssono sobre qual caminho seguir. Os primeiros acordos começam a ser fixados na I CNSM e as primeiras experiências práticas são realizadas (CAPS/NAPS). A principal característica dessa fase é a pluralidade de atores associada a uma desconstrução do pensamento hegemônico hospitalar vigente à época, cujo resultado estratégico culminou no Projeto de Lei Paulo Delgado. Nele fica determinado o caminho de desconstrução do manicômio, o qual deveria ser extinto, o desmonte da estrutura hospitalar com respectiva diminuição da oferta de leitos e a regulamentação das internações.

Como dito, o PL é fruto da I CNSM e normatiza o estabelecido pela Conferência. Ao analisar este projeto pensando nos objetivos que se visava alcançar encontramos algumas fragilidades. A proposta não prevê a criação de um programa de recuperação da população internada, tampouco define quais os direitos dos pacientes. Perde-se assim a chance de incluir em lei estratégias de desinstitucionalização de forma mais estabilizada no legislativo, o que futuramente será um ponto fraco na implementação da política, além de negligenciar o caráter de garantia de direitos previstos pela Reforma.

O Projeto de Lei peca também ao prever o desmonte gradual da estrutura hospitalar. Por se tratar de um desmonte gradual, isso significa que em algum nível e durante tempo indeterminado essa estrutura será usada e necessária, o que dá margem à manutenção do hospital psiquiátrico na rede a partir de sua modernização e revitalização. Essa brecha permitiu que lobbys dos grandes hospitais se articulassem no sentido de modernizar a estrutura hospitalar existente dada a imprescindibilidade de tal assistência.

O texto apresentado na Câmara realiza a discussão da Reforma Psiquiátrica na dimensão político-jurídica, reduzindo-a a alterações técnico-assistenciais, revelando apenas parte do projeto da Luta Antimanicomial. futuramente, isso atrapalhará a discussão aprofundada das demais dimensões. Talvez a melhor estratégia fosse reestruturar o modelo de atenção pensando em **produção de saúde**, tal como era discutido no cenário político da época, do que **reestruturar a forma de tratamento**.

Pensar nas conferências e congressos como norteador da política no campo político é usar adequadamente estes instrumentos normativos. Contudo, do ponto de vista jurídico, essas regras não possuem força cogente, vinculante. São importantes para determinar as linhas gerais do que se pretende fazer. Nessa toada, foi acertada a decisão do movimento de propor

uma lei com as diretrizes gerais fixadas à época sobre a necessidade de um novo modelo de assistência à saúde mental. No entanto, percebe-se pelo projeto de lei que ainda não havia um direcionamento uníssono sobre todas as dimensões suscitadas pela reforma psiquiátrica.

Dessa forma, o PL apresenta apenas o consenso majoritário fruto deste contexto histórico sobre o que deveria ser feito: regulamentar as internações, extinguir o manicômio e construir uma rede alternativa no lugar. Observa-se que a própria nomenclatura utilizada vai se modificando à medida que outros componentes da reforma psiquiátrica atravessam a dimensão jurídico-política nos textos normativos posteriores.

O início da década de 90 é marcado por dois instrumentos normativos internacionais que fortalecem política e normativamente as soluções encontradas pelo movimento no período anterior e acrescenta mais uma camada: além de reestruturar a assistência é necessário determinar em lei quais são os direitos e garantias das pessoas acometidas por transtorno mental. Essa modificação revela um deslocamento de como tratar a doença, para como proteger o indivíduo em tratamento (promover saúde).

Concomitantemente, no plano interno, há o alinhamento do Governo aos ideais da Reforma Psiquiátrica, manifestando-se na edição da primeira onda de portarias ministeriais. Em suma, elas determinam a forma de financiamento e incluem as modalidades CAPS/NAPS na tabela do SUS. Do ponto de vista político, elas demonstram alinhamento entre o MS e a militância, porém ainda não esboçam convergência sobre qual modelo assistencial seguir, apesar de inaugurarem institucionalmente novas formas de pensar a assistência. Destaca-se que foi a prática **não-manicomial** que levou ao caminho normativo e não o contrário. Na verdade, ainda vigorava a forma de tratamento anterior, sendo as experiências CAPS/NAPS exceções à regra. Nessa fase os instrumentos normativos ainda são experimentais, mas já são capazes de definir em linhas gerais o núcleo da reforma.

Ao mesmo tempo, no campo legislativo ocorre a primeira rodada de debates acerca do PL apresentado. Como avaliado acima, a forma como o texto foi inquirido desloca a discussão sobre a necessidade de modernização do aparato hospitalar a partir da diferenciação entre manicômio e hospital psiquiátrico. Também se discute quanto à acientificidade da proposta, que contrariaria os princípios da prática psiquiátrica no mundo. Ou seja, a discussão sobre a forma de tratamento se sobrepõe às consequências de como o tratamento é prestado às pessoas. O problema não seria o tratamento em si, mas a estrutura das instituições existentes. Há resistência também quanto à intervenção de autoridade judiciária na determinação da internação – prática que fere o poder/saber médico e sua autonomia profissional. Resultado: a

proposta tal como apresentada sofrerá profundas modificações. O caminho alternativo que passa a ser trilhado é o da substituição gradual dos leitos em associação com a rede conveniada de assistência.

Se o fruto da I CNSM é a proposta do PL, a II CNSM estabelece os três eixos principais da reforma psiquiátrica: construção de rede **substitutiva** (não se fala mais em rede alternativa) por meio da reestruturação da assistência, **desospitalização** (conceito que na verdade trata de desinstitucionalização) e **cidadania** compreendida como alterações na lei formal como condição para a cidadania (alterações no código civil e penal e a descrição de direitos do usuário). A II CNSM marca também o estímulo pela criação de leis estaduais. Porém, como será visto adiante, cada Estado internaliza os princípios da reforma psiquiátrica de formas e em níveis diferentes, o que multiplica ainda mais as linhas de atuação reforma, que ao ser menos central, menos coesa, torna-se fragmentada, enfraquecendo o direcionamento político: vários são os caminhos.

A ausência de objetivos, ou a pluralidade de hipóteses quanto ao objetivo da reforma psiquiátrica, pode ser observada a partir da leitura atenciosa das Leis Estaduais criadas entre 1992 e 1996. Todas elas internalizam em algum nível características dois modelos de assistência – o psicossocial e o hospitalocêntrico.

Enquanto o Rio Grande do Sul veda a construção e ampliação dos hospitais psiquiátricos, entende que deve haver substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos com uma **rede de atenção integral**, o Ceará prevê que as internações ocorrerão em hospitais gerais com a extinção dos hospitais psiquiátricos no Estado, determinando um território para atenção integral e determinando como **dispositivo central os postos de saúde**. Ambas as leis regulamentam as **internações** chamadas de **compulsórias**. Em Espírito Santo, por outro lado, fala-se em implementação de **serviços intermediários** a partir da transferência de recursos da internação para a **rede de serviços** e se alinha ao RS e CE ao regulamentar as **internações compulsórias**.

No Paraná o tratamento ainda é pautado na internação em hospital psiquiátrico, então, para regulamentá-la, estabelece critérios mais rígidos sendo uma das exigências laudo médico. De forma não excludente prevê novo modelo de atenção à saúde mental com a **substituição gradativa do modelo hospitalocêntrico**. Simultaneamente prevê a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos que vincula à aprovação dos Conselhos Estaduais e busca reavaliar a estrutura hospitalar existente com a **intenção de readequá-la** ao modelo instituído.

Pernambuco, por sua vez, limita quais serviços psiquiátricos serão disponibilizados, além de proibir a construção, ampliação, contratação, ou financiamento de novos hospitais – o que significa que operará com a estrutura remanescente. De forma semelhante, Rio Grande do Norte resolve adequar a estrutura psiquiátrica existente a partir de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e da construção de unidades psiquiátricas. Apesar de modernizar a estrutura existente, proíbe a construção de hospitais psiquiátricos, prevê a reavaliação dos existentes e autoriza obras para melhorarias nos hospitais. Pernambuco prevê a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por **rede de atenção integral** e regulamenta as **internações involuntárias**, enquanto RN opta por não regulamentar as internações, sem mencionar a criação de serviços substitutivos.

Noutro giro, Minas Gerais e Distrito Federal apresentam leis que vão além dos três eixos estabilizados na II CSNM. Assim, no Estado de MG, a reforma psiquiátrica busca a **promoção da saúde** e a **reintegração social do portador de sofrimento mental**. Define ainda **linhas de ações e serviços de saúde mental substitutivos** aos hospitais psiquiátricos com sua conseqüente **extinção**; regulamenta a **internação involuntária**. Preocupa-se com a reinserção familiar, laborativa e comunitária, estabelecendo a instalação de recursos alternativos com essa finalidade.

A lei mineira estabelece limites para terapias medicamentosas, proíbe práticas terapêuticas biológicas e outros tratamentos desumanos, violentos, invasivos e irreversíveis. Entende a **internação como último recurso terapêutico**, mas determina que as internações ocorrerão em unidade psiquiátrica em hospital geral. Os hospitais psiquiátricos serão reavaliados para serem adequados ao modelo de assistência, prevendo a longo prazo a **desativação gradual dos hospitais psiquiátricos**. Como **estratégia de desinstitucionalização** cria lares abrigados, adoção por familiares, e incentivo à autonomia social.

De forma mais extrema, o DF prevê a **extinção dos leitos psiquiátricos** em no máximo 4 anos contados da publicação da lei, além de **proibir** a autorização para a construção e contratação de novos leitos. Alinhado à MG, também proíbe a psicocirurgia e tratamentos invasivos e irreversíveis. É a única lei que **pensa em rede ao incentivar parcerias entre a secretaria de saúde, as cooperativas de trabalho associação de usuários e outros recursos comunitários**. Além disso, prevê uma **campanha de conscientização da reforma psiquiátrica e incentiva a divulgação da lei**.

Entre as Leis Estaduais também não havia consensos sobre quais seriam os direitos dos portadores de transtorno mental, tampouco havia consenso sobre como chamá-los. Nesse sentido, os Estados do Paraná, Rio Grande do Norte e Ceará não dispõem especificamente sobre os direitos nem sobre qual nomenclatura utilizar. O Rio Grande do Sul, por sua vez, estabiliza regras de proteção **aos que padecem de sofrimento psíquico** a partir da regulação das internações psiquiátricas compulsórias. O Estado de Minas Gerais também entende que os direitos e a proteção ao **portador de sofrimento mental** estão inseridos no direito ao tratamento, que deverá manter e recuperar a integridade física e mental, a identidade e a dignidade, a vida familiar, comunitária e profissional

Já Pernambuco qualifica o **portador de transtorno psíquico** como cidadão e faz longa enumeração dos direitos visando a proteção, a integração social e o acesso à assistência universal e integral. De forma semelhante, o Distrito Federal prevê aos **usuários de saúde mental** os mesmos direitos dos cidadãos de Pernambuco, acrescentando o direito ao tratamento humanitário, a proteção contra a exploração, além do respeito à liberdade e à individualidade. Nesses dois Estados os direitos transcendem o tratamento e dizem respeito a direitos fundamentais do indivíduo-cidadão-usuário dos serviços. Por fim, no Espírito Santo, de forma mais restrita, define-se que as **pessoas consideradas doentes mentais** podem receber visitas, enviar correspondências, praticar suas crenças/religiões, ter acesso ao prontuário e aos demais meios de comunicação.

Como visto, cada Estado internaliza a Reforma Psiquiátrica a seu modo, com algumas congruências e muitas discrepâncias. Faltava um plano nacional capaz de orientar as diretrizes da reforma no país, unificando-a, por isso a importância da aprovação do PL que neste período temporal (1995) estava na segunda rodada de debates no Senado, onde são apresentadas duas soluções, por meio de substitutivos, para a implementação da Reforma.

A primeira solução entende que o caminho seria reorientar o modelo assistencial a partir da substituição progressiva dos manicômios, utilizando prestadores de serviços que oferecessem serviços alternativos aos leitos manicomial, cujo financiamento seria realizado pelo Poder Público pelo prazo de 5 anos. A segunda solução afirma que o caminho é a manutenção do hospital psiquiátrico, cuja estrutura deveria ser modernizada. Essa rodada reflete as múltiplas hipóteses em torno da Reforma Psiquiátrica, sendo que ambas em algum nível são exploradas nas Leis Estaduais. Apesar de extremas e incompatíveis, elas reduzem o leque de hipóteses formuladas para apenas duas.

Enquanto no embate político-legislativo ainda não há clareza sobre qual caminho trilhar, o posicionamento estatal tem contornos mais definidos. O Governo desponta como ator e seu principal instrumento de atuação serão as Portarias Ministeriais. A segunda onda¹⁴ das portarias ocorreu entre 1993 a 1996 e ocupa-se em avaliar os hospitais psiquiátricos existentes com o fito de descredenciar aqueles cuja infraestrutura mostrar-se inadequada ou insuficiente diante dos padrões atuais. Nota-se que a lógica de modernização do aparato hospitalar, tal como debatido no Senado, é politicamente instrumentalizada pelo Ministério da Saúde. Mantém-se o hospital ao mesmo tempo que provoca redução dos leitos e fechamento de hospitais: atuação política que na prática abarca as duas visões de mundo (hospitalocêntrica e psicossocial).

Em conjunto, regulamenta-se as internações. Elas só poderão ser realizadas em hospitais avaliados e credenciados e o valor das diárias, a duração da internação e prazos de notificação são mais rigorosos. O viés de regulamentação das internações hospitalares revela que as internações psiquiátricas permanecem como forma de tratamento, não mais a única forma, porém com critérios mais rígidos e seguros, adequados ao novo *status* da clientela psiquiátrica.

O posicionamento estatal vai se delineando e não necessariamente abrange completamente a agenda da reforma. Nesse sentido, o próprio Movimento Social vê a necessidade de diferenciar entre legislação psiquiátrica e portarias ministeriais. Segundo o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, ocorrida em 1993, a legislação psiquiátrica estaria relacionada à reformulação da própria política de saúde mental no país e em cada Estado, já as portarias do Ministério da Saúde seriam atos normativos de caráter administrativo decorrentes da lei, com alcance limitado. Essa diferenciação era importante para reforçar um ponto-chave para o movimento antimanicomial, que era a transformação da forma de a sociedade lidar com a loucura e não meramente uma reformulação das formas de tratamento da doença mental.

Essa diferenciação demonstra ainda que as portarias editadas pelo MS nessa época não decorriam de lei, pois ainda não havia lei nacional para ser regulada. Tratava-se na verdade de construção paralela da política pelo Estado sem a deliberação popular no processo. Se alinhava aos propósitos da reforma psiquiátrica por ser direcionada em âmbito político por um Coordenador militante do movimento.

¹⁴ A primeira onda, como visto, positiva as experiências práticas no seio do SUS, validando-as juridicamente e permitindo sua multiplicação por outros Estados e Municípios.

Por outro lado, nota-se que os objetivos da reforma psiquiátrica propostos pelo movimento seguem em expansão, o que dificulta a atuação jurídico-política específica, já que novas pautas são adicionadas: as leis não acompanham a velocidade das mudanças sociais. Tal expansão pode ser observada no Relatório do III Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, ocorrido em 1997. No eixo Legislação e Cidadania, nove foram os aspectos centrais abordados pelo Movimento:

[..] a) o direito a assistência na rede de serviços substitutivos – as leis da reforma psiquiátrica; b) a capacidade civil de todo ser humano – a revisão do Código Civil e das interdições; c) o direito de questionar a periculosidade e a responsabilidade pelos próprios atos - a revisão do Código Penal e o fim dos manicômios judiciários; d) a defesa dos direitos humanos e as ações jurídicas em sua defesa; e) o direito de organização: os diversos modos associativos; f) os direitos sociais – do assistencialismo à cidadania; g) os direitos na rede virtual; h) o direito a inclusão nos planos de saúde; e, i) o cumprimento das deliberações do evento (MNLA, 1997c, apud PEREIRA, 2004, p.160).

Conforme Pereira,

[...] esses aspectos mostram o quanto o debate foi se alargando, ou seja, passou de um objetivo mais específico, intrínseco ao setor da saúde mental, para englobar uma gama de direitos de cidadania de forma mais geral, não tão restrita ao campo específico da psiquiatria. Essa ampliação era um espelho do percurso do movimento antimanicomial, que passou de uma luta por condições dignas aos internos para uma discussão ampliada da questão do louco na sociedade (PEREIRA, 2004, p.161).

Neste Encontro foi firmada a importância da mobilização para a aprovação do PL, sendo definidas estratégias de pressão junto ao Senado Federal. No entanto, apenas no IV Encontro ocorrido em 1999, o movimento irá manifestar apoio explícito a um dos substitutivos apresentados ao projeto de lei, o do Senador Sebastião Rocha, sendo sugeridas modificações para resgatar aspectos essenciais do projeto original, de forma a aproximá-lo do PL proposto (PEREIRA, 2004). Após os embates já vistos, a lei é aprovada. No entanto, a proposta inicial difere em muito da lei aprovada e, dado o caráter genérico da lei, ela foi capaz tanto de abraçar os avanços como tolerar a forma de tratamento anterior.

O caminho legislativo escolhido pelo movimento culminou em uma lei cuja principal característica era de formalizar a Reforma Psiquiátrica. Foi o caminho encontrado para que o ideal proposto pelo movimento fosse institucionalizado. É um marco importantíssimo para o Movimento e o direito aqui, além de ser utilizado como caixa de ferramentas, passa a ser usado como objetivo.

Entender o Direito como objetivo significa reconhecer que o arcabouço jurídico tem a característica de formalizar metas e indicar os pontos de chegada da política (COUTINHO, 2013). Trata-se de uma diretriz normativa que delimita de forma geral o que deve ser

perseguido em termos de ação governamental e que ao formalizar uma decisão política/técnica, o direito agrega-lhe traços cogentes. A pergunta chave que nos interessa responder agora é: quais os objetivos perseguidos pela política pública a partir dessa lei? Que ordem de prioridades ela instaura?

Ao analisar a estrutura da Lei n. 10.216 podemos responder que ela é protetiva quanto aos direitos das **pessoas acometidas de transtorno** mental e indicar quais os direitos delas – principalmente no que diz respeito à forma de tratamento com vistas à promoção de saúde, à recuperação e à inserção social, laboral e comunitária. Ela define como responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, indica que os atores envolvidos são sociedade e a família, além do Conselho Nacional de Saúde, órgão que fica incumbido de criar uma comissão para acompanhar a implementação da lei.

Além disso, os serviços de saúde serão prestados em **estabelecimento de saúde mental** (o que abrange tanto hospitais quanto serviços comunitários). Indica que a internação dependerá de laudo médico circunstanciado e será uma possibilidade apenas quando os serviços extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, sua finalidade será a reinserção social. Proíbe a internação em instituições com características asilares e garante ao paciente institucionalizado uma política pública específica (o que se concretizará por meio do Programa de Volta Para Casa e os Serviços Residenciais Terapêuticos). Ao final, conceitua os tipos de internação e define critérios para a alta.

O desenho geral da política foi apresentado. Dele infere-se tanto que a) a ordem de prioridades estabelecida pela política é o redirecionamento da assistência à saúde mental, o que acontecerá em estabelecimentos de saúde (não em serviços comunitários ou substitutivos) e que b) a internação é modalidade de tratamento e há preocupação legal em definir critérios para que os direitos das pessoas acometidas por transtorno mental sejam protegidos e resguardados. Os direitos elencados objetivam, em linhas gerais, garantir o acesso a um tratamento humanitário e inclusivo.

Tenório (2002) firma que a progressiva extinção dos manicômios no Brasil dependerá de duas “variáveis interdependentes: a criação de alternativas consistentes, isto é, competentes e duradouras; e a desconstrução do circuito manicômio-dependente” (p. 52). Entende que o Projeto Paulo Delgado contemplava esses dois aspectos, contudo, a Lei n. 10.216 “não é tão firme em relação a nenhum deles, mas estabelece uma inflexão positiva” (p. 52). Segundo o autor, ela “estabelece uma diretriz não asilar para o financiamento público e o ordenamento jurídico da assistência psiquiátrica no país” (p. 52-53). Aprofunda a análise:

[...] Embora a limitação da internação à situação em que os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes tenha pouco efeito prático, a lei estabelece que o tratamento visará, "como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio" (art. 4º, §1º). Obriga ainda que o tratamento em regime de internação contemple atendimento integral, inclusive não-médico e com atividades de lazer e ocupacionais (art. 4º, §; 2º), e proíbe a internação em "instituições com características asilares", que define como aquelas "desprovidas dos recursos" mencionados anteriormente (art. 4º, §3º). Isso representa um instrumento de controle dos hospitais de internação.

No seu artigo 5º, a lei obriga a elaboração de "política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida" para o paciente "há longo tempo institucionalizado" e para as situações de "grave dependência institucional" (clientela que hoje lota os asilos).[...] Isso nos faz ver que a lei é apenas o ponto culminante de um processo de normatização da assistência que vinha sendo feito pelo Executivo através das portarias ministeriais e que representa, em seu conjunto, o estrangulamento do modelo centrado do hospital e a implementação progressiva da rede mult institucional de atenção psicossocial que tornará prescindível o manicômio (TENÓRIO, 2002, p.53).

Pereira (2004) afirma que aprovar essa lei era o principal objetivo do movimento, algumas lideranças temiam que após sua aprovação o movimento arrefecesse. De fato, o contexto político dos anos que se seguiram é marcado por uma desmobilização dos movimentos sociais e, como reflexo, pouquíssimas normas foram editadas no decênio 2001 a 2011. O próprio movimento social realiza Conferências Nacionais de forma mais espaçada – nove anos entre uma e outra e durante todo este período quem toca a política é o Executivo por meio de Portarias – o que amolda ainda mais a RP à cara do Executivo, deixando a política pública vulnerável às ideias de quem ocupar a Pasta Ministerial.

Em 2000, o MS edita duas portarias em que começa a se formatar aspectos do tratamento em rede regula a oferta medicamentosa e inaugura as estratégias de desinstitucionalização com os SRT. A terceira onda de portarias vem para regulamentar os CAPS, atualizando a norma de 1992 de acordo com as exigências estabelecidas pela nova lei. A portaria editada em 2002 revela que a linha de atuação governamental consiste em expandir e diversificar a rede de serviços, além de angariar fundos para sua execução. Nota-se que o objetivo do Executivo e o da Lei n. 10.216 neste momento convergem quanto ao primeiro objetivo fixado pela lei.

No mesmo ano, há a III CNSM, a primeira após a aprovação da Lei. Nela, há a expansão e radicalização da pauta da Reforma de forma explícita. A nova meta estabelecida seria a extinção, até 2004, de todos os leitos em hospitais psiquiátricos além do desenvolvimento de uma estratégia ampla de discussão sobre a inclusão da loucura na sociedade. A primeira meta extrapola os objetivos positivados na lei, afinal, a extinção dos hospitais não era um plano da política; a segunda ainda aparece como norma programática, ou

seja, existe a intenção do movimento, mas ainda não há propostas concretas de como realizar a inclusão. Essas metas foram estabelecidas dessa forma devido a urgência observada pelo Movimento na efetivação da Reforma Psiquiátrica, que deveria ocorrer com a superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva.

De forma propositiva, a III CNSM exige a atualização da portaria SNAS n. 224/92, responsável por regulamentar os CAPS/NAPS. Seria necessário repensar o modelo dos serviços para que eles não se tornassem um modelo reprodutor da exclusão, pois não basta inserir novos dispositivos, mas é a forma de tratamento que deve ser repensada. A proposta do movimento consiste em fixar uma equipe mínima, com atendimento de abrangência regional conforme à realidade do Município. Essa sugestão não é acatada na portaria, que fixa o contingente populacional como critério para implementação de CAPS. Essa forma é criticada pelo Movimento, que também traz como proposição a flexibilização dos critérios normativos para se adaptar as realidades locais.

Em 2010, o relatório da IV CNSM demonstra do ponto de vista político que tanto os movimentos quanto a lei já estavam mais maduros, o que se refletirá na qualidade normativa das deliberações realizadas na Conferência. De forma muito precisa, ela define dois eixos de atuação para a implementação da política. O primeiro eixo consiste em posicionar os CAPS como dispositivos centrais na rede substitutiva, exigindo mudanças na normatização proposta na Portaria GM 336/2002 com o objetivo de ampliar as possibilidades para implantação de CAPS, conforme as especificidades e necessidades regionais e/ou populacionais, considerando, como critério, os fatores epidemiológicos e sociais em saúde mental, e não apenas o índice populacional, priorizando e definindo critérios para a atuação no território. Demanda, inclusive, inicialmente formulada na III CNSM.

O segundo eixo, por sua vez, busca a revisão de normativas, e a necessidade de garantir condições de trabalho, assim como financiamento para a implantação e manutenção dos CAPS e para a expansão da rede de serviços substitutivos. Neste ponto, o movimento vislumbra ser necessário lutar pela garantia dos avanços conquistados independentemente de quaisquer mudanças que ocorram no Executivo. Aqui, a fragilidade do movimento executivo-dependente é exposta, situação que apenas é trabalhada pelo movimento a partir deste ano.

O Ministério da Saúde permanece com sua própria agenda de implementação da política. Em 2011, edita a Portaria 3.088, reorganiza e redesenha a 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, sendo o CAPS o dispositivo central. Essa foi a última norma editada pelo MS que iria ao encontro aos ideais da reforma psiquiátrica. Quanto a isso, é importante ressaltar que todos os coordenadores da pasta de saúde mental eram militantes do movimento. Isso contribuiu em muito para a implementação da reforma. No entanto, depender desses atores para realizar a implementação fragilizava o projeto da Reforma, o que de fato aconteceu. Em 2016, a coordenação passa a ser dirigida por um ator alinhado ao paradigma hospitalocêntrico, fato que marca o início da contrarreforma.

Um ano antes do retrocesso, em 2015, o Movimento conquista uma pauta há muito desejada: a revogação dos dispositivos que consideravam os portadores de transtorno mental absolutamente incapazes para os atos da vida civil. Esta norma também representa o papel do direito como objetivo, fortalecendo as estratégias políticas e priorizando o indivíduo – para além do tratamento – como forma de inclusão da loucura na sociedade. Essa conquista fortalece a pauta mais abrangente do Movimento, que ao modificar a lei, sugere mudanças nas representações sociais da loucura, ainda fortemente associada ao binômio incapacidade/periculosidade.

Apesar disso, em 2016 há o início do desmonte da política pública de saúde mental implementada até ali. No ano seguinte, uma resolução e uma portaria são publicadas na contramão do executado até então. Observa-se que os tipos normativos escolhidos revelam nenhuma participação popular e refletem as alterações no Executivo. A PPSM foi montada pelo MS a partir de uma série de Portarias que indicavam um caminho paralelo (às vezes convergente, às vezes não) ao plano político idealizado pela RP e, da mesma forma, ela começou a ser desmontada.

A base da PPSM, pode-se afirmar, foi implementada a partir de portarias ministeriais tendo as leis Estaduais pouca capacidade de influenciar o plano Governamental. Afinal, são as portarias que indicam o caminho da desospitalização, da avaliação, qualificação e acreditação de hospitais psiquiátricos, que regulamentam a abertura e a expansão dos CAPS, que inaugura os serviços residenciais terapêuticos, que desenham a rede de saúde mental. E é por meio do mesmo instrumento normativo – as portarias – que o desmonte é realizado: há portaria para reinserir na rede o hospital psiquiátrico, para elevar o tempo de internação e o número de leitos, para reinserir dispositivos desterritorializados.

Inclusive, todas as alterações realizadas pela portaria ocorreram com base nas brechas legais. O caráter genérico das suas proposições e o sistema híbrido inaugurado permitiam o retorno ao modelo hospitalocêntrico, afinal, ele nunca foi desmontado, apenas modernizado,

readequado para atender melhor a clientela que fora elevada à condição de cidadã – status alcançado, sem dúvidas, graças à articulação política e social proporcionada pela Reforma Psiquiátrica.

Ainda, infere-se da descrição normativa que não houve ruptura com o paradigma hospitalocêntrico. Houve de fato o redirecionamento da política, que passou a abranger também o tratamento comunitário, mas não houve o abandono das práticas hospitalares/manicomiais, principalmente no dia a dia dos serviços. Essa inferência é confirmada pela avaliação da política, que observa a coexistência de duas formas de tratamento dentro dos serviços e a manutenção de certa institucionalidade dos usuários nos serviços de base comunitária por ficarem restringidos apenas a estes.

A reinserção social ainda é um nó na política pública cujo principal entrave é o estigma associado à loucura e as representações sociais dela cristalizadas pelo binômio incapacidade/periculosidade. Dado a característica das normas Estaduais e Federais elas não conseguiram modificar o caminho normativo; talvez, contudo, não era seu objetivo, talvez seja impossível mudar a forma de se pensar a loucura apenas por meio de mandamentos legais, apesar de ser possível favorecê-la, incentivá-la.

De toda sorte, os instrumentos normativos utilizados pela reforma psiquiátrica revelam mudanças no direcionamento geral da política, que apesar de insuficientes para quebrar com o paradigma anterior, é suficientemente forte para indicar que houve uma mudança de percurso e estabilizar as linhas gerais do novo paradigma que se pretende implementar.

As linhas de atuação reveladas pelas portarias foram capazes de desospitalizar, mas não de desinstitucionalizar, os CAPS se tornaram realidade enquanto dispositivo extra-hospitalar e não substitutivo, os serviços residenciais terapêuticos serviram para desocupar os manicômios, mas não conseguiram reinserir ou desinstitucionalizar, os serviços substitutivos foram implementados, mas não conseguiram se articular em rede. E, diante da reforma em curso, o discurso hospitalocêntrico volta a reverberar e a política é redirecionada sob o fundamento da mesma lei. A fase de crise nos remete à necessidade de um novo acordo, de novas disputas políticas, de novas articulações e também de novos caminhos normativos que sejam capazes de dar um único direcionamento à política, sem brechas.

2.1.2 O direito como arranjo institucional e vocalizador de demandas

O uso do direito como caixa de ferramentas e objetivo pretere dois outros usos que podem ser dados ao direito: como arranjo institucional e como vocalização de demandas. O

direito como arranjo institucional supõe que as normas jurídicas estruturam seu funcionamento, regulam seus procedimentos e se encarregam de viabilizar a articulação entre atores direta e indiretamente relacionados a tais políticas. Dessa forma, o grau de descentralização, autonomia, coordenação intersetorial e os tipos de relações público e público privada que suscitam dependerá da consistência do arcabouço jurídico que as estrutura (COUTINHO, 2013). Trata-se do mapa de responsabilidades e tarefas nas políticas públicas: quem faz o que? Com que competências? Como articular a política pública em questão com outras em curso?

O primeiro aspecto é falho na atual política por ser uma política complexa e contar com diversos dispositivos normativos distintos, o que cria um microsistema legal desarticulado. Ao se basear em Portarias – editadas exclusivamente pelo MS e ser marcada pelos múltiplos direcionamentos e objetivos encontrados nas leis Estaduais - é impossível haver articulação entre aqueles e estes. Além disso, há ausência de articulação entre as leis estaduais e federais, justamente porque cada uma inaugura uma forma diferente de pensar a política e tampouco há articulação entre as Leis federais n. 10.216, Cooperativas Sociais e Programa de Volta pra Casa, por articulação estabelecida no próprio texto legal ou em portarias regulamentadoras posteriormente.

O projeto da reforma é complexo e exige maior coordenação intersetorial, o que precisa inclusive ser formalizada pelos instrumentos normativos utilizados. Do contrário, cria-se ilhas legislativas incomunicáveis. Essa ausência de articulação interna revela outro aspecto problemático da estruturação da política tal como foi realizada: o direito não é capaz de vocalizar as demandas do próprio movimento. Assim, o direito atua como vocalizador de demandas, quando:

[...] as normas jurídicas podem levar políticas públicas a serem mais democráticas por meio de regras procedimentais que disciplinem consultas e audiências públicas e a publicidade dos atos administrativos as obriguem a estarem abertas a uma pluralidade de atores. Igualmente, o arcabouço jurídico pode ser mais ou menos capaz de estimular a mobilização de atores que de outra forma não se engajariam no acompanhamento e na avaliação de programas de ação públicos (COUTINHO, 2013, p. 189).

Indo além, a Lei n. 10.216 define um órgão colegiado para o acompanhamento da implementação da lei. Ele a institucionaliza ao invés de abrir democraticamente seu alcance. Além disso, a lei centraliza no Estado o desenvolvimento da política ao invés de indicar que a responsabilidade seria de todos os entes federados (arts. 2º e 12º da Lei n. 10.216). Ou seja, a própria lei limita a quantidade de atores envolvidos. Ao ser estabilizada dessa forma não dá

espaço para que os outros atores se engajem no acompanhamento e avaliação do programa, o que é um retrocesso em si.

A Reforma Psiquiátrica tem início com a articulação de base dos trabalhadores em saúde mental que tocam em diversas conferências os objetivos da reforma, afinal, quem está na linha de frente é quem sabe quais as mudanças precisam ocorrer, a velocidade dessas mudanças, quais as ferramentas necessárias para tanto. Apesar disso e de o movimento ser extremamente organizado e conseguir articulações políticas importantes, nem sempre eles conseguem imprimir na reforma o direcionamento que gostariam e ficam dependendo das normativas do Executivo, que são unilaterais, não-participativas e, em geral, técnicas, distanciadas, com vistas à operacionalidade da política e não necessariamente à impressão de um objetivo.

A ausência de participação popular nos instrumentos normativos utilizados na formalização da política pública de saúde mental é alvo de crítica por Sueli Gandolfi Dallari (2011). Segundo ela, as políticas públicas devem assegurar a “participação popular na Administração [...] para legitimar suas decisões normativas”. Nesse sentido, todo o arcabouço normativo, principalmente o sanitário, deve ser “construído com a efetiva participação de todos os interessados”. Afinal, tanto para os teóricos quanto para os movimentos sociais organizados, o “direito” deveria ter “gênese democrática e ser fruto da combinação e da mediação recíproca entre a soberania do povo juridicamente institucionalizada e a soberania do povo não institucionalizada” (DALLARI, 2011, p. 4596).

Continua:

[...] apesar de vários suportes normativos veicularem a implementação das medidas prioritárias elencadas nas Conferências e previstas na legislação durante a primeira década dos anos 2000. Nenhuma dessas portarias, contudo, faz referência ao processo da participação popular que as legitima (Ibidem, p. 4597).

A ausência de legitimidade refletiria um “menosprezo formal pelo processo de participação popular na feitura da norma”, cuja consequência seria tornar “invisível para um juiz que deva apreciar eventual disputa a respeito do uso desses recursos terapêuticos” (DALLARI, 2011, p. 4597). Com vistas a corrigir essa ausência de participação popular ela entende que o controle da execução da política pode usar como recurso, o Poder Judiciário. A possibilidade de judicialização desta política e suas respectivas consequências serão aprofundadas no próximo eixo.

EIXO II - O DIREITO COMO JUDICIALIZAÇÃO: O PAPEL DA AÇÃO CIVIL PÚBLICA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL

Este trabalho busca compreender o papel do direito nas políticas públicas de saúde mental. Ele é dividido em dois eixos perpendiculares, sendo este o momento em que eles se encontram. O Direito foi visto como “coluna vertebral” da política pública de saúde mental a partir da reconstrução histórica da política com base nos vários tipos normativos que a compõe - Portarias, Recomendações, Notas Técnicas, Leis Distritais, Estaduais e Federais. As diretrizes políticas elaboradas pelo movimento social indicam que o jurídico foi um caminho estratégico seguido para fazer valer os ideais da Reforma Psiquiátrica. Essa reconstrução nos permitiu observar as expressões do direito como objetivo, como vocalizador de demandas, como caixa de ferramentas e nos revelou fragilidades importantes quanto a capacidade de fazer arranjos institucionais devido às ferramentas jurídicas estrategicamente escolhidas para ancorar a política de saúde mental.

Porém, o Direito é, para além das normas, ação. **Judicialização**. Este é o ponto de convergência entre os eixos: devido a **ancoragem legal** da política pública de saúde mental é possível exigir perante o Judiciário a implementação da política pública. Este eixo se debruçará sobre o que a judicialização revela sobre o instrumento utilizado – a ação civil pública. Como e com qual finalidade ela foi criada? Como e quando foi percebida como um instrumento hábil de judicialização e politização de questões sociais relevantes? O que ele revela sobre os atores que o instrumentalizam – tanto Ministério Público, Associações, Defensoria Pública e Judiciário? Como a teoria jurídica que o fundamenta se desenvolveu à medida da utilização e expansão de seus usos? Como a moldura processual que o abarca permite/limita a sua utilização? Quais as impressões que o instrumento causa/gera em quem o instrumentaliza? O quão efetivo é percebido o instrumento por quem o utiliza?

Para responder aos questionamentos acima buscou-se na literatura jurídica especializada sobre o tema as edições comemorativas de 10, 15, 20, 25 e 30 anos da Ação Civil Pública coordenado por Edis Milaré. Este referencial teórico foi adotado por permitir um recorte longitudinal do instrumento que, ao colocá-lo em movimento, revela os percalços, mudanças e transformações ocorridas nele e por causa dele para além do âmbito jurídico. Após compreender os aspectos teóricos do instrumento, a pesquisa se preocupa em compreender como ele funciona na prática.

Para isso, foi realizada pesquisa jurisprudencial, com leitura do inteiro teor dos acórdãos relativos à judicialização da política pública de saúde mental por meio da ação civil pública, em que se procedeu à análise quanti-qualitativa com o objetivo de observar o papel desempenhado pelo instrumento e pelos atores em âmbito judicial e suas consequências extrajurídicas.

3 A TRANSFORMAÇÃO DA AÇÃO CIVIL PÚBLICA EM INSTRUMENTO DE JUDICIALIZAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: ORIGENS, TRANSFORMAÇÕES E DESDOBRAMENTOS

3.1 Os novos direitos difusos e coletivos

A Lei da Ação Civil Pública remonta a um tempo em que dissídios coletivos não tinham lugar no ordenamento jurídico brasileiro. Inspirados pela doutrina estrangeira a partir das questões de massa emergentes especialmente na área ambiental e consumerista, doutrinadores brasileiros começaram a teorizar sobre o tema. Fleury Filho (1995) remonta ao cenário do surgimento da discussão dos interesses difusos e coletivos, apontando os três trabalhos doutrinários pioneiros na matéria: o primeiro é de José Carlos Barbosa Moreira, preparado em Florença e publicado no Brasil, em 1977.

Em seguida, o de Waldemar Mariz de Oliveira Junior, consolidando palestras e conferências proferidas desde 1976. Por último, o estudo de Ada Pellegrini Grinover denominado, **a tutela jurisdicional dos interesses difusos**. Finalmente, como que uma síntese de todas essas ideias, foi apresentado em 1983 o trabalho **A ação civil pública e a tutela jurisdicional dos interesses difusos**, no XI Seminário Jurídico dos Grupos de Estudo do Ministério Público do Estado de São Paulo, pelos Promotores de Justiça Edis Milaré, Antônio Augusto Mello de Camargo Ferraz e Nelson Nery Júnior (FLEURY FILHO, 1995).

Segundo Fiorillo (1995), o trabalho de José Carlos Barbosa Moreira tinha como objetivo discutir a temática da proteção jurisdicional dos interesses difusos a partir de um novo instrumento capaz de romper com a estrutura clássica do processo civil – cujo modelo foi concebido e realizado para acudir fundamentalmente a situações de conflito de interesses individuais, diante da necessidade premente de tutelar situações que envolvam coletividades. Para Barbosa Moreira, o principal óbice à tutela de direitos difusos dizia respeito à legitimidade processual, pois estaria “nosso ordenamento jurídico preso ao princípio tradicional da obrigatoria coincidência entre os sujeitos da relação jurídico material controvertida e os sujeitos do processo” (MOREIRA, apud FIORILLO, 1995, p. 165).

Para resolver esse problema ele aproximou o direito difuso ao instituto da indivisibilidade do Código Civil - seria a indivisibilidade uma das notas características dos interesses difusos e, portanto, a legitimação para a tutela de tais direitos seria concorrente, “poderia ser proposta a ação por um só ou por vários dos co-titulares do interesse, ou até por todos eles, sendo isso impraticável” (Ibidem, p. 165).

A explanação de Barbosa Moreira nos faz observar que a questão do direito material e do direito processual andam juntos na gênese. Ora, há um direito indivisível do ponto de vista subjetivo, porém este direito exige a proteção por vários titulares que não dispõem de instrumento processual adequado para ver tal direito resguardado. Há a descoberta simultânea de dois direitos – o difuso em âmbito material e o processual coletivo – caracterizando uma revolução jurídica que vem evidenciar a necessidade de atualização dos conceitos jurídicos elementares, desde o que é o Direito, como acessar tal Direito e quais os instrumentos processuais aptos para isso, quem é legítimo.

Indo além, Feldmann explica que em 1985, dez anos antes do texto escrito, e dez anos após o texto de Barbosa Moreira, não se falava em **interesses difusos**, pois “a forma de ver as pessoas era atomizada, cada indivíduo visto como portador de direitos individuais próprios e com ações judiciais personalíssimas. A coletividade e a solidariedade não eram problema para o mundo jurídico. O ideal naquele tempo era a solução individual dos problemas sociais” (FELDMANN, 1995, p. 267). Por isso, a ação civil pública é um instrumento processual que tutela os interesses coletivos e, por isso, revoluciona o processo civil clássico que tutelava apenas interesses individuais.

Enquanto Barbosa Moreira desvela a revolução teórico-processual-instrumental proporcionada pela ACP, a questão da legitimidade é o ponto de partida no texto de Waldemar Mariz. De acordo com Fiorillo (1995, p.166), Mariz identifica:

[...] a existência de direitos e interesses de natureza coletiva com eventuais danos igualmente coletivos: o direito à saúde, à segurança social, ao ambiente natural, a não ser prejudicado por enganosa publicidade comercial (...), lançando as perguntas fundamentais que sempre acompanharam a problemática dos interesses difusos sob a ótica processual: a) quem teria legitimação ativa para poder agir em juízo na defesa e salvaguarda dos interesses coletivos? E, ainda, b) como fica a questão dos chamados grupos intermediários ou corpos intermediários teriam acesso ao Poder Judiciário para tutelar os interesses que representam sua própria essência, sua própria razão de existir?

Fiorillo aponta que a questão da legitimidade tal como trabalhada por Mariz repercute diretamente na “teoria da ação, no princípio do contraditório, nos poderes do Juiz bem como nas decisões nas ações ideológicas, na coisa julgada assim como na execução da ação coletiva” (FIORILLO, 1995, p.167). Nota-se que existe uma dimensão teórica (direito material e o contexto subjacente) que repercute diretamente na esfera processual, culminando na elaboração de um novo instrumento jurídico capaz de proteger os novos direitos e romper com a lógica jurídico-material anterior. Com o nascimento do instrumento, nasce o questionamento sobre quem irá operacionalizá-lo.

3.2 As propostas normativas para a proteção dos novos direitos

Essas dimensões podem ser mais claramente observadas no estudo elaborado por Grinover, Mariz em conjunto com Cândido Rangel Dinamarco e Kazuo Watanabe, que originou o Projeto de Lei n. 3034/84, conhecido como projeto Bierrebach, por ter sido este o Deputado responsável pela apresentação do projeto na Câmara. Trata-se de um marco importante para a edição da Lei n. 7347/85. A preocupação deles, como se depreende da justificativa do projeto, era a adequação teórica do processo civil individualista para a tutela dos interesses difusos a partir de instrumentos processuais, tendo por base a lei da Ação Popular, cujos vícios tentou-se evitar no projeto da LACP. Desta forma, se preocuparam com: a) a real eficácia do comando da sentença; b) aos limites da coisa julgada; c) aos controles necessários para evitar abusos; d) aos poderes de direção do juiz; e) ao conceito de reparação do dano provocado e f) a destinação dessa reparação.

Assim, o projeto Bierrbach, inspirado na lei de Ação Popular, contava com a intervenção obrigatória do Ministério Público, como autor e em companhia de associações ou do ente público e também como fiscal da lei, autorizava o litisconsórcio ativo e passivo, permitia a possibilidade de ações e do MP interporem recursos e se tornarem titulares da ação no caso de desistência ou abandono da causa. Permitia a execução pelo MP e por outras associações no caso de inércia; previa a coisa julgada com efeitos erga omnes, além de prever a requisição de documentos ao poder público e a suspensividade dos recursos.

Noutro giro, o projeto apresentado por juristas ligados ao Ministério Público de São Paulo serviu de base para o PL 4984/85 (na Câmara) e 20/85 no Senado, e contribuiu de forma decisiva para a LACP. O trabalho desenvolvido por Nelson Nery Jr, Edis Milaré e Antônio Augusto de Mello de Camargo Ferraz tinha como objetivo: a) ampliar a incidência da proteção jurisdicional para outros interesses difusos; b) criar o inquérito civil e estabelecer regras para o seu arquivamento; c) prever a ação cautelar e d) determinar o foro de competência absoluta do local do dano para a Ação Civil Pública.

Este projeto incorpora as ideias contidas no projeto Bierrbach e acrescenta várias outras. Primeiramente, inclui no rol de tutela danos ao consumidor e a quaisquer outros interesses difusos. Disciplina a regra de competência como sendo do local do dano, determina a possibilidade de ajuizamento de ação cautelar e inova com o instituto do Inquérito Civil. Este instituto, tal como define Camargo Ferraz, “é um procedimento administrativo de natureza inquisitiva e tendente a recolher elementos de prova que ensejem o ajuizamento da ação civil pública” (FERRAZ, C., 1995, p. 63). Ele identifica que este procedimento está à

disposição do Ministério Público, uma vez que este está incumbido da defesa do interesse social e que, logo, tal instrumento promove a cidadania.

3.3 A aprovação da Lei n. 7347/85

O segundo projeto apresentado foi o aprovado, porém, com o veto de Sarney quanto a amplitude da norma brechando a “efetiva defesa de quaisquer interesses difusos” (FIORILLO, 1995, p. 170). Sarney, na exposição de motivos do veto, justifica que a indefinição teórica do termo interesses difusos traria insegurança jurídica (ou seja, faltaria lastro material sobre o tema) e que, por isso, dada a amplitude da norma e por considerar que o Estado brasileiro não estava preparado para tanto, foi necessário vetá-la.¹⁵

Assim, o texto original da lei aprovada, em linhas gerais, dispõe sobre ações de responsabilidade por danos ao meio ambiente, ao consumidor e a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico. Fixa como competência funcional o foro do local onde ocorrer o dano. Ela pode ser acionada para pedidos de condenação em dinheiro e para obrigar a fazer ou não fazer. É prevista ação cautelar. São entes legítimos para sua propositura concorrentemente o Ministério Público, a União, os Estados, Municípios, Autarquias, Empresa Pública, Fundação, Sociedade de Economia Mista, Associação.

O litisconsórcio é permitido. Fica autorizado a requisição civil de informações para instruir o processo com a inclusão do prazo de 15 dias. Há a previsão de multa diária nas ações cominatórias, além da possibilidade de execução específica. É prevista multa em caso de descumprimento, bem como mandado liminar. A destinação do dinheiro das ações condenatórias deverá ir para um fundo cuja participação do Ministério Público é obrigatória. A sentença terá efeito *erga omnes*.

Especificamente quanto as atribuições do Ministério Público nesta lei, percebe-se um aumento de funções. É mantido dos projetos anteriores a atuação do Ministério Público como fiscal da lei, caso não figure como autor da ação e, no caso de desistência ou abandono da ação, cabe ao Ministério Público assumir sua titularidade. As inovações consistem na

¹⁵ Em um daqueles casos de curioso testemunho informal e privilegiado, José Paulo Sepúlveda Pertence, nas Recordações e testemunhos à guisa de prefácio que fez em obra de João Batista Almeida, assim registrou as razões recônditas do então presidente da república para o veto: “ Ao comunicar-me da decisão de sancionar o projeto, com aquele veto parcial, indagou-me o presidente se conhecia o promotor de algumas rêmoras comarcas que mencionou. À minha resposta negativa, redarguiu-me, em tom de brincadeira: ‘Ah! Então é por isso: se os conhecesse, teria medo de que amanhã algum deles entendesse que o casamento de João com Maria violava ‘outros interesses difusos’.... Já Hugo Nigro Mazzili com a argúcia que lhe é peculiar observou que a verdadeira razão do veto presidencial fora a vontade do Executivo em assegurar-se de não frequentar o polo passivo de diversas demandas que inevitavelmente surgiriam, acautelando-se da possibilidade do controle jurisdicional de seus atos (GRAVONSKI, 2010, p. 27)

construção de um mecanismo de controle social mediado pelo Ministério Público, no qual o cidadão comum **pode** e servidores públicos **devem** provocar o Ministério Público sobre fatos que constituam o objeto da Ação Civil Pública. Juízes e Tribunais também podem remeter as peças para o Ministério Público tomar as providências cabíveis.

Além disso, institui o inquérito civil, cuja legitimação exclusiva é do Ministério Público, associado do poder de requisição de quaisquer documentos às autoridades oficiais, estabelecendo o prazo de 10 dias para realizá-lo. A recusa, retardamento ou omissão de dados técnicos quando requisitados pelo Ministério Público, é tipificado como crime. Por fim, prevê a possibilidade de arquivamento do inquérito se esgotadas todas as diligências, além do convencimento da inexistência de fundamento para a propositura da ação, com remessa obrigatória ao conselho superior do Ministério Público.

3.4 As sucessivas alterações legislativas: a LACP nos dias de hoje

A Lei da Ação Civil Pública, na visão de Almeida (2015), cuida da adequação da via processual para a tutela dos direitos difusos e coletivos, enumera alguns desses direitos, define os legitimados para a atuação em juízo, inaugura o inquérito civil e outros aspectos processuais. A lei marca o início da tutela coletiva no país, que entre 1985 a 1995 é ampliada e consolidada por outros diplomas legais. A Constituição Federal, em 1988, é um desses diplomas. Ela desempenha papel preponderante ao enunciar os direitos fundamentais e sociais e estabelecer como função institucional do MP a promoção do inquérito civil e o ajuizamento de ação civil pública para a promoção de direitos difusos e coletivos.

Segundo Almeida (2015), ao elevar a ACP à *status* constitucional, o constituinte estabeleceu a um só tempo a legitimidade do MP, a adequação da via processual e ainda transforma o rol dos bens tutelados em exemplificativo. Em 1990, o Código de Defesa do Consumidor (CDC – Lei n. 8078/90) cria a ação civil coletiva para a defesa de direitos ou interesses individuais homogêneos dispostos nos art. 81 a 104. Esses três diplomas – LACP, CF E CDC – formam o núcleo essencial para a defesa em juízo dos interesses difusos, coletivos e individuais homogêneos (ALMEIDA, 2015).

No que diz respeito à importância do CDC para o microsistema dos direitos difusos e coletivos, acrescenta Alvim (2015) que os principais dispositivos que permitem essa função integrativa entre os códigos seriam: a) o art. 90 CDC c/c art. 21 da LACP, os quais respectivamente permitem a aplicação da LACP no CDC além de permitir a aplicação do título III do CDC à LACP; b) o art. 84, que amplia os poderes do juiz ao prever a concessão

de tutelas específicas nas obrigações de fazer e não fazer e c) o art. 113, que acrescentou ao art. 5º da LACP os §§ 4º, 5º e 6º, e que afasta o requisito de pré-constituição pelo juiz, permite o litisconsórcio facultativo entre os MPs e autoriza o compromisso de ajustamento de conduta.

A partir de 1995, Almeida (2015) aponta que a LACP sofreu restrições por parte do Governo Federal mediante Medidas Provisórias em três âmbitos: coisa julgada, legitimidade e abrangência temática. Essas estratégias, para o autor, seriam uma tentativa de livrar o Executivo de condenações em nível nacional. Assim, para barrar as liminares em caráter nacional houve a edição da Medida Provisória 1570 de 1997, posteriormente transformada na Lei n. 9.494 de 1997, que modificou o art. 16 da LACP com o intuito de reduzir a abrangência dos efeitos da coisa julgada *erga omnes* para colocá-los nos limites da competência territorial do órgão prolator. Uma vez limitados os efeitos à área territorial da competência do juiz, afastar-se-ia a possibilidade de decisões e sentenças com abrangência regional e nacional.

Tal modificação trouxe divergência entre a doutrina e a aplicação da lei pelos tribunais. Para a doutrina, o art. 103 do CDC teria redação idêntica ao art. 16 da LACP e por não sofrer nenhuma limitação em seu conteúdo, poderia ser utilizado para afastar a limitação imposta, justamente por causa do efeito integrador entre o CDC e LACP. Além disso, afirma a doutrina que a alteração não correspondeu à boa técnica jurídica, pois não aludiu ao objeto do processo, limitando unicamente os efeitos da coisa julgada e esquecendo-se que são eles determinados pelo pedido – que não sofreu nenhuma restrição, visto que nenhuma alteração foi levada à feito no art. 93 do CDC.

Por fim, a principal crítica à alteração esclarece que a limitação à abrangência da coisa julgada nas ACP contraria toda a filosofia dos processos coletivos destinados a resolver molecularmente os conflitos de interesse ao invés de atomizá-los e pulverizá-los. A mudança contribuiria para a multiplicação de processos, exigindo múltiplas respostas jurisdicionais, quando apenas uma seria suficiente. Apesar das críticas, o Poder Judiciário acolheu e aplicou as restrições.

Noutro giro, a limitação à participação das associações ocorreu por meio da Medida Provisória 1798/1999, substituída pela Medida Provisória 1906 de 25/11/1999. A restrição diz respeito aos membros das entidades associativas que só serão legítimos se na data da propositura da ação tiverem domicílio no âmbito da competência territorial do órgão prolator. Como desdobramento desta medida, a medida provisória 2102-26 de 27.12.2000 passou a exigir das associações civis para o ajuizamento de ACP ou ações coletivas em geral que

indicassem domicílio do beneficiário no âmbito da competência do órgão julgador, além de ata da assembleia com relação nominal dos associados e seus respectivos endereços.

No que diz respeito às limitações quanto a temática, Arruda Alvim (2015) informa que a Medida Provisória 2180-35/2001 restringe o uso da ACP a pretensões que envolvam tributos, contribuições previdenciárias, o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS ou outros fundos de natureza institucional cujos beneficiários podem ser individualmente determinados. Apesar dos retrocessos, em 2001 a mesma medida provisória ampliou o rol de bens tutelados incluindo ao art. 1º da LACP a infração à ordem econômica e à ordem urbanística.

Em 2011 a Lei n. 12.529 permitiu a condenação a danos morais coletivos (MORAES, 2015) e em 2014 a ACP pôde ser usada para tutelar a honra e a dignidade de grupos raciais, étnicos ou religiosos graças à Lei n. 12.966, enquanto a Lei n. 13.004 adiciona a tutela ao patrimônio público e social. A tabela a seguir ilustra as diferenças entre os textos dos projetos de lei, da lei aprovada e das modificações que ocorreram nela ao longo dos últimos 30 anos.

Tabela 7: As sucessivas alterações legislativas na LACP:

	PL 3034/1984 (Projeto Bierrbach)	PL 4984/1985	Lei n. 7347/85	Alterações normativas
ABRANGÊNCIA	Danos ao Meio ambiente e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico	Danos ao meio ambiente, ao consumidor, bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico, qualquer outro interesse difuso	Danos ao Meio ambiente; a consumidor; a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico	Lei n. 8078/90 (CDC) Reinsere a proteção a qualquer interesse difuso e possibilita a atuação do MP na proteção de direitos individuais homogêneos (art. 81, III CDC) MP 2180-35/2001 Restringe o uso da ACP à tributos, contribuições previdenciárias e FGTS, porém inclui a proteção à ordem urbanística Lei n. 12.529/11 Amplia para permitir danos morais coletivos e

				aplicar a ACP à infrações à ordem econômica
				Lei n. 12966/2014 – tutela à honra e a dignidade de grupos raciais étnicos ou religiosos
				Lei n. 13.004/2014 tutela ao patrimônio público e social
COMPETÊNCIA	Não previsto	Foro do local onde ocorrer o dano	Foro do local onde ocorrer o dano	
LEGITIMIDADE	MP, associação, união, estados, municípios, autarquias, empresas públicas, fundações e sociedades de economia mista	MP, União, Estados, Municípios, autarquia, empresas públicas, fundação, sociedade de economia mista, associação	MP, União, Estados, Municípios, autarquia, empresas públicas, fundação, sociedade de economia mista, associação	Medida Provisória 1798/99 e MP 1906/99 - limitações às associações: só poderão pleitear em juízo se na data da propositura da ação tiverem domicílio no âmbito da competência territorial do órgão prolator MP 2102-26/00 – passa a exigir além da indicação do domicílio, ata de assembleia com relação nominal dos associados e seus respectivos endereços Lei n. 11.448/2007 – Inclui a Defensoria Pública no rol de legitimados
OBJETIVO DA LEI	Condenação em dinheiro, cumprimento de ação de fazer ou não fazer	Condenação em dinheiro, cumprimento de ação de fazer ou não fazer	Condenação em dinheiro, cumprimento de ação de fazer ou não fazer	Art. 84 do CDC Ampliação dos poderes do Juiz na concessão de tutelas específicas nas obrigações de fazer e não fazer

INSTRUÇÃO PROCESSUAL	Requisição às autoridades competentes certidões e informações que julgar necessárias, fornecidas no prazo de 15 dias;	Requisição às autoridades competentes certidões e informações que julgar necessárias, fornecidas no prazo de 15 dias;	Requisição às autoridades competentes certidões e informações que julgar necessárias, fornecidas no prazo de 15 dias;	Requisição às autoridades competentes certidões e informações que julgar necessárias, fornecidas no prazo de 15 dias;
PAPEL DO MP	Fiscal da Lei quando não figurar como parte; associação pode intervir como assistente do MP no processo penal; em concorrência com as associações, assumirá a titularidade em caso de desistência /abandono; iniciar a execução;	Fiscal da Lei quando não figurar como parte; associação pode intervir como assistente do MP no processo penal; em concorrência com as associações, assumirá a titularidade em caso de desistência /abandono; instaurar o Inquérito Civil, requisitar documentos, arquivar o inquérito civil, iniciar a execução	Fiscal da Lei quando não figurar como parte; assumir a titularidade em caso de desistência /abandono; instaurar o Inquérito Civil, requisitar documentos, arquivar o inquérito civil, requisitar documentos, iniciar a execução	Seu papel é reforçado pela Constituição Federal (art. 127 e 129, III) e pelas leis orgânicas dos ministérios públicos estaduais editadas a partir de 1993. Art. art. 113 do CDC acrescenta os ao art. 5º da LACP os §§ 4º, 5º e 6º que, respectivamente, afastam o requisito de pré-constituição pelo juiz, permite o litisconsórcio facultativo entre os Ministérios Públicos (União, DF e Estaduais) e autoriza o compromisso de ajustamento de conduta.
MULTA DIÁRIA NAS AÇÕES COMINATÓRIAS	Previsto	Previsto	Previsto	
INQUÉRITO CIVIL E ARQUIVAMENTO	Não previsto	Previsto	Previsto	Recebe reforço constitucional – art. 127 e 129, III CF
AÇÃO CAUTELAR LIMINAR	Não previsto	Previsto	Previsto	
EFEITOS DA SENTENÇA	Previsto	Previsto	Previsto	Alterado pela Lei n. 9494/97 a coisa julgada erga omnes é limitada à competência

				territorial do órgão prolator
				*possibilidade doutrinária de aplicação do art. 103 do CDC; divergência entre Tribunais
FUNÇÃO INTEGRATIVA	Não previsto	Não previsto	Art. 21 – incluído pelo CDC: permite a aplicação dos arts 81 a 104 à LACP (título III CDC)	Art. 90 CDC – aplicam-se às ações previstas neste título as normas do Código de Processo Civil e da Lei n. 7.347, de 24 de julho de 1985, inclusive no que respeita ao inquérito civil, naquilo que não contrariar suas disposições.

Fonte: Elaborado pela autora

3.5 Desdobramentos do desenho processual no papel do Ministério Público

3.5.1 Abrangência material e legitimidade

A amplitude temática estabilizada na lei possui reflexo direto na legitimidade conferida ao Ministério Público, tanto pela LACP, quanto pelo texto constitucional e pelo CDC. Assim, quanto mais matérias forem tuteladas pela LACP, maior será a atuação do Ministério Público, vez que triplamente legitimado. Nesse sentido, Nery Junior (1995) traz exemplos da abrangência da legitimidade do Ministério Público diante da expressão direitos difusos e coletivos:

[...] a) higidez do mercado financeiro; b) correta instituição e cobrança de impostos, taxas e contribuições de melhoria; c) proteção dos aposentados; d) proteção da comunidade indígena (CF, art. 129, V); e) a proteção da criança e do adolescente (ECA 208 e ss); f) a proteção das pessoas portadoras de deficiências (Lei n. 7.853/89); g) a proteção dos investidores no mercado mobiliário (Lei n. 7913/89); h) defesa do patrimônio público e social (CF, art. 129, III); i) a proteção do patrimônio público contra o enriquecimento ilícito de agente ou servidor público (Lei n. 8429/92); a proteção do meio ambiente (natural, cultural, do trabalho); k) a proteção do consumidor (CDC); l) a proteção da vida, da saúde e da segurança das pessoas.” (NERY JUNIOR, 1995, p. 358).

Indo além, Fiorillo (1995) aponta que pelo fato de os direitos difusos possuírem amparo na Carta Magna, ao adotar o critério de interpretação das disposições constitucionais como atributivas de direitos ao invés de metas meramente programáticas ou enunciadoras de

princípios, tal interpretação expandiria ainda mais a gama de direitos tuteláveis pelo Ministério Público. Ele argumenta que algumas normas assumem claramente a característica ou natureza de direitos transindividuais, de natureza indivisível, de que são titulares pessoas indeterminadas e ligadas por circunstâncias de fato. Assim exemplifica:

[...] o princípio de que todos são iguais perante a lei; o direito a vida digna; o uso da propriedade; a higiene e segurança do trabalho; a educação; o incentivo à pesquisa e ao meio científico e amparo à cultura; à saúde; o meio ambiente natural; o consumidor; a proteção ao patrimônio cultural; a família, a criança, adolescente e idoso e mesmo algumas regras vinculadas à comunicação social, demonstram a existência e preocupação do legislador maior em apontar estes direitos transindividuais em sua ótica material (FIORILLO, 1995, p. 175).

Compreendida a abrangência do termo e a constante possibilidade de expansão de seu conteúdo, no que diz respeito a legitimidade, Nery (1995, p. 366) retoma o raciocínio ao concluir que sempre que se estiver diante de uma ação coletiva, estará aí presente o **interesse social**, o que legitima a intervenção e a ação em juízo do Ministério Público,

Além disso, o art. 82, I do CDC confere legitimidade ao MP para ajuizar ação coletiva, seja qual for o direito a ser defendido nessa ação, haverá legitimação da instituição para agir em juízo. Por sua vez, o art. 81, parágrafo único do CDC diz que a ação coletiva poderá ser proposta para a defesa de direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos (incs. I a III). Assim, o argumento de que ao MP não é dada a defesa de direitos individuais disponíveis não pode ser acolhido porque em desacordo com o sistema constitucional e do CDC, que dá tratamento de interesse social à defesa coletiva em juízo. O *parquet* não pode agir na defesa de direito individual puro, por meio de ação individual. Caso o interesse individual seja homogêneo, sendo defendido coletivamente, (CDC, art. 81 parágrafo único, inciso II) essa defesa pode e deve ser feita pelo MP (CDC 81 I, por autorização da CF 129, IX e 127 *caput*) (NERY, 1995, p. 366).

3.5.1.1 A diferença jurídica entre direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos

Enquanto os autores mencionados se ocupam em delimitar a abrangência material dos direitos a serem tutelados pelo Ministério Público, Mancuso (1995) realiza a fundamentação jurídica destes direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos, conceituando-os. Ele explica a diferença entre os direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos. Para o doutrinador, os direitos:

[...] difusos e coletivos são, sem jogo de palavras, essencialmente coletivos, ao passo que os individuais homogêneos são apenas episódica ou contingentemente “coletivos”, já que o são somente na forma judicial pela qual vêm exercidos (MANCUSO, 1995, p. 439)

Prosegue:

[...] Nos difusos e coletivos os sujeitos são, pela ordem, absoluta ou relativamente indeterminados, e o objeto, nos dois casos, é indivisível (embora nos difusos essa indivisibilidade seja mais evidente, porque a vinculação subjacente é com uma simples circunstância de fato (CDC, art. 81, I)), ao passo que nos coletivos essa indivisibilidade já apresenta uma certa concreção pelo fato de ser referida a uma “relação jurídica de base” (CDC art. 81, II) (MANCUSO, 1995, p. 439).

Já no que concerne aos interesses individuais homogêneos, os sujeitos são identificados (ou ao menos identificáveis), e o objeto é cindível, divisível, atribuível a cada um desses sujeitos. O elemento básico e caracterizador desses interesses reside no fato de “derivarem de uma “origem comum”, eles apresentam-se muito numerosos, de sorte que sua veiculação através da ação coletiva acaba sendo o mais indicado”. (MANCUSO, 1995, pp. 439 - 440)

Dessa forma, pode-se dizer que é a essência meta individual dos interesses difusos e coletivos que determinam o processo coletivo – estes direitos são os responsáveis por inaugurar o novo paradigma jurídico-processual e toda uma revolução no modo de pensar e operacionalizar o direito. A única forma de protegê-los seria por meio da ação de finalidade coletiva, desde que observada a legitimidade ativa correspondente ao procedimento jurídico adotado. Os direitos individuais homogêneos não são propriamente novos direitos, são antes direitos individuais, mas que devido a uma origem comum, é recomendada sua proteção de forma coletiva, aí o instrumento processual cabível também seria a Ação Civil Pública, principalmente devido ao efeito *erga omnes* de sua sentença, o que permite maior homogeneidade e segurança nas decisões.

Até aqui vimos como a LACP foi originada e quais restrições e ampliações normativas pelas quais passou. Foi visto que pelo desenho processual de ancoragem constitucional, o Ministério Público é alçado à categoria de protetor qualificado das mais diversas categorias de direitos – tudo o que for abrangido pela expressão, interesse social. No entanto, para além da legitimidade para tutelar tais matérias o texto legal e constitucional confere ao MP um instrumental inédito – o inquérito civil. Tal ferramenta realiza profundas modificações no papel institucional do MP, alça os promotores à categoria de agente político e, em termos processuais, fortalece a instrução processual da ação civil pública, interferindo na dilação probatória e nos elementos de convencimento do juiz, o que interfere no processamento da ação. É o que passa a ser discutido na próxima seção.

3.6 A ferramenta inquérito civil e suas consequências jurídicas e institucionais

De acordo com Burle Filho (1995), o inquérito civil foi concebido como instrumento exclusivo do Ministério Público, destinado à colheita de provas e esclarecimentos de fatos que poderiam ser relevantes no caso de propositura da ACP. Em sua definição, “o inquérito civil não é em si uma função, e sim um instrumento, que legitima [...] o exercício da função investigatória” (BURLE FILHO, 1995, p. 321). Esse poder investigatório, prossegue, é função exclusiva do Ministério Público tanto por dicção constitucional quanto legal: a legitimidade concorrente se dá apenas para o ajuizamento da ação.

Mazzilli (2015) explica que a criação do inquérito civil foi necessária, pois na área cível o Ministério Público contava apenas com ferramentas avulsas, como a requisição e a notificação para se preparar para a ação judicial. Então, na década de 80, os promotores de justiça Antonio Augusto Camargo Ferraz, Edis Milaré e Nelson Nery Junior, na elaboração do anteprojeto de Lei da Ação Civil Pública, previram a existência do inquérito civil à imagem e semelhança do Inquérito Policial. Sua principal finalidade seria investigar fatos que ensejassem o ajuizamento da ACP à cargo do Ministério Público, sendo instaurado, presidido e arquivado pelo próprio MP.

Para este autor, o inquérito civil é “um instrumento de investigação administrativa prévia, instaurado, presidido e arquivado pelo MP, destinado a apurar a autoria e a materialidade de fatos que possam ensejar uma atuação a cargo da instituição” (MAZZILLI, 2015, p. 316). Seu objetivo é instruir o membro do Ministério Público na tomada de decisão, quanto a propositura ou não de medidas judiciais ao seu alcance.

A instauração do inquérito civil ocorre por meio de portaria interna do Ministério Público, cujo membro responsável por sua instauração iniciará a coleta dos elementos de convicção - oitiva do investigado, dos lesados, das testemunhas -, requisitará documentos, fará vistorias, exames, perícias e ao final elaborará um relatório que ou culminará na propositura da ação civil pública ou no arquivamento. Uma vez instaurado o inquérito civil, vários efeitos jurídicos ocorrem. Há a publicidade dos atos, seguido da prática de atos administrativos executórios (expedição de notificações e requisições, determinação de condução coercitiva, realização de atos de instrução), faz óbice a decadência, tem valor relativo em juízo e há a necessidade de encerramento oficial.

Por se tratar de procedimento e não processo, não se sujeita ao princípio da ampla defesa e do contraditório. Tal característica interfere no valor da prova, esta teria valor

relativo, tal como ocorre com o inquérito processual. A prova produzida nessa fase serviria apenas para embasar pedidos de liminares e cautelares. O tema da valoração da prova no inquérito civil é controverso na doutrina. Sobre o tema, Moraes Voltaire de Lima (1995) indicava ser incontroverso que a prova produzida no Inquérito Civil não se submetia ao contraditório, por se tratar de procedimento extrajudicial de natureza inquisitiva, informal. Devido a essas características, a doutrina entendia que a prova nele produzida deveria ser refeita em juízo, a fim de respeitar a ampla defesa e o contraditório. Neste ponto, nos atenta Alonso Jr (2001) para o fato de que nem sempre seria possível reproduzir a prova, devido ao transcurso do tempo, o que seria uma grande perda para a sociedade representada pelo autor.

Para contornar essa perda, Alonso Jr (2001) argumenta que a prova produzida no inquérito civil tem presunção de legitimidade, pois se trata de laudos, relatórios e pareceres oriundos de órgãos públicos especializados. São documentos oficiais os quais gozariam de fé pública, os quais, inclusive, tem o condão de instrumentalizar os termos de ajustamento de conduta – fato já pontuado por Vieira (2001). Assim, para Alonso Jr (2001, p. 257) “o caminho é criar novos instrumentos, mas sobretudo redimensionar os já existentes em muitas oportunidades pessimamente utilizados”, indicando que essa prova deveria ser utilizada no processo, ao invés de onerar o MP com a incumbência de refazê-lo. A controvérsia permanece nos dias atuais.

Segundo Mazzilli (2015), o Inquérito Civil é um poderoso instrumento investigatório que auxilia o órgão ministerial a cumprir a missão constitucional atribuída. Ele permite uma aproximação do Ministério Público aos fatos investigados e, ao ter maior controle sobre estes, pode aprimorar sua atuação institucional e judicial. Assim, se durante uma investigação realizada por meio do inquérito civil for encontrado irregularidades, é permitido ao Ministério Público que faça um acordo com a parte lesiva para ajustar sua conduta antes do ajuizamento da ação civil pública, extraprocessualmente. Trata-se de Interessante desdobramento da função investigatória do Inquérito Civil prevista pelo art. 113 do CDC, que inclui o §6º no art. 5º da LACP.

3.6.1 O compromisso de ajustamento de conduta

Para haver a transação é indispensável a realização do Inquérito Civil, para que sejam definidos os termos do acordo. Mazzilli (2015) explica que o objetivo do acordo é o ajustamento da conduta (consistente em uma obrigação de fazer ou não fazer), atinente à tutela de interesses transindividuais. O termo de ajustamento de conduta deve envolver uma

obrigação certa e determinada para que seja exequível, deve prever sanções em caso de descumprimento, dispensa testemunhas e gera a formação de título executivo extrajudicial, o que dispensa homologação judicial (MAZZILLI, 2015).

Dois fundamentos autorizariam a transação. O primeiro é jurídico e diz respeito à indisponibilidade dos direitos difusos e coletivos, cuja legitimidade foi outorgada ao ministério público. Segundo Alonso Jr (2001), a indisponibilidade se impõe em função da via processual adotada que, por ser coletiva e acionada por terceiro em defesa de interesses alheios, tornaria incompatível o poder de disposição. Para ele, a legitimidade extraordinária do Ministério Público na tutela desses direitos está diretamente relacionada à indisponibilidade de tais direitos: uma vez que o individual autoriza que seu direito seja defendido por outrem em uma coletividade de indivíduos que fazem a mesma escolha, o direito deixa de ser individual (e portanto, disponível) e reveste-se de indisponibilidade (tanto pela legitimação extraordinária, quanto pela via processual adotada).

A segunda decorre da experiência fática que demonstra que o responsável pelos danos está disposto a se adequar às exigências legais ou dar fim ao dano perpetrado por este, a partir da intervenção do Ministério Público, sendo que tal atitude seria buscada por meio do ajuizamento da ação civil pública. Nesses casos, antes mesmo de previsão legal específica, já era aceita a possibilidade de transação. A situação ganha contornos jurídicos ao ser positivada no art. 113 do CDC, que inclui o §6º no art. 5º da LACP. Ele explica que o ordenamento jurídico à época não aceitava a transação de direitos indisponíveis, mas que a partir dessa redação a questão dos direitos difusos e coletivos seria tratada de forma diferenciada, afastando tal postulado.

Explica ainda, que embora a norma em sua literalidade refira-se ao ajuste extrajudicial, autoriza, obviamente, a sua realização em juízo que, de resto, será inafastável se estiver em curso a ação civil pública. Assim, o compromisso se justifica caso ainda não intentada a ação. Se proposta, a transação será viável, deverá ser feita no processo e passará a contar com título judicial (sentença homologatória), seu conteúdo mínimo deve compreender todas as obrigações cabíveis e necessárias para a composição da ofensa (VIEIRA, 2001, p. 229).

No que diz respeito à celebração do acordo, Mazilli (2015) diz que podem realizá-lo o Ministério Público, a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal; sendo vedada a atuação por Associações Cíveis, Fundações Privadas e Sindicatos. Indo além, Alonso Junior atenta-se para o fato de que o dispositivo não faz referência à necessidade de participação do Ministério Público no Compromisso de Ajustamento de Conduta quando a iniciativa é de

outro ente legitimado. No entanto, o autor afirma que a intervenção do MP é indispensável em termos de eficácia do compromisso. Justifica seu posicionamento a partir do seguinte raciocínio:

[...] se é imprescindível a participação do Ministério Público como fiscal da lei nas ações propostas pelos demais co-legitimados, a mesma razão há de prevalecer para tornar obrigatória sua participação na celebração do compromisso extrajudicial eis que se trata, da mesma forma, de exercer a competência constitucional que lhe foi reservada quanto à defesa dos interesses sociais, em ato do qual resultará a definição das obrigações (liquidez e certeza) e, conseqüentemente, título executivo (VIEIRA, 2001, p. 234).

Seguindo o seu pensamento, a ausência do Ministério Público na celebração do compromisso representaria supressão ilegítima do exercício institucional outorgado pela Constituição Federal, cuja consequência seria a invalidade do negócio jurídico celebrado. Portanto, ele tem por indispensável a atuação do Ministério Público, seja para propor a transação, seja para validá-la quando proposta por outro legitimado. Como fica, então, a posição dos demais legitimados?

De acordo com Vieira (2001) uma vez celebrado o compromisso de ajustamento, desapareceria - em tese - o interesse de agir dos demais co-legitimados. Ou seja, uma vez firmado o acordo, independentemente de todos os interesses do outro ente legitimado ser contemplado pelo acordo realizado pelo MP, aquele perderia o direito de ação em virtude do compromisso firmado junto ao órgão.

Por fim, quanto aos limites do conteúdo do acordo, a liberdade de estipulação fica restrita ao modo, tempo, lugar e condições de cumprimento das obrigações pelo autor do dano, devendo o ajustamento de sua conduta traduzir integral satisfação da ofensa, sendo “indispensável a existência de procedimento ou inquérito civil contendo o completo esclarecimento do fato e a adequação e suficiência das obrigações para a efetiva reparação” (VIERA, 2001, p. 296)

Novamente, a figura do Ministério Público é descrita como indispensável e a ênfase no órgão apequena a atuação dos demais legitimados, os quais ficam dependentes da atuação do Ministério Público para firmar um acordo extrajudicial.

3.6.2 As modificações institucionais geradas pelo Inquérito Civil no Ministério Público

Para Camargo Ferraz (2001), o principal responsável pelas modificações institucionais ocorridas no seio do Ministério Público está na figura do inquérito civil: é em virtude dele que

o Ministério Público, representado pela figura do Promotor de Justiça, desponta como agente político, o que, em termos práticos, altera a própria organização institucional do órgão.

Antes do Inquérito Civil, explica Camargo Ferraz (2001), a atuação cível tradicional do Ministério Público se limitava a uma postura fiscalizadora baseada em pareceres jurídicos que não tinham força vinculativa pelo Juiz quando da decisão. Não havia poder de iniciativa dado ao Promotor: ele não age de ofício, apenas reage com sua análise jurídico-processual do caso que chega até seu gabinete por determinação legal. Tampouco tinha o Promotor poder de atuação extraprocessual, sua responsabilidade findava a partir das providências processuais adotadas. Tratava-se de uma atuação formal e burocrática.

Com o advento da ação civil pública e do inquérito civil, a postura do *parquet* é modificada. Enquanto instituição agora lhe é permitido agir *ex officio* e investigar, notificar, requisitar, intimar – tudo graças ao inquérito civil. O promotor imbuído de novas ações não mais se identifica com um mero funcionário de gabinete, passivo, adstrito à sua “escrivania e preso aos limites dos fóruns, mas ganha a rua, passa a ter contato direto com os fatos sociais, políticos, administrativo e econômicos” (FERRAZ, C., 2001, p.90) sendo-lhe permitida (e encorajada) sua intervenção com respaldo Constitucional.

No entanto, antes da ACP e da Constituição de 88, o MP era órgão vinculado ao Poder Executivo e sobre sua existência falava-se apenas em três artigos onde se estabelecia apenas a forma de organização do MP junto a juízos federais e tribunais, disciplinava a chefia do MPU e determinava a forma de ingresso na carreira (LEONEL, 2010). Apesar do reposicionamento jurídico e político realizado pela Constituição de 88, que descreve as funções institucionais do MP em capítulo próprio, sem vinculação aos demais poderes do estado e estabelece novo perfil de trabalho novas garantias institucionais, nossa cultura construiu essa instituição (e o Poder Judiciário também) privilegiando os aspectos técnicos, cuja formação jurídica incentiva a isenção absoluta, de forma a inibir o caráter político de tais carreiras (FERRAZ, C., 2010).

As inovações institucionais trazidas pela ACP e pela CF/88 geraram uma contradição entre o papel do Ministério Público como tradicionalmente exercido (cujo repertório institucional foi construído anterior a estas duas normas) e o socialmente e juridicamente esperado dele após estes diplomas legais. Mas foi pela lógica tecnicidade/isenção que a instituição teve sua estrutura orgânica definida: membros vitalícios, aprovados em concursos públicos, com garantias institucionais como a inamovibilidade, irredutibilidade de subsídios. Porém, deles é exigido atuação política com atuação de ofício na investigação de fatos

potencialmente lesivos, na proteção de temas sensíveis para a população – o que exige **escolhas políticas** da instituição.

Segundo Camargo Ferraz (2010), a ACP fez brotar no seio do MP um sentimento de responsabilidade pelos bens, valores e interesses cuja tutela lhe foi confiada. Isso significa dizer que o funcionário que antes reagia ao estímulo “consistente em receber os autos e processos para análise jurídica transformou-se no agente que deixava o gabinete para investigar danos a interesses sociais de que toma direto conhecimento, ajuizando ações para prevenção ou reparação desses danos” (p.127). É desta forma que o Ministério Público desponta como agente político e vê sua atuação constantemente questionada quanto à sua **legitimidade e parcialidade**, acusados de atuação por motivos políticos ou por motivos de promoção pessoal.

Camargo Ferraz (2010) aponta que o que torna a atuação dos promotores frágil na condição de agentes políticos resvala na fragilidade do sistema de legitimação de sua atuação. Haveria inconsistências no sistema de engenharia institucional do MP que precisariam ser corrigidas. Parte do equívoco estaria na forma de escolha dos promotores. Aponta esse autor que a mera realização de um concurso público não pode conferir imediatamente “vitalícia legitimidade para a defesa social” (p. 128).

Assim, o sistema de carreiras instituído não é suficiente para assegurar a legitimação dos Promotores; nem mesmo a escolha do Procurador-Geral pelo chefe do Poder Executivo, eleito pelo povo, é suficiente para legitimar as ações do Ministério Público. Além disso, o desenho institucional da carreira de funcionário público possui apenas controles correccionais de natureza técnica, jurídica, sem que haja avaliações de eficácia dos serviços prestados à sociedade. O autor entende que seria indispensável para conferir mais legitimidade ao órgão, a submissão de sua atuação a controles sociais ou políticos de suas atividades.

3.6.3 O inquérito civil e o controle judicial das políticas públicas

Encerro os desdobramentos trazidos pelo Inquérito Civil com questionamento levantado por Mazzilli (2001), que nos encaminha para a discussão quanto à possibilidade de controle judicial das políticas públicas ao abordar os limites investigativos do Inquérito Civil. O Ministério Público pode instaurar inquérito civil para investigar decisões da administração tomadas dentro do campo da discricionariedade administrativa? A resposta simplória concorda com a possibilidade. No entanto, o doutrinador revela os nuances dessa afirmação ao atestar:

[...] que não poderá, porém, o membro do MP, seja por meio de inquéritos civis, seja por meio de ações civis públicas é pretender impor ao administrador critérios discricionários dele, Promotor de Justiça, ou do Juiz, membro do Poder Judiciário, no tocante à utilização do orçamento, nem querer tomar do administrador o poder de decidir quais despesas, investimentos ou opções são as melhores para a coletividade – pois para tomar essas decisões o administrador foi investido eletivamente pela soberania popular, e não o Promotor de Justiça nem o Juiz. (MAZZILLI, 2001, p. 276).

Compactua do mesmo pensamento Camargo Ferraz (2001). Ele fundamenta ser possível o controle dos atos administrativos com base na leitura principiológica da constitucional da soberania popular e da proteção aos direitos humanos. Assim, diante de denúncias constantes de corrupção, desvios e improbidades, por ser o Brasil um estado Democrático de Direito, caberia o controle e a fiscalização de tais atos pelo Ministério Público por meio da ACP. Ele explica que a necessidade do exercício de controle sobre o poder político administrativo tem raiz nos princípios do regime republicano e democrático e seria: “a) a supremacia do bem comum sobre o interesse particular de indivíduos ou grupos, b) a supremacia da Constituição e das leis sobre a vontade dos governantes; c) a responsabilidade no exercício de funções públicas” (FERRAZ, C., 2001, p. 94), que se desdobrariam no dever de prestar contas e na submissão a sanções por atos ou omissões contra a lei.

Ele também fundamenta **politicamente** as razões para o controle via ACP da improbidade administrativa. Segundo ele, ao Governo e à Administração são delegados poderes de representação de toda a coletividade quanto à gestão de seu patrimônio e demais interesses relevantes. A improbidade administrativa feriria profundamente o pacto social firmado. Dessa forma, “combater a improbidade, pois, significa assegurar a confiança no Estado e na Administração, bem como a estabilidade da própria democracia” (Ibidem, p. 95).

Completa:

[...] combater a improbidade administrativa, mediante o uso da ação civil pública, significa combater um modelo de administração viciado e profundamente entranhado nas tradições e cultura brasileiras; significa, por outro lado, a crucial tentativa de tornar o Estado viável (eliminando verdadeiros sorvedouros de recursos públicos) e, com isso, recuperá-lo como instrumento necessário de promoção do bem-estar, de redução das desigualdades, de promotor de justiça social, de democracia e de cidadania (Ibidem, p. 96).

Nesse ínterim, a interpretação cada vez mais abrangente das possibilidades da ACP leva Mancuso (2001) a perceber a potencialidade da ACP agir como instrumento de controle judicial das políticas públicas. Ele explica que a judiciabilidade das políticas públicas é possível por se tratar de interesses (e direitos) difusos e, portanto, é importante a discussão

conceitual terminológica travada pela ACP em seus primórdios: afinal, é a partir da terminologia que os limites do controle judicial são estabelecidos.

3.6.4 A ação civil pública como instrumento de políticas públicas

Dito de outra forma, é a ancoragem jurídica de determinada política que permite sua judicialização. Ao se determinar a abrangência dos conceitos, interesses difusos, coletivos e metaindividuais, se determina o que é possível ser levado à Justiça por meio da ACP. Mancuso observa a gradativa ampliação do objeto da ação civil pública que não se “reporta à titularidade do interesse ou do valor em causa, mas prende-se ao binômio **relevância social + representação adequada** e, assim, de um lado, possibilita o acesso à Justiça de certas massas de interesse ainda não tipificadas normativamente “ (2001, p. 713, grifo do autor).

O binômio apresentado revela que mais temas de relevância social serão levados ao judiciário de forma coletiva e que a este caberia a) uma atuação política e b) adequação institucional para atender as demandas, ao mesmo tempo que revela a ampliação do rol de atribuições dada ao Ministério Público, que, com a ACP, se firma como o principal legitimado. Tanto a figura do judiciário quanto a do Ministério Público vão se consolidando como dois novos atores sociais cujo comportamento influenciará diretamente nas políticas públicas estatais.

O despontar do Judiciário como ator político é permitido graças às modificações no conceito de Estado ao longo do tempo. Ao remontar ao desenvolvimento histórico-político do conceito de Estado Moderno, Mancuso (2001) observa que a figura do Estado se confundia com a produção de normas, o que representaria a supremacia do Legislativo em relação aos demais poderes. Este tipo de Estado era chamado de nomocrático. Atualmente, o Estado possui a finalidade de gerar funções, atividades, oferecer serviços e utilidades conforme o estabelecido nas normas-objetivo. O termo telocracia Estatal denominaria, então, esse Estado provedor e mantenedor de políticas públicas.

Ao comparar os dois tipos de Estado, explica o autor que o Estado nomocrático, como afirmado anteriormente, limita a função Estatal à função Legislativa, assim, a mera edição da norma representava o ponto ótimo e coroamento da atividade precípua do Estado. A função legiferante bastava à boa gestão da coisa pública e ao bem-estar dos cidadãos. Dessa forma, o Estado não seria “um poder que age, mas uma autoridade que zela pela tranquilidade e segurança da sociedade” (MANCUSO, 2001. p.732).

Ao ser o Estado nomocrático (= editor de normas) suplantado pelo Estado telocrático há o deslocamento da importância da edição da norma para finalidade estabelecida por ela, tornando-se mais importante do que a norma em si. Assim, além da norma é necessária sua implementação efetiva, “para que estas desçam do plano teórico ou formal e se convertam em políticas públicas idôneas e operantes (Ibidem, p.735)”. No Estado telocrático, portanto, o critério de exigibilidade se desloca do enunciado expresso na norma para o campo do programa governamental estabelecido na norma e, por isso, impositiva para o Poder Público. A este cabe buscar os “meios idôneos para implementar efetivamente os objetos estabelecidos, donde resulta que a ineficiência na consecução desse mister sujeita o poder público à sindicabilidade de seus atos e omissões e consequente responsabilização de seus agentes” (Ibidem, p.735).

Destarte, a promulgação de uma lei nesse tipo de estado é apenas um começo, depois dela e por causa dela, obrigações deverão ser adimplidas, condutas implementadas cuja inércia, omissão, negligência terão as respectivas “responsabilidades administrativas e políticas atribuídas ao Estado e aos seus agentes” (Ibidem, p.734). A partir da resignificação do conceito de Estado e suas novas atribuições é que o Judiciário vai se destacando como Poder **interveniente** e a sindicabilidade desponta, justificadamente, como um caminho a ser trilhado.

O conceito de sindicabilidade revela a possibilidade jurídica de se submeter efetivamente qualquer lesão ou ameaça de lesão a algum tipo de controle judicial. Mancuso explica que o caminho que leva à sindicabilidade parte de uma exigência social sobre os operadores do Direito, em especial aos julgadores, de quem é exigido “um maior e mais estreito compromisso com o valor do justo (o acesso a uma ordem jurídica justa), a par de uma prestação jurisdicional deveras idônea em seu grau de eficácia social” (2001, p. 742).

Não mais basta, portanto, na moderna concepção de Estado **Social** de Direito, a singela edição de normas (a nomocracia estatal), como também não mais satisfaz a simples subsunção das normas aos fatos se essa tarefa não vier acompanhada por um compromisso com a realização da justiça social, o que só ocorre quando o aplicador da norma perquire sobre a idoneidade dos meios empregados para a consecução dos fins ali estabelecidos (a telocracia estatal). Todo este contexto evidencia que não há como sustentar o argumento de que a sindicabilidade judicial sobre as políticas públicas implicaria ingerência indevida do Judiciário, afinal este estaria:

[...] permeado de vontade política, de determinação para atuar, de disposição para fazer operar um efetivo Estado *Social* de Direito, esperando-se dos operadores do Direito que não se contentem com a fria subsunção dos fatos à norma, mas que dêem um passo a mais, entrando a indagar acerca da idoneidade dos meios empregados para a consecução dos fins e programas estabelecidos na norma de regência; porque é essa – a eficiência na implementação do previsto nas normas-objetivo – a atual *condição legitimante* do Estado moderno (MANCUSO, 2001, p.744).

Ao despontar como poder imbuído de vontade política, a discussão sobre ser permitido ou não judicializar políticas públicas soa como falsa antinomia. Conforme Mancuso (2001), este raciocínio estaria viciado por uma petição de princípio, pois as políticas públicas teriam natureza de meros atos de gestão ou de governo o que não se compatibilizaria com seu contraste judicial, por conta do resguardo à separação entre os Poderes. Inclusive, sob o:

[...] prisma técnico processual, [...] no sistema constitucional brasileiro, a garantia de acesso à justiça se apresenta *axiologicamente neutra*, nesse sentido de ser deferida ante um histórico de lesão sofrida ou temida, a um *afirmado* direito ou interesse, inexistindo, pois, nenhuma exigência adicional quanto à natureza da controvérsia, quanto às pessoas – públicas ou privadas – nela envolvidas e, muito menos, quanto a saber se a pretensão é ou não *fundada* (Ibidem, p. 738, grifo do autor).

Ou seja, o ato de judicializar é compatível com as políticas públicas porque não se questiona a política em si. O que é questionado judicialmente é se a política está sendo cumprida conforme o determinado nas leis que a originaram. Não se discute o mérito administrativo, discute-se, por meio do processo, se à lei (política pública) é dada efetividade esperada. O processo enquanto instrumento sindicante é neutro e a possibilidade de utilizá-lo é prevista constitucionalmente. Por tais motivos, conclui que a contraposição entre política pública e controle judicial configura uma falsa antinomia, vez que:

[...] os princípios constitucionais têm de ser compatibilizados entre si, para conviverem harmoniosamente, sem que um esvazie o conteúdo ou enfraqueça a eficácia do outro; assim é com esse espírito largo e conciliador que se deve ler os princípios da independência entre os Poderes e o da garantia de acesso à Justiça (MANCUSO, 2001, pp. 738 -739).

Compreendidas as razões do controle, o autor justificará porque o Ministério Público é o ente legítimo para exercê-lo. O Ministério Público teria legitimidade para fazê-lo. Justifica sua resposta com um conjunto de elementos característicos do órgão: a) a indisponibilidade material de sua atuação; b) a incumbência constitucional de defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais disponíveis; c) sua autonomia funcional, administrativa e financeira. Ao depositar a legitimidade para o controle ao Ministério Público, o instrumento ganha um novo uso, ultrapassa a tutela, torna-se instrumento de exigência, de intervenção, denúncia.

3.6.5 O papel do Ministério Público na tutela coletiva

Então, qual o lugar ocupado pelo Ministério Público na tutela coletiva, em especial no ajuizamento das ações civis públicas? Ao colocar o Ministério Público como ente legítimo ao controle dos atos administrativos, o desequilíbrio entre os legitimados da Ação Civil Pública é acentuado, como observa Mancuso (2001). Em sua avaliação:

[...] seria desejável, no atual estágio de desenvolvimento da ação civil pública, que o largo espectro de seu objeto viesse acompanhado por uma distribuição mais equilibrada, equitativa, no que concerne às iniciativas judiciais, mediante uma participação mais expressiva dos demais co-legitimados (MANCUSO, 2001, p. 750).

Esse desequilíbrio, conclui, não condiz com a democracia participativa que o constituinte previra. A ideia original consistia na integração cooperativa dos vários segmentos da sociedade civil em esforço comum para uma melhor gestão da coisa pública “mediante o exercício consciente e responsável da ação civil pública” (MANCUSO, 2001 p. 750).

A preponderância da atuação do Ministério Pública também é observada por Leonel (2010), porém com bons olhos. Este autor afirma que o MP é ente mais atuante e quem mais introduziu a matéria do ponto de vista fático na rotina forense. Do ponto de vista institucional também houve a criação de promotorias especializadas, o que foi replicado em quase todos os estados brasileiros em virtude do processo coletivo. Seus membros, inclusive, contribuem doutrinariamente para a consolidação teórica da temática.

Positiva também é a avaliação de Burle Filho (2001), quem considera a ACP um instrumento de educação democrática. Segundo ele, na medida em que “o exame das mais diversas ações civis públicas promovidas preponderantemente pelo Ministério Público revela que elas estão levando a sociedade e o próprio dirigente político ou administrativo a uma reflexão altamente educativa no aspecto social e democrático” (BURLE FILHO, 2001, p. 362). O papel educativo da norma é revelado a partir do cumprimento de deveres públicos e democráticos, ou ainda, na condenação de entidades ou pessoas por terem excedido os limites da lei.

Isso acaba por ensinar ora os cidadãos, o agente público e as empresas, ora as associações e os sindicatos, a agirem, viverem e se comportarem democraticamente, isto é, a respeitarem a Constituição, a lei e os interesses difusos, coletivos e até mesmo individuais. Tal ensinamento ocorre sem violência física ou intervenção policial, transformando a ação civil pública em instrumento constitucional de convivência política e social não violento, no

pertinente às regras democráticas: em “instituto de solução judicial e pacífica dos conflitos qualificados pela presença de interesses difusos e coletivos”. (Ibidem, p. 364).

O caráter pedagógico da norma também é observado por Milaré (2001). Ele afirma que por meio dela as fronteiras dos direitos da sociedade civil foram alargadas entre “iniciativas e procedimentos que, mais do que jurídicos e processuais, foram social e politicamente pedagógicos” (p. 9-10), os quais foram responsáveis por despertar a cidadania e desencadear processos participativos voltados à defesa dos interesses coletivos.

Apesar de tantos predicados, ou por causa deles, Burle Filho (2001) adverte que o Ministério Público, na qualidade de principal legitimado, e o julgador, devem cuidar para que não ajuízem e não julguem Ações Cíveis Públicas precipitadas e destituídas de fundamentação adequada ou sem justa causa. Se o fazem, aviltam o próprio instituto porque caracteriza abuso de direito e violação ao dever de probidade que se impõe aos atores destacados. Além disso, não devem ceder às tentações da popularidade, pois esta é uma forma de perder a autoridade, o que corromperia, conseqüentemente, a Justiça que deve ser feita.

Sobre o tema, acrescenta Camargo Ferraz (2010) que apesar do fato dos Promotores poderem agir de ofício na defesa dos interesses sociais em temas de grande repercussão cujo resultado possui forte impacto no cenário político e econômico, a população carece de mecanismos adequados de controle da atuação e dos resultados alcançados por ela. Questiona que não é sabido – nem pela sociedade, quiçá pela própria instituição – quais as taxas de sucesso ou insucesso e que não se tem acesso aos critérios de escolha dos interesses a serem defendidos em relação aos demais.

Afirma que o MP assume o papel de intérprete do interesse social, de intérprete da sociedade, mas não há, em contrapartida, sistemas de transparência que demonstrem os critérios adotados a dar prioridade para a defesa de certos interesses sociais em detrimento de outros, ainda que dotados da mesma relevância social. Tampouco existe mecanismos que permitem avaliar a eficácia (resultados) das medidas tomadas.

Camargo Ferraz (2010) critica a instituição nesse sentido. Segundo ele, ela aceita o aumento de seu poder, mas resiste à necessidade de criar os meios correspondentes de controle, sobretudo controle social sobre a atuação realizada. A ausência desses controles revela postura corporativista da instituição, o que revela ainda e mais a necessidade de modificação de suas estruturas institucionais, as quais reputa inadequadas. Vê corporativismo e excessiva burocracia também no âmbito do Poder Judiciário diante de sua incapacidade de

apresentação de dados objetivos e completos sobre aspectos fundamentais de suas atividades.

Exemplifica:

[...] Em quantos processos de natureza civil os entes públicos são parte? Quanto dinheiro público foi recuperado em inquéritos civis ou em ações civis públicas? Quantas áreas verdes foram reflorestadas em virtude de ações civis públicas ou em acordos em inquéritos civis? Qual o tempo médio das várias demandas judiciais separadas por natureza? (FERRAZ, C., 2010, p.131)

Em sua visão a inexistência de órgãos de levantamento de dados ou de planejamento nas estruturas do Poder Judiciário e do Ministério Público é sinal indiscutível do formalismo que em grande parte domina essas estruturas. Alinhado a Camargo Ferraz (2010), além do controle dos atos para conferir mais efetividade e legitimidade ao Ministério Público, Leonel (2010) também percebe a investigação como um ponto para aprimoramento da atuação do Ministério Público na tutela coletiva.

Para ele, as investigações devem voltar-se a fatos determinados com a instauração devidamente justificada e com o objeto delimitado. Sugere que o MP conceda aos investigados a oportunidade de acompanhamento da investigação e de prestar esclarecimentos e juntar documentos que contribuam para o esclarecimento dos fatos.

Apona que como decorrência natural da investigação ocorre o aumento das soluções negociadas extrajudicialmente, que para ele, seriam a melhor resposta. Os motivos são variados: abrevia o tempo para o cumprimento da obrigação, há o atendimento espontâneo, o resultado concreto é praticamente imediato e não há os desgastes inerentes à via processual. Considera uma forma de efetivamente assumir as responsabilidades sem que haja a transferência desta ao Judiciário (LEONEL, 2010).

Além disso, observa a necessidade de adequação técnica no uso da ACP no que diz respeito a causa de pedir e o pedido, afirmando que os pedidos mal formulados ocasionam insucesso nas demandas. A adequação técnica de demanda permitiria uma melhor atuação ministerial na judicialização das políticas públicas (LEONEL, 2010). Pondera, no entanto, que embora o MP tenha recebido do constituinte o papel voltado à promoção de mudanças sociais, é extremamente tênue e ainda não claramente definida a linha divisória entre aquilo que pode, de forma legítima, ser obtido em juízo por meio da ACP e o que se encontra dentro da esfera exclusiva de decisão do Poder Público da Administração pública.

Neste ponto sugere que na causa de pedir remota, quando do pedido inicial, haja uma descrição fática dos elementos do pedido com informações suficientes para demonstrar que não há outra opção para o administrador que não seja a adoção da medida pleiteada. Para ele,

demonstrar a inexistência da discricionariedade administrativo é o melhor caminho para vencer as resistências das iniciativas em sede de políticas públicas (LEONEL, 2010).

É pacífico, de acordo com a doutrina analisada, que a atuação do Ministério Público na defesa dos direitos difusos e coletivos é legítima, preponderante, necessária e deve ser estratégica, demandando sempre constante aprimoramento. No entanto, tal atuação tem desdobramentos. Conforme desenho legal do instrumento, ao MP incumbe provocar o Judiciário por meio de uma ação - resultado de um amplo processo investigativo e ausência de transação - e requerer seu pronunciamento contra atos do Poder Executivo que o Ministério Público julga inadequado, insuficiente.

A efetividade do instrumento fica adstrita ao acolhimento do pedido pelo Juiz do pleito do Ministério Público contra a Administração. Fica limitada também a submissão da Administração ao provimento judicial dado. Então, por mais que o MP realize a parte que lhe cabe na fiscalização e investigação de situações potencialmente violadoras dos interesses difusos, é necessário que o Poder Judiciário esteja alinhado ao Ministério Público para que o potencial da ACP seja completamente aproveitado: do outro lado da balança da Ação Civil Pública está o Poder Judiciário, cuja atuação também será política.

3.7 Consequências da ação civil pública como instrumento de judicialização de políticas públicas na atuação do Poder Judiciário

3.7.1 A ação civil pública, o princípio da separação dos poderes e o papel decisório do Juiz

A ação civil pública permite um controle mais extenso e mais profundo sobre a administração pública. Extenso porque abrange a defesa de interesses difusos e coletivos (o que abrange em si todos os direitos sociais elencados na Constituição Federal, sem prejuízo do rol exemplificativo previsto no art. 1º da LACP). Profundo por permitir ao juiz impor obrigações de fazer e não fazer contra a administração pública que figura, constantemente, no polo passivo dessas demandas (FONTES, 2005).

Para este autor, a judicialização da vida administrativa trouxe questionamentos quanto aos limites da intervenção judicial: (quanto) é possível intervir na discricionariedade administrativa? Haverá a criação de normas pelo judiciário sob o pretexto da proteção dos direitos difusos e coletivos? São essas tensões que passamos a analisar.

Primeiramente, destaca-se a que a judicialização do **interesse público** abrange e é abrangida pela própria noção de interesse difuso. Instado a se manifestar sobre o tema, o juiz faz a apreciação direta sobre o interesse público, o que não era permitido pelo seu papel

tradicional, afinal, no processo civil clássico, a proteção do interesse público e sua implementação ficam adstritos aos Poderes Executivo e Legislativo. O papel do juiz cível, neste contexto, faz uma análise do interesse público de forma indireta a partir da solução dos litígios individuais.

É nesse sentido que Macedo Junior (2005) afirma que o uso da ação civil pública enquanto instrumento de políticas públicas é uma das questões mais tormentosas no que diz respeito à tutela dos direitos difusos e coletivos. Segundo ele, haveria uma vinculação relevante entre a importância dos princípios na prática jurídica resultado do paradigma pós-moderno no qual o Estado Social de Direito está inserido, a tutela coletiva dos interesses transindividuais e o direito social. Para correlacionar estes termos, ele explica as diferenças inauguradas pelo direito social em comparação com o direito individual. Ao fazê-lo, descortina os princípios processuais que são colocados em xeque pelos direitos sociais, o que implica em novas regras de julgamento. O resumo desse raciocínio encontra-se disposto na tabela abaixo:

Tabela 8: A correlação entre direito individual, princípios, direito social e as novas regras de julgamento:

Direito individual	Princípios questionados	Direito Social	Novas regras de julgamento (moldura decisional)
O indivíduo é concebido como unidade detentora de direitos subjetivos	Princípio dispositivo (a definição da lide deixa de ser moldada conforme a vontade dos litigantes) e o princípio do <i>nul pleide par procureur</i> – a ninguém é lícito postular em seu nome próprio direito alheio	Direito dos grupos: procura socializar os riscos e perdas sociais variáveis conforme os grupos e situações sociais envolvidos; É contraditório: não há apenas um direito como pensado pela doutrina liberal, mas sim, direitos, visto que não há apenas uma norma, mas um regime de normalidades provisória e flexivelmente integradas.	Juízo de ponderação Os princípios não obedecem à lógica do tudo ou nada, implicam balanceamento. O que será feito considerando as relações sociais envolvidas e não mais o conceito jurídico abstrato.
O direito é a criação contratual do indivíduo por meio da liberdade contratual	Princípio da demanda (a invocação de que a tutela jurisdicional é direito de cunho individual dependendo no resguardo dos interesses em conflito à própria e exclusiva	Torna-se instrumento de governo e administração, na medida em que orienta os critérios de legitimação das políticas sociais e acordos de cooperação econômica.	O juízo de equilíbrio (ponderado) deve ser flexível e adaptável à mudança social, pois não se define por critérios <i>a priori</i> . Todos os princípios ficam relativizados um em

	iniciativa do sujeito-titular, vedada a atuação <i>ex officio</i> do juiz		relação ao outro. Os princípios são reflexionantes, pois se reportam a uma medida de si que varia de acordo com o câmbio da normalidade e da normatividade
Consequência: individualismo processual	Isonomia: as partes são consideradas iguais perante o juiz	Consequência: o direito social tem uma dimensão política o que é refletido na judicialização da política e politização do jurídico	O resultado justo da decisão é pensado em termos de distribuição e alocação equitativa de vantagens e proveitos. A noção de equilíbrio implica na ideia de escala e contrapeso
		Para ciência política e teoria democrática, isto implica na ampliação do debate sobre a atualidade da teoria clássica da Tripartição dos Podres e na ampliação da arena do debate público sobre o direito (já não mais tão confinado no Poder Legislativo).	
O interesse de agir tornou-se patrimônio do indivíduo e variava segundo as circunstâncias e relações jurídicas e sociais de que participava.	Questiona o princípio de acesso à justiça	O interesse não mais pertence a indivíduos ou a grupo de indivíduos claramente definíveis, individualizáveis, mas sim a um conjunto por vezes indeterminável de interessados. O que culmina na massificação da sociedade e o surgimento de um novo tipo de demanda de interesses de natureza coletiva	Há a socialização do julgamento: o direito social tem como fundamento a sociologia e não uma filosofia que busque critérios universais e transcendentais de medida.
O direito e ação é compreendido como propriedade individual e privada.	O princípio da autoridade limitada da coisa julgada – a decisão judicial como regra só atinge as partes processualmente representadas, não afetando terceiros, estranhos ao processo	O direito de ação transcende e extrapola os efeitos entre as partes processuais e gera efeitos na coletividade.	No <i>Welfare State</i> – há a conciliação entre uma lógica econômica de mercado com princípios redistributivos de equilíbrio e solidariedade, há espaços para a coexistência de regras de julgamento de matriz liberal e de matriz social.

A questão da nova moldura decisional, em virtude do nível de abstração das normas jurídicas invocadas à proteção dos interesses difusos e coletivos é, em parte, assim como os novos direitos, produtos das transformações do Estado e do próprio Direito no século XX. Tais direitos estão inscritos na forma de princípios gerais que passaram a ter **força normativa**.

A função jurisdicional é convocada por meio da ação civil pública a aplicar tais princípios gerais a situações concretas cujo efeito interfere na própria conformação desses direitos. Este raciocínio nos conduz ao fato de que o papel da magistratura, em razão dos direitos sociais, é modificado: ao interpretar, ponderar, equilibrar direitos tão amplos, vagos, fluidos e programáticos, exige-se “alto grau de criatividade e ativismo do juiz chamado a interpretá-los” (FONTES, 2005, p. 473).

Nesse contexto, uma vez que o legislador não é capaz de prever todos os direitos difusos e coletivos, a via judicial se apresenta a mais adequada para questionar tais direitos, com o ônus de permitir aos juízes margem maior de liberdade e criatividade na aplicação dos princípios gerais de direito às situações concretas. A atividade criativa dos juízes, no entanto, precisa ser limitada a fim de evitar confusões entre os papéis Executivo, Legislativo e Judiciário. Notadamente, em virtude do uso da ACP, dadas as características próprias deste tipo de demanda – efeitos erga omnes da sentença e a possibilidade de condenação às obrigações de fazer e não fazer - a doutrina fala em uso patológico deste instrumento.

As críticas, no que diz respeito a temida figura do juiz-legislador, Fontes (2005) rebate-as argumentando que o papel do juiz é limitado ao objeto da causa (causa de pedir e pedidos), o que limita a abrangência do direito material a ser protegido. Dessa forma, não se fala em criação da lei pelo judiciário, há meramente a aplicação da lei processual circunscrita aos limites da lide, fixados pela moldura processual inaugurada pela ACP, sem criar norma de conteúdo material para protegê-la. Como observa o autor, antes de uma demanda chegar ao Judiciário, ou melhor, certa demanda só chega ao Judiciário porque foi constituído o interesse difuso em direito. Apenas assim o direito difuso, judicializável, seria suscetível de proteção.

Quanto à condenação e às obrigações de fazer e não fazer, a distinção entre normas programáticas e princípios constitucionais esclarece os limites da atuação jurisdicional. Se a obrigação recair sobre uma norma programática, essas são consideradas aptas a produção de efeitos jurídicos do tipo **negativo** com a vedação dos poderes públicos a atuar em sentido contrário ao estabelecido pela norma.

Segundo Fontes (2005), as normas programáticas são melhor questionadas via controle de constitucionalidade das leis incompatíveis com ela, pois tais normas não conferem direito subjetivo, conferem apenas uma abstenção Estatal. A obrigação de fazer - baseada exclusivamente em norma programática devido ao seu caráter abstrato e genérico – acarretaria por sua aplicação em interpretações diferentes e em medidas práticas diversas, o que pode ultrapassar o limite jurisdicional de sua atuação, além de se revestir de caráter legislativo.

Já os princípios constitucionais gozam de eficácia plena e aplicabilidade imediata. Dessa forma, mesmo que abstratos e sem disposição legal específica, podem autorizar o juiz a impor obrigações de não fazer e requerer a anulação de atos administrativos. Fontes (2005) alerta, contudo, ao fato de que os princípios também apresentam campo semântico vasto, o que comporta interpretações diversas ou opostas. Para ele, quando a questão é muito polêmica e controversa (cita como exemplos a questão da homoafetividade e das cotas raciais), elas não podem ser resolvidas pela dogmática jurídica e o Judiciário deve recuar por falta de legitimidade política.

Ainda, no que diz respeito as obrigações de fazer a ação civil pública, tematiza os limites da intervenção judicial derivados da discricionariedade administrativa. Para o autor, nessas ações há a redução da discricionariedade devido à análise do caso concreto. Ele afirma ser frequente o ajuizamento de ações em face de um ente estatal nas quais o MP objetiva a construção de uma escola ou tratamento de esgoto, enfim, situações que exigem a prestação de serviços públicos. Algumas dessas ações, porém, requerem na prática a imposição de destinação específica dos recursos públicos. Nestes casos, Fontes (2005) afirma que se trata de invasão da discricionariedade administrativa e que a demanda será juridicamente impossível: formulações genéricas que envolvam o âmbito da discricionariedade administrativa devem ser rejeitadas.

Sobre o tema, Frontini (2001, p. 701) colaciona alguns julgados demonstrativos da jurisprudência que revelam como o raciocínio da separação dos poderes estava incrustado no imaginário jurídico da época. No Recurso Extraordinário n. 63128-GO, a ação consistia no pedido do Ministério Público em condenar o Estado de Goiás a construir um centro de recuperação e triagem de menores. O pronunciamento judicial indefere o pedido sob o argumento de que “haveria uma intromissão indébita do Poder Judiciário no Executivo, único em condições de escolher o momento oportuno e conveniente para execução da obra reclamada” (6ª turma, relator Min. Adhemar Maciel, Lex 86/149 apud FRONTINI, 2001, p. 701). Nesse caso, o STJ confirmou a decisão dada pelo Tribunal de Justiça do Estado,

reforçando a ideia de que “o Executivo, constitucionalmente autônomo, goza de total liberdade para eleger as obras prioritárias a serem construídas” (6ª turma, relator Min. Adhemar Maciel, Lex 86/149; apud FRONTINI, 2001, p. 701).

O mesmíssimo raciocínio é encontrado, como demonstra Frontini (2001, p. 701-702), em julgado do Tribunal de Justiça de São Paulo. Nesse caso a ACP postulava a condenação do Estado a construir e manter em funcionamento cadeia pública e casa de albergado. A justificativa para o indeferimento indicava que “ao Estado cabe, no exercício de sua autonomia, decidir por lei estadual se constrói cadeias públicas e em que comarcas, segundo as prioridades que estabelecer de conformidade com as disponibilidades financeiras.” (Apelação cível 271.710-1 – JTJ 190/10 apud FRONTINI, 2001, p. 701).

Nota-se que em todos os julgados colacionados o objetivo da ação é obrigar o Estado a fazer algo. Todos os argumentos utilizados nas ementas das decisões desencorajam a considerada indevida intromissão do Poder Judiciário no Executivo, reconhecendo a este o poder de escolher o momento oportuno e conveniente para executar a ação exigida judicialmente. As ementas reforçam o caráter autônomo do Executivo e a liberdade que possui a eleger as obras que considerar prioritárias. Eles recusam a responsabilidade de deliberar quanto aos atos administrativos mesmo quando instados a isso por meio da Ação Civil Pública. A doutrina também advoga pela impossibilidade de deliberação, sob pena de violação constitucional da separação entre os Poderes.

Ora, seguindo a lógica do instrumento, o ajuizamento de ação civil pública para obrigar o Estado a fazer algo é intentado após a abertura de inquérito civil no qual foram ouvidas autoridades, documentos foram requisitados, intimações para esclarecimentos realizadas e todos esses elementos apontaram: a) a necessidade da realização de algo e b) a demora ou ausência de sua realização.

Se teoricamente é criado um instrumento para que haja a proteção de direitos difusos e é comprovado no curso do processo que a deficiência existe, mas ao invés do julgador condenar o devedor a realizar a ação considerada necessária, este se omite e declara que quem deve determinar quando deve ser feito é justamente o poder em mora, qual a utilidade prática do instrumento? Qual a competência do judiciário para julgar a matéria? Esse efeito é observado nas ações que visam a obrigação de fazer. Seria essa uma limitação do instrumento?

Esse posicionamento sofre modificação no tempo, a própria doutrina o modifica. Fontes (2005) inaugura o pensamento ao analisar a situação dos poderes por outro prisma: caso o MP pretenda impor à administração uma obrigação de fazer relacionada a uma competência administrativa com a finalidade de assegurar o adequado funcionamento dos serviços públicos, como a melhorias em um hospital, por exemplo. Essas ações seriam também inviáveis? Fontes (2005) responde afirmativamente.

O pedido será juridicamente possível se houver situação concreta subjacente e se constatar conduta omissiva do Estado perante o bem judicialmente contestado. Se, ao contrário, o pedido for genérico, abstrato, inespecífico e indiscriminado o objeto será juridicamente impossível. A primeira hipótese não ofende o princípio da separação dos poderes pois a discricionariedade existente é reduzida pelo caso concreto analisado: apenas uma solução jurídica é capaz de realizar o interesse público necessário, estando o juiz autorizado a obrigar a administração a adotá-lo (FONTES, 2005).

Indo além, ele argumenta que a noção de redução da discricionariedade diante do caso concreto possui limitações relativas aos recursos financeiros e materiais do Estado. O Estado não pode prover de maneira ótima todas as demandas da coletividade, por isso a necessidade da atividade administrativa que estabelece as prioridades escolhidas pelos governantes. Sendo assim, para que o conceito de redução da discricionariedade permaneça operacional em ações que envolvam obrigações de fazer e que haja dispêndio do erário público, o juiz deve decidir de forma objetiva, observando o caráter de **imprescindibilidade** da medida pleiteada. Do contrário, conclui Fontes (2005), a decisão judicial será mera **escolha política** do julgador ao invés de ser a única solução possível ao interesse público.

3.7.2 A politização do julgamento: as escolhas políticas

A questão das **escolhas políticas** é desenvolvida de forma diferente por Dawalibi (2010). Para ele, todas as decisões judiciais serão políticas devido à abrangência dos interesses difusos e coletivos. Para ele, a abrangência do objeto tutelável – interesses difusos – demanda, necessariamente, uma escolha entre os bens tuteláveis: destinação orçamentária para medicamentos ou construção de saneamento básico? Construção de hospitais ou creches? No conflito entre interesses difusos – marcados pela transcendência e indeterminação de seus titulares - a escolha implicará necessariamente entre o preterimento do outro, não podendo dizer que uma escolha é certa ou errada (DAWALIBI, 2010). Assim, as posições, por mais

contrastantes que sejam, devem conviver e, no entrelchoque de valores, serão as **escolhas políticas** que orientarão a preponderância de um interesse sobre o outro.

A característica de tal conflituosidade exige uma atividade jurisdicional diferenciada para a solução dos conflitos levados ao Poder Judiciário. Não caberá mais ao Juiz simplesmente “dizer o direito”, afinal escolas, saneamento, medicamentos e hospitais, são direitos previstos e devidos aos cidadãos, tampouco a ideia de redução da discricionariedade será suficiente. Caberá ao Magistrado, ao revés, realizar uma **opção política**; escolher entre dois ou mais valores sociais, qual merece a proteção judicial (DAWALIBI, 2010). Nesse contexto, a atuação do Judiciário se depara com parte de dois pressupostos: a) compreender que o julgamento implica em uma opção política e b) conhecer quais critérios podem orientar a opção judicial, já que a mera aplicação da lei será insuficiente para tanto.

O autor explica que o conceito de política adotado por ele abrange a concepção de que o termo possui relação estreita com a ética na gestão de negócios públicos e na consecução dos objetivos sociais e que, para ser bem praticada, é necessária uma visão multidisciplinar das práticas administrativas. Com base nessas duas concepções complementares, ele observa que a atividade jurisdicional é **essencialmente política**. Na verdade, o exercício de opções políticas nos julgamentos das ações civis públicas seria uma **necessidade**. Ressalva, contudo que:

[...] A politicidade da jurisdição serve unicamente para dar aos juízes legitimidade para realizar opções políticas onde estas forem cabíveis, e não para conferir-lhes a faculdade de não aplicar a lei ou substituí-la por suas convicções políticas. A correta compreensão do caráter político da função jurisdicional e de sua abrangência, portanto, evita a confusão entre politicidade da função jurisdicional e politização das decisões judiciais. Essa última desborda para o arbítrio (DAWALIBI, 2010, p. 593)

Apesar do caráter de necessária politicidade da atuação judicial, não raro, os Juízes quando instados a julgar ações civis públicas recebem crítica dos demais atores processuais de que o Juiz ou o Tribunal, ao proceder a determinada escolha política no julgamento, quer substituir o governante, eleito popularmente. Tal crítica é descabida, na visão de Dawalibi (2010).

Primeiro, porque ter legitimidade para o exercício do mandato não significa ter legitimidade automática para todos os atos praticados em tal função; há **mera presunção de legitimidade**. Pensar o contrário “é conferir ao mandatário um poder incontrastável, a dar o mandato popular o caráter de uma ditadura popular a prazo fixo” (DAWALABI, 2010, p.594). Em segundo lugar, não se pode confundir a opinião ou vontade do governante com a vontade

popular. Esta seria muito mais ampla, com lastro no texto constitucional e com possibilidade de acesso ao Judiciário.

Dessa forma, a visão limitada que impede o exame do Judiciário de atos discricionários seria autoritária e não coaduna com o papel reservado ao Judiciário na Constituição Federal (DAWALABI, 2010). Assim, exercer livremente as opções políticas necessárias à preservação dos interesses difusos, seria um poder-dever do Juiz sendo incabível e contrário à Constituição Federal e à visão minimalista da atuação jurisdicional.

Justificada a necessidade e compatibilidade das escolhas políticas com o sistema constitucional instituído, o autor sugere alternativas para aprimorar as escolhas políticas. Três seriam os caminhos: a especialização das funções judiciais por meio da criação de varas especializadas, tendo em vista que o julgamento das causas difusas exige conhecimentos multidisciplinares; o aperfeiçoamento da formação dos magistrados, desenvolvendo na classe sensibilidade quanto às questões sociais, superando a visão puramente positivista e formalista do direito, e, finalmente; a realização de audiências públicas, sugestão que seria um instituto de democratização do processo, afinal, quando se fala em decisões judiciais de caráter político, imprescindível a oitiva da sociedade (DAWALIBI, 2010).

Dessa forma, o magistrado incumbido de julgar uma ação civil pública não pode ser um mero escravo da lei ou um julgador legalista. Este raciocínio inaugura o papel de agente político, o qual deve estar preparado a fazer escolhas bem embasadas e que preservem os valores tradicionais com a sociedade, mesmo que isso signifique a ruptura com o positivismo jurídico.

3.7.3 A atuação de ofício: os provimentos antecipatórios

As escolhas políticas decorrentes da natureza abrangente dos direitos sociais é apenas um dos desdobramentos trazidos ao Judiciário por estes novos direitos. Além de decidir juridicamente, é permitido ao juiz **atuar de ofício**, de forma ativa, no curso processual. A lei da ação civil pública e o CDC munem o juiz de **provimentos antecipatórios** que autorizam o Poder Judiciário a proteger os interesses difusos e coletivos no curso do processo antes da sentença. Sobre o tema, Sérgio Ferraz (1995) se atenta ao fato de que foram previstas três formas de provimentos antecipatórios na ACP: a) a ação cautelar, prevista no art. 4º; b) a liminar prevista no art. 12 e c) a tutela antecipada, prevista no Código de Processo Civil de 1973 no art. 273, cuja aplicação era autorizada pelo art. 19 da LACP.

Quanto a ação cautelar, explica que a LACP “alarga o âmbito de ação cautelar, fazendo-a mais ampla e mais profunda”, nela a ação cautelar tem o fito de “**evitar o dano** cuja reparabilidade, ao lado da reconstituição do *status quo ante*, constituem a meta desse precioso instrumento”. Para ele, “a ação cautelar na ação civil pública [...] se reveste de feição satisfativa, de regra de se repelir nas medidas dessa natureza”. Arremata: “em razão da força eventualmente satisfativa de que dotada aqui a cautelar, com muito mais razão deverá o juiz usar o mecanismo de segurança das cauções, a serem prestadas pelos beneficiários da tutela”. Do contrário, há o risco de se cristalizar “*periculum in mora* reverso”, infringindo o devido processo legal (FERRAZ, S.,1995, p. 454).

Já a liminar na própria ação civil pública “é providencia de cunho emergencial, expedida também com o fundamental propósito de salvaguardar a eficácia da futura decisão definitiva”, cabendo crítica ao fato de que a lei foi omissa quanto aos “pressupostos de seu cabimento; e não bastasse isso, possibilitou que, ainda quando configurados os pressupostos que por construção jurisprudencial-doutrinária se viesse eleger, sua avaliação repouse em avaliação discricionária”. Após uma interpretação sistemática, o doutrinador acredita que os marcos ensejadores da liminar deveriam ser os mesmos previstos no Mandado de Segurança e na Ação Popular. Além da falha no estabelecimento de critérios para seu deferimento, ele também critica o fato da liminar poder ser revogada pelo Tribunal Superior, o que tornaria o uso do instrumento inseguro.

Por último, a tutela antecipada do art. 273 do CPC (acrescido pela Lei n. 8942 de 13.12.94), aplicável à LACP por força do comando de subsidiariedade integrativa do art. 19, da Lei n. 7347/85 “constitui adiantamento efetivo e satisfativo da decisão final, balizada em sua concessão por pressupostos não só restritos e estritos, mas também rigorosos” (Ibidem, p. 458). Segundo o autor, a superioridade em termos de conveniência para o interesse público da tutela antecipada sobre os dois outros provimentos analisados se baseia em duas características: a) o caráter finalístico dado ao pronunciamento da antecipação de tutela, com providencias mais consistentes e estáveis e b) a inexigibilidade de caução .

Em outras palavras, o autor afirma que aos titulares da ação estão disponíveis três mecanismos processuais de antecipação do pedido principal, cada um com características instrumentais diferentes, mas com o poder de alterar o tempo do processo, antecipando seus efeitos. Argumenta que o primeiro instituto cautelar é oneroso por exigir uma contraprestação pecuniária (caução) para seu deferimento. Enquanto a segunda liminar possui critérios de concessão demasiadamente vagos na letra da lei, além de sua revogação ser possível por

órgão diferente daquele que autorizou, o que geraria instabilidade institucional e insegurança jurídica. Apesar disso, é o único instrumento com um fator coercitivo associado, trata-se de “apenação pecuniária constrictiva de seu acatamento, pena essa autônoma relativamente à multa análoga que a sentença poderá vir a impor” (FERRAZ, S., 1995, p.458).

Essa multa só seria exigível a partir do trânsito em julgado da decisão favorável ao autor, devida desde o inadimplemento. Por último, a tutela antecipada possui critérios específicos para o seu uso – *fumus boni iuris e periculum in mora* –, que devem ser comprovados para o seu deferimento. A decisão dada pelo juiz tem um caráter estável e finalístico devido à característica satisfativa da antecipação da tutela, como o próprio nome sugere. Nela há dispensa de caução, por outro lado exige provas preliminares mais robustas para que seja deferida.

Por fim, Sergio Ferraz (1995, p. 460) declara que apesar de ser “rico o manancial de instrumentos antecipatórios de que se dispõe na ação civil pública”, a escolha do mais apto deverá ser cuidadosa e realizada com vistas à melhor “consecução do interesse público”, tendo-se em vista os aspectos pertinentes ao “custo, à consistência e à celeridade de cada um deles” conforme a situação em concreto. Observe que estes são os dispositivos legais que podem ser utilizados pelos titulares legítimos da ação inscritos no rol do art. 4º da LACP. Com o auxílio de Sergio Ferraz (1995), conhecemo-los e compreendemos seus efeitos endoprocessuais. Porém, como instrumento processual é necessariamente dialógico, e de efeitos dependentes de provimento jurisdicional.

Enquanto Sergio Ferraz nos elucidava sobre os tipos de provimentos antecipatórios previstos no texto legal, Lucia Valle Figueiredo (1995) evidencia o papel do juiz na outorga e no pedido de suspensão da liminar prevista no art. 12 da LACP. Esta autora inaugura o papel do Juiz e do Judiciário como entes políticos em suas decisões no uso do instrumento. A problemática enfrentada por ela diz respeito aos conceitos indeterminados e logo ao questionamento da discricionariedade do magistrado para conceder a liminar (prevista no art. 12 da LACP), bem como do Presidente do Tribunal para a sua suspensão.

A autora defende de antemão que o Juiz utiliza a interpretação e não a discricionariedade para conceder ou negar a liminar na ação civil pública. A decisão do juiz estaria limitada ao aspecto jurídico da questão, não ultrapassaria para o político, tal como acontece nos atos discricionários que são típicos do ramo administrativo. Para ela inclusive, até a discricionariedade administrativa tem os limites balizados em lei, não sendo totalmente política, afinal, “a discricionariedade pura só existe quando o cenário da decisão deixa de ser

jurídico para converter-se em político”. Ao contrário, “quando o critério da decisão é um critério expressado por um conceito jurídico, tal decisão é ajuizável para controle” (FIGUEIREDO, 1995, p. 337).

Dois aspectos interessantes podem ser observados aqui. O primeiro deles diz respeito a visão positivista do Direito, bastante forte à época, na qual era inviável e malvisto misturar direito e política (afinal, seu texto data de 1995). De outro lado, utilizando-se perfeitamente a técnica jurídica, a partir de um conceito que é questionado, é autorizado seu controle judicial: implicitamente, o conceito jurídico sujeito a controle, quando questionado, carrega em si o político – compreendido aqui como jogo de forças, em que um Poder deve determinar o sentido de algo, tal como desenvolvido no tópico anterior por Dawalibi.

No entanto, esse sentido será limitado pela lide proposta, pela moldura processual subjacente: sujeitos do processo, objeto da lide, adstrição ao pedido inicial, a qualidade das provas juntadas ao processo. Portanto, caberá ao juiz, mas não discricionariamente, conceder ou negar a liminar. Porém, ao fazer a análise do caso concreto e subsumi-la ao contexto sistemático da Lei, verifica se estão ou não os pressupostos da concessão” (Ibidem, p. 340).

Se é desta forma que os juízes devem decidir, na liminar prevista na LACP há o problema já discutido por Sergio Ferraz (1995), é que a lei não estipulou os pressupostos para a sua concessão. Figueiredo acredita que os pressupostos devem ser os mesmos da antecipação de tutela prevista no CPC/73, diferentemente de Sergio Ferraz que busca na Ação Popular e no Mandado de Segurança tais balizadores. Figueiredo vai além e afirma que ele pode ser concedido de ofício – ou seja, sem requisição da parte autora – pelo juiz.

Segundo ela, “o juiz não tem discricionariedade para dar ou negar a liminar. Esta será imperiosa para o cumprimento da competência judicial dada pela Constituição de impedir a lesão” (Ibidem, p. 341). O juiz teria uma limitação interpretativa, a subsunção, **mas tem liberdade para conceder caso não o peçam**. Ao autorizar tal liberdade, ela permite ao juiz fazer uso político do instrumento à revelia dos demais titulares e coloca o Poder Judiciário como agente político nas ações coletivas, especialmente ao magistrado de primeiro grau.

O poder é concentrado no magistrado de primeiro grau, pois quanto à suspensão da liminar pelo Presidente do Tribunal, a doutrina de Figueiredo facilita a sua concessão e dificulta sua suspensão, pois deve ser “concedida com muita cautela [...], não bastará apenas a alegação da ocorrência de qualquer das situações enumeradas na norma. Será mister, sem sombra de dúvida a prova concreta, robusta no caso *sub judice*.” Finaliza:

[...] quanto a esta avaliação não terá o Presidente do Tribunal qualquer competência discricionária, mas sim terá de verificar se está provado – e de forma contundente – que há ameaça a ordem, à saúde, à segurança ou à economia pública. A mera alegação não basta. É necessária a indicação exuberante com os elementos factuais de prova de que a lesão está por se verificar” (FIGUEIREDO, 1995, p. 344).

A questão da discricionariedade, por outro lado, não aparece na tutela antecipada prevista no art. 273 do CPC devido ao estabelecimento legal de pressupostos para a sua concessão – prova inequívoca, verossimilhança da alegação e fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação ou caracterizado o abuso de defesa do réu –, que restringe o juiz a observar se foram cumpridos ou não os pressupostos. O que deve ser levado em consideração aqui pelo magistrado é a adequada fundamentação de sua decisão, seja pelo deferimento ou indeferimento do pedido. Afinal, “o Estado Democrático de Direito postula a motivação, a transparência dos comportamentos e das decisões tomadas pelos seus poderes, ou, melhor dizendo, por todos aqueles que desempenham função pública” (Ibidem, p. 351).

Com o passar do tempo e com o uso do instrumento, foi a antecipação de tutela prevista no CPC - o dispositivo mais utilizado pelos titulares para modificar o tempo do processo. Ele mostrou ter o melhor custo benefício, por ser mais seguro juridicamente e não demandar caução para sua concessão, bastava cumprir os pressupostos legais.

Em 2010, para além dos provimentos antecipatórios, Yoshida (2010) explica que o princípio da acessibilidade ampla à justiça permitiu a ampliação dos poderes dos magistrados, pois deles é exigido prestação judicial efetiva. Não basta acessar o judiciário, é preciso sentir os efeitos concretos do processo na vida das pessoas. Para tanto, o papel do Juiz foi ampliado a partir da ampliação do instrumental de atuação processual.

Os principais dispositivos nesse sentido, na visão da autora, viriam da leitura conjugada dos art. 83 e 84 do CDC. Assim, o art. 83 enumera todas as ações cabíveis aptas a propiciar a tutela adequada e efetiva aos direitos difusos, coletivos e individuais, enquanto o art. 84 do CDC reuniria as tutelas específicas (preventiva, restituitória, reparatória e ressarcitória) a serem adequadas às peculiaridades do caso concreto. Essas duas normas, segundo Yoshida (2010, p.164):

[..] excepcionam e relativizam o princípio da adstrição da sentença ao pedido, ao autorizar o magistrado a impor multa de ofício, a conceder a tutela específica da obrigação ou o resultado prático equivalente ao do adimplemento. Significa que ele é autorizado a conceder medida diversa da solicitada, a ordenar, sob pena de coerção indireta, ou a determinar “medida necessária”, medida de execução por sub-rogação ou de coerção direta (a chamada tutela executiva em sentido lato). Exige-se para a própria garantia das partes, que os poderes outorgados ao juiz sejam balizados pelos princípios da efetividade e da necessidade.

Com a expansão dos poderes conferidos, há maiores responsabilidades com o trato das questões jurídicas e sociais. Nesse sentido, Yoshida (2010) observa que a ampliação de poderes conferidas ao juiz, associada à maior plasticidade do processo, exige do magistrado maior preparo. Dentre eles, a constante reciclagem dos conhecimentos jurídicos, o conhecimento interdisciplinar e o conhecimento da realidade sociopolítica na qual estão inseridos; nota-se, como verá adiante, que a demanda por mais conhecimentos, atualização e contato com a realidade social é exigido dos juízes desde a edição comemorativa dos 10 anos da ação civil pública.

3.7.4 O papel do Juiz na tutela coletiva

Feldmann (1995) revela que o Poder Judiciário, após dez anos da vigência da lei, se mostrava despreparado para decidir as ações coletivas. Ele esclarece que os magistrados brasileiros foram formados para decidir ações individuais e ao se depararem com ações coletivas, muitas vezes, são incapazes de compreender a extensão de suas decisões e, por se sentirem inseguros, acabam por negar procedência aos pedidos. Esse receio, inclusive, é verificado na concessão das liminares, situação na qual os prejuízos acabam sendo insanáveis.

Para solucionar a questão ele informa que as Escolas da Magistratura de alguns Estados têm ministrado cursos para seus juízes para sanar esta falha, porém aponta que outro caminho interessante seria a criação de varas especializadas a fim de viabilizar uma formação técnica mais profunda do juiz. Comenta que “as partes são cada vez mais especialistas e o juiz continua a ser um clínico geral” (FELDMANN, 1995, p. 276). Por fim, acredita que a principal lição que a ACP deixa é que o direito brasileiro deve se preocupar não apenas com as leis substantivas, mas com a sua real aplicação, como fez neste caso, pois só assim o Direito será um fator real de mobilização social em defesa dos novos direitos sociais da cidadania contemporânea.

Alinhado a Feldmann (1995) e preocupado com a efetividade da Ação Civil Pública, Watanabe (1995) também aponta que o elo frágil é o Poder Judiciário. De acordo com ele, seria necessária uma organização judiciária mais adequada e modernizada, com base em pesquisa permanente e atualizada das causas da litigiosidade e dos meios de sua solução, de forma que o Direito tenha maior aderência à realidade social.

Para isso, o primeiro passo seria aprimorar a forma de recrutamento dos juízes e investir em seu permanente aperfeiçoamento, que deve ser multidisciplinar, abrangendo não somente o Direito, como também a Sociologia, a Economia, a Psicologia, a Política – enfim,

um aperfeiçoamento que propicie a visão global do momento histórico e do contexto sócio-econômico-cultural em que atuam os juízes. “Apenas dessa forma ter-se-ia uma justiça mais rente à realidade social e a necessária mudança de mentalidade pelos operadores do Direito, que torne factível o acesso à ordem jurídica mais justa” (WATANABE, 1995, p. 328). Ele alerta ainda que a despreocupação por todos esses aspectos trará como consequência, inevitavelmente, a defasagem entre a preparação dos juízes e a dos membros do MP, o que redundará em desprestígio da Justiça e, o que é pior, em prejuízo dos jurisdicionados na tutela dos relevantes direitos e valores da coletividade.

Em sentido semelhante, as reflexões trazidas por Frontini (2001) apontam que diferente da transformação institucional ocorrida no MP devido à ACP, na realidade judicial não houve nenhuma mudança quanto à forma de decidir ou valorar a prova, ou mesmo de compreender o direito. O juiz permanece em seu escritório, atrás da escrivaninha, preso aos limites dos fóruns, não ganhou as ruas ou tampouco passou a ter contato direto com os fatos sociais, políticos, econômicos... permanece como um burocrata preso ao processo e ao procedimento adotado utilizado para provocá-lo ao pronunciamento judicial. Mesmo em termos processuais não houve mudança: não há um procedimento específico de processamento da ACP, ou uma vara que verse apenas sobre direitos coletivos, ou um código processual específico que verse sobre a tutela coletiva.

A ruptura legislativa que a lei provoca no processo tradicional ocorre no âmbito legislativo, com repercussões no Ministério Público em sua configuração interna, o que acresce funções ao Promotor de Justiça e ao próprio *parquet* enquanto instituição. De forma diversa, o Judiciário, com dinâmica e tempo próprios, não acompanha o ritmo legislativo e permanece decidindo ainda de forma atomizada, protetiva e presa a antigos dogmas. Tal observação escancara a dissonância entre o que era esperado do instrumento e do que ele efetivamente é capaz de realizar através do provimento judicial.

Após 20 anos da ACP, Gravonski (2010), em sentido semelhante, pondera que o tempo passado foi pouco para que se modificasse a mentalidade individualista construída ao longo de nossa formação jurídica. Ao contrário de Watanabe, ele considera natural que a inércia judicial com foco na imparcialidade impere e que as inovações sejam primeiramente realizadas dentre os demais legitimados e só então no meio judicial, sem que haja necessariamente defasagem de preparação entre os atores. Trata-se na verdade de configurações distintas e com papéis distintos, aos quais cabem atuações diferenciadas.

Do ponto de vista do Poder Judiciário, este autor entende ser mais fácil julgar uma causa individual pautada no direito positivado tradicional do que uma lide coletiva, pois estas envolvem áreas do conhecimento estranhas à ciência jurídica, vez que a transdisciplinaridade é característica marcante à tutela jurisdicional coletiva. Além de ser mais fácil, o trabalho do magistrado ainda é avaliado pelo número de processos julgados e não pela relevância social deles, o que desestimula o Poder Judiciário e o próprio juiz a buscar conhecimentos outros além dos já consolidados pela **práxis processual individualista**. Apesar disso reconhece que o processo coletivo seja um atalho que diminua, a longo prazo, o trabalho atomizado realizado pelo Juiz, dando lugar a decisões moleculares e, portanto, mais abrangentes socialmente.

Indo além, acresce Souza (2015) que o papel exercido pelo juiz na tutela coletiva é diferente do exercido na tutela individual. Isso porque, devido as características dos processos coletivos, não caberia no processo coletivo um juiz inerte, sem qualquer ingerência, que aguarda o resultado do processo apenas para sentenciar. A neutralidade do Juiz é substituída pelo comprometimento deste às instâncias sociais.

Dessa forma, com base nos princípios da máxima efetividade, da indisponibilidade dos interesses meta individuais e da primazia das normas processuais coletivas, há a exigência de ampliação dos poderes do Juiz, que deverá ser visto como protagonista da ação. Como consequência, foi conferido ao juiz ao longo do tempo maiores poderes de impulso processual. Isso permite que ele haja de ofício para conceder liminares com ou sem justificção prévia, decida sobre antecipação de tutela, utilize tutelas específicas para assegurar o resultado prático e, ainda, condene a multa diária sem que haja pedido expreso da parte (SOUZA, 2015).

Por fim, as dificuldades de ruptura com o processo tradicional não podem afastar o Poder Judiciário de garantir a efetividade da tutela jurisdicional coletiva. É imprescindível, para tanto, a assunção de postura ativa, crítica e compromissada com a participação de juízes atentos e preocupados com a pacificação social, com a justiça, com a educação da sociedade e com a atuação concreta da lei. A superação de tais dificuldades interessa inclusive ao próprio Poder Judiciário, para não se tornar irrelevante, obsoleto ou ser substituído por outros organismos quase judiciários e procedimentos que terminariam por ser criados ou adaptados para atender as novas e urgentes demandas sociais (SOUZA, 2015).

3.8 Considerações finais sobre a ação civil pública como instrumento de judicialização das políticas públicas

A ação civil pública inaugura a tutela de novos direitos e pela abrangência de sua atuação sofreu limitações e restrições ao longo do tempo, concomitantemente, teve seu âmbito material ampliado e constitucionalizado. A forma como foi desenhada processualmente provoca modificações substanciais no papel desempenhado pelo Ministério Público – sendo a ferramenta inquérito civil a mais transformadora – e nos papéis do Poder Judiciário e do Juiz. Por fazer despontar esses dois grandes atores, Camargo Ferraz define:

[...] A ação civil pública, [...], uma das mais inovadoras e eficazes soluções concebidas na história jurídica do País, poderá [...] cumprir seu destino de ensejar ao Judiciário sua plena afirmação como Poder, pois é o meio pelo qual a ele são levadas as grandes questões de interesse social (FERRAZ, C., 1995, p. 69).

Este mesmo autor, na edição comemorativa de 15 anos da ACP, identifica as alterações da ACP em três níveis diferentes: a) quanto ao acesso à justiça; b) quanto às estruturas de Poder do Estado e c) em escala macroscópica no tecido social. No que diz respeito ao primeiro aspecto, Camargo Ferraz (2001) atesta a vantagem de demandas de natureza coletiva – veiculadas via ACP - sobre as individuais por permitir a solução por atacado de questões que de outro modo deveriam ser resolvidas uma a uma pelo Judiciário, com maior risco de decisões conflitantes. Ao proceder dessa forma, amplia o acesso à justiça, estimula a participação social e a organização da sociedade civil, ao incentivar o “associativismo em contraposição à cultura do individualismo” (FERRAZ, C, 2001, p. 99).

Quanto à estrutura de Poder Estatal, a ACP ressalta a “responsabilidade inerente ao exercício da função pública e a necessidade de mecanismos eficientes de fiscalização e controle” (Ibidem, p. 98). Em termos macroscópicos, ela revelaria a importância de valores como ética, moralidade, respeito à pessoa humana e aos direitos humanos, além de proporcionar limites mais claros à sociedade sobre os espaços públicos, bens públicos e interesses sociais e coletivos. Ele acredita, por fim, que os efeitos da ACP têm repercussões nas esferas jurídicas, política e social, embora, ainda insuficientemente percebidas.

Na esfera jurídico-política, o seu uso como instrumento de judicialização das políticas públicas provoca mudanças ainda mais profundas no Poder Judiciário e no Ministério Público. Quanto ao primeiro, ao permitir sua inserção no âmbito administrativo da discricionariedade, altera-se a teoria jurídica que passa a entender o papel do juiz e do judiciário de forma mais flexível, com uma noção de justiça que vise o equilíbrio entre os direitos e não a preponderância entre um e outro.

Há a ruptura com os papéis tradicionais estipulados pela teoria da separação dos poderes e os direitos sociais passam a ocupar lugar de destaque graças à constitucionalização do Direito que ocorre, principalmente, após a promulgação da Constituição Federal de 1988. Na visão de Smanio (2015), o Poder Judiciário assume protagonismo na garantia dos direitos fundamentais ao atuar como principal canal de veiculação de direitos de minorias e grupos vulneráveis. Ele acredita que este papel está concretizado e não admite retrocessos.

A judicialização demanda ações mais consistentes de investigação e negociação por parte do Ministério Público, que desponta como quarto poder independente e autônomo na apreciação dos direitos socialmente tutelados. O protagonismo assumido pelo MP na defesa dos direitos difusos e coletivos ao cabo de 30 anos da LACP, assevera Smanio (2015), se deve ao canal de diálogo aberto e constante que a instituição manteve com a sociedade civil. Demandas que se levadas ao Judiciário em ação conjunta permitem a realização de políticas públicas de forma efetiva (SMANIO, 2015).

Além de evidenciar o papel do Judiciário e do Ministério Público, as políticas públicas são categoria normativa, insertas no ordenamento jurídico constitucional e servem de instrumento de efetivação de direitos sociais, no qual a ACP pode e deve ser utilizada para exigir sua implementação. É função precípua do Estado o planejamento, implementação e execução das políticas públicas e, para tanto, o fio condutor das ações estatais passa necessariamente pela Teoria Jurídica, entre a relação entre Direito e Política, cujo ápice é a formação do Estado Democrático de Direito.

Enquanto fenômeno jurídico as políticas públicas se traduzem por um complexo de normas jurídicas e normas de conduta e organização, aspectos já analisados no primeiro eixo deste trabalho. A conceituação jurídica das políticas públicas permite o controle destas pelas instituições jurídicas e pelos órgãos e Poderes do Estado, sendo a ação civil pública a via adequada para tanto (SMANIO, 2015). Nesse sentido, a análise a seguir buscará compreender como o uso da ACP foi realizado para judicializar a política pública de saúde mental.

4 ANÁLISE DO PAPEL DA AÇÃO CIVIL PÚBLICA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL

O capítulo anterior revela como uma lei é capaz de modificar as estruturas jurídicas, judiciais, ministeriais e a própria teoria jurídica em si. Com o uso da lei é possível perceber como será a atuação do Poder Judiciário, do Ministério Público e do Poder Executivo, além de quem figurará com mais frequência no banco dos réus a partir da judicialização da política. Quanto a este ponto, este trabalho não se ocupa da discussão se é possível ou não a intervenção do judiciário nas políticas públicas. Aqui nos ocupamos do real: já que a intervenção ocorre, o que ela é capaz de dizer sobre os atores (adequações/inadequações da atuação), sobre o instrumento utilizado (potencialidades/limites) e sobre a própria política sob a qual se intervém?

4.1 Análise Quantitativa: Saúde Mental por Região

Com a finalidade de responder ao questionamento acima, a análise da judicialização da política pública de saúde mental foi dividida em duas etapas: i) análise quantitativa; ii) análise qualitativa. Para isso, foi realizada pesquisa de jurisprudência nos *sites* dos Tribunais Estaduais das 27 Unidades Federativas com os termos: “CAPS”, “implementação”, “Ação Civil Pública” e “ACP”. Cada site dos Tribunais Estaduais possui um buscador diferente com critérios diferenciados de indexação, assim, para garantir que a pesquisa encontrasse o maior quantitativo de jurisprudências sobre o assunto, várias combinações dos termos foram utilizadas, com e sem aspas, com e sem abreviações.

Em seguida, procedeu-se a seleção dos processos encontrados a partir da leitura das ementas. Foram excluídos da análise os julgados com demandas relativas à fornecimento de medicamento e internação compulsória, temas que fogem ao escopo do presente trabalho. Todos os julgados até maio de 2019 foram incluídos na análise, resultando um total de 74 acórdãos.

Para a análise quantitativa, implementada adiante, leu-se o inteiro teor dos 74 acórdãos encontrados categorizando-os por região (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), cujos critérios analíticos foram datar de tramitação, tipo de decisão, principais assuntos abordados, principais normas mencionadas e resultado do julgamento¹⁶. A partir da compilação dos dados regionais foi possível traçar um panorama nacional sobre o

¹⁶ O resultado da análise regional encontra-se disponível a partir do Apêndice F deste trabalho.

posicionamento do judiciário no que diz respeito à judicialização das políticas públicas de saúde mental.

O resultado está disposto na tabela 9, que revela: o número de processos, o tempo médio de tramitação para Agravo de Instrumento e Apelação, as principais demandas, o número de decisões favoráveis e desfavoráveis à implementação, bem como o quantitativo de decisões reformadas, a fase processual, o ano de tramitação das ações e os principais atores responsáveis pelo ajuizamento da ação.

4.1.1 Região Norte

Os achados compilados na tabela anexa (Apêndice D) revelam que a Região Norte possui 13 julgados, valor que corresponde a 17% do total. É a região pioneira ao judicializar a política pública de saúde mental - em 2004 - pelo do Estado do Amazonas. À época a decisão do Tribunal Estadual foi contrária à possibilidade de implementação de políticas públicas a partir do pronunciamento do judicial e houve a extinção da demanda por impossibilidade jurídica do pedido. Nota-se que o Estado de Amazonas tem a pior cobertura CAPS por habitante¹⁷ (0,10 em 2008, e 0,39 em 2015)¹⁸ do país situação, o que se perpetua até 2015 (vide Apêndice F), além de ser o Estado que mais indeferiu esse tipo de demanda. Na região, a principal demanda é para implementação de CAPS ou outro dispositivo de saúde mental, o que corresponde a 61%, seguido por adequações no serviço (30%) e pela obrigação de prestar assistência no CAPS (7,6%).

Ao judicializar a demanda nessa região há 69,2% de chance de um desfecho favorável à implementação, sem que haja reversão da medida pelo Tribunal. O tempo médio para se obter pronunciamento é de 1,5 ano para o recurso de agravo de instrumento e de 4,5 anos para o acórdão de apelação, sendo o norte a região com o maior tempo de espera se comparada com as demais.

As jurisprudências encontradas correspondem a 61,5% de apelação, o que indica que a maioria dos processos iniciados nesta região estão em um estágio processual mais avançado, com pronunciamento tanto da primeira quanto da segunda instância, o que indica que o processo se aproxima da fase de execução se não houver recursos aos Tribunais Superiores (STJ, STF), ao passo que 38% ainda possuem decisões provisórias que dependem da

¹⁷ A tabela com a referência completa do indicador CAPS/Habitantes relativa aos anos 2008 a 2015 está disponível no Apêndice K deste trabalho.

¹⁸ Parâmetros de Cobertura do Indicador CAPS/100 mil habitantes: Cobertura muito boa (acima de 0,70); Cobertura boa (entre 0,50 e 0,69) Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49); Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34); Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20).

continuidade do processo para que sejam confirmadas em sentença e posteriormente em apelação.

A maioria das ações foram iniciadas em 2012 (38,4%) e 2013 (23%). Apesar de todas serem posteriores à publicação da Portaria 3088/11, que implementa a RAPS, apenas uma delas menciona a Portaria. Apenas 1/3 dos julgados encontrados fundamentam com base na Lei 10.216. Todas utilizam a argumentação genérica disposta na Constituição Federal (em especial, arts. 6º e 196).

4.1.2 Região Centro-Oeste

A região Centro-Oeste, por sua vez, possui o menor número de processos, 6, o que corresponde a 8,1% do total. Nessa Região, todos os processos já estão na fase de apelação, sendo que o tempo médio para se obter pronunciamento judicial pelo órgão colegiado é de 2,5 anos.

A maioria dos processos foi ajuizado entre 2014/2015, sendo que a principal demanda (50%) visa a implementação de CAPS, as outras buscam adequar a estrutura, contratar equipe e denunciar irregularidades. A taxa de procedência é de 84% e o único acórdão desfavorável à implementação fundamenta a ausência de comprovação da omissão do Executivo Municipal na implementação da Política Pública de Saúde Mental.

No que diz respeito à especificidade das normas utilizadas, a Lei n. 10.216 é utilizada para fundamentar todos os acórdãos e no Distrito Federal a Lei Distrital n. 975/95 também é citada. Fato notável, tendo em vista que além do DF apenas Minas Gerais mencionará a lei estadual para fundamentar a decisão.

4.1.3 Região Sul

A região Sul contribui com um total de 10 acórdãos (13%) do total. Quanto ao ano de ajuizamento da ação, a região revela um espaçamento de ações ao longo do tempo. Assim, há uma em 2004, e outra seis anos mais tarde, em 2010, dois anos de vacância e em seguida mais uma em 2012 e a partir dessa data, uma por ano até 2017, sendo que em 2016 duas ações foram propostas. Destas, 70% tiveram desfecho favorável à implementação da política pública de saúde mental, 20% foram contrárias ao pleito sob a justificativa de comprovação da ausência de omissão municipal e 10% foi reformada: ela desconstituiu a sentença do juiz de piso e condena à implementação do CAPS sob o fundamento de que o atendimento de saúde

mental não pode ser realizado apenas pelos NAPS, caso interessante que será trazido em profundidade na análise qualitativa realizada a seguir.

O tempo médio para um pronunciamento judicial é de dois anos e meio e à semelhança da região centro-oeste não há decisões interlocutórias entre os acórdãos selecionados. Ainda, a região inaugura as associações como autores da ACP, cuja demanda proposta tinha por objetivo a manutenção da ala psiquiátrica, o que foi indeferido pelo judiciário sob o fundamento de que o tratamento deve ser feito em rede, conforme os preceitos delineados pela Reforma Psiquiátrica; interessante argumentação jurídica que será aprofundada na análise qualitativa.

Ademais, as principais demandas desta região diziam respeito à implementação do CAPS (50%) e a equipá-lo (40%). Quanto à fundamentação jurídica, 80% dos acórdãos mencionam as Leis e Portarias concernentes à saúde mental, porém permanecem com a tendência de embasar primeiramente com fulcro na Constituição Federal. Rio Grande do Sul e Paraná possuem leis estaduais específicas sobre o tema que não são mencionadas nos acórdãos dos respectivos Estados.

4.1.4 Região Nordeste

A Região Nordeste contribui com 15 acórdãos (20%). Destes, 53% dizem respeito à apelação, enquanto 46% ao recurso de agravo de instrumento, o que demonstra que os processos nessa região se aproximam do final da fase de conhecimento. O tempo médio de espera para o pronunciamento judicial é, respectivamente, de 3,25 anos e 0,57, sendo o último o menor índice dentre as regiões comparadas (Norte e Sudeste).

Não há decisões contrárias à implementação. Praticamente todas as demandas foram favoráveis, sendo que 90% foram confirmadas pelo Tribunal e uma é reformada para conceder o pedido de tratamento em rede particular até a implementação da rede pública, CAPS AD III no caso. Além disso, a Região Nordeste é pioneira na tentativa de executar provisoriamente uma decisão interlocutória para abreviar a implementação do CAPS antes da sentença definitiva, porém, esta via processual foi obstada pelo Tribunal.

Ademais, no que diz respeito às demandas, o Nordeste apresenta um perfil diferente: 46,6% delas são para adequar a rede existente e não a implementar, tal como ocorre nas demais regiões. Coincidentemente, a região Nordeste ostenta os melhores índices CAPS/HAB do país, sendo que os Estados da Bahia, Piauí, Pernambuco e Paraíba sequer possuem ACP's neste sentido. Destes, Piauí e Paraíba apresentam os melhores índices da região,

respectivamente, médias de 0,91 e 1,36 calculadas entre 2008 a 2015. No entanto, nenhum dos acórdãos fundamenta suas decisões com base nas leis Estaduais existentes e concernentes à matéria de saúde mental, apenas 3 mencionam a Lei Nacional. Por fim, as ações têm início no ano de 2012 (3) e se distribuem uniformemente ao longo do tempo, cerca de duas (2013, 2016 e 2017) a três (2015) por ano, a exceção é 2014, que conta com apenas uma ação.

4.1.5 Região Sudeste

A região Sudeste concentra o maior número de acórdãos, 40% no total. A maioria (60%) é do Estado de São Paulo, seguido pelo Estado de Minas Gerais. O Espírito Santo possui uma ação ajuizada por Associação e a Defensoria Pública do Estado de São Paulo também surge como autora. Ao contrário das demais regiões, o Sudeste possui um número maior de decisões provisórias do que de definitivas, ou seja, 53% são acórdãos relativos ao recurso de agravo de instrumento contra 46% em sede de apelação, isso significa que a maioria dos processos ainda está em fase inicial, longe da fase de execução. Apesar disso, é o único Estado que possui um acórdão relativo à fase de execução. O tempo médio de espera para o processamento judicial dos agravos é de 1,1 anos e 3,9 anos para as apelações.

No quesito tempo, a região Sudeste fica atrás apenas da região Norte. A taxa de reversibilidade das demandas é de 10%, a de procedência é de 53,3% e de improcedência 20%. A região Sudeste ostenta simultaneamente a maior taxa de improcedência e de procedência do País. As principais demandas são para a construção de CAPS e/ou outros serviços assistenciais à saúde mental (63%), seguidos por adequações na rede existente (26,6%). Nota-se que em São Paulo houve as primeiras experiências práticas de tratamento extra-hospitalar, porém, isso não parece influenciar na melhora do índice de implementação de CAPS/HAB ao longo do tempo (vide Apêndice J).

Em sentido semelhante, nota-se que Minas Gerais e Espírito Santo possuem leis estaduais sobre o tema e apenas a mineira é citada na fundamentação dos acórdãos encontrados. Ainda no que diz respeito à fundamentação, apenas 13% dos acórdãos usam a Lei n. 10.216 como referência, sendo a principal norma utilizada a Constituição Federal e Jurisprudências. Há uma concentração de demandas em 2015 (20%), 2016 (23,3) e 2018 (13,3%), sendo que há cerca de 2 (2009, 2011, 2014) a 3 (2012, 2013, 2017) processos por ano desde 2009, com exceção do ano de 2010, em que há nenhum.

4.1.6 Panorama Nacional

Tabela 9: Análise quantitativa do Panorama Nacional:

	NORTE	NORDESTE	CENTRO- OESTE	SUDESTE	SUL	TOTAL
N. de processos	13	15	6	30	10	74
Tempo médio tramitação APL (em anos)¹⁹	4,5	3,25	2,5	3,9	2,5	3,33
Tempo médio tramitação AGI²⁰ (em anos)	1,5	0,57	--	0,9	--	0,99
Decisões contrárias à implementação	5	0	1	6	2	14 (19%)
Decisões favoráveis à implementação²¹	7	14	5	16	7	49 (66%)
Decisões reformadas	2	1	0	5	1	9 (12%)

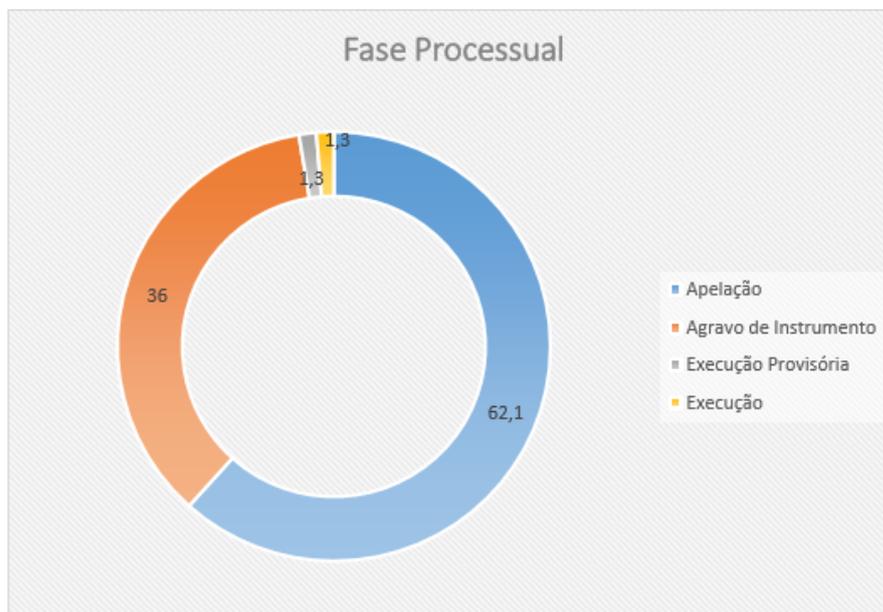
Fonte: Elaborada pela Autora

O número total de acórdãos encontrados foi 74, sendo que 40% são da Região Sudeste, em que São Paulo é o Estado com o maior número de ações (24%). Em seguida temos o Nordeste, responsável por 20% dos volumes das ações, a região norte com 17%, seguida da região Sul (13%) e por último da Região Centro-Oeste (8%). Dos 74 acórdãos analisados, 62,1% estão na fase de apelação, ou seja, já possuem uma sentença definitiva, enquanto 36% estão tramitando com decisões provisórias.

¹⁹ Para o cálculo por região do tempo médio de tramitação da APL: somou-se a diferença entre o ano de tramitação do processo e o ano da publicação da sentença dos processos analisados em cada estado, dividindo-se o resultado pelo total de processos naquela região. Para o cálculo do total, somou-se as médias das regiões e dividiu-se o resultado pelo número de regiões estudadas.

²⁰ Para o cálculo por região do tempo médio de tramitação de AGI: somou-se a diferença entre o ano de tramitação do processo e o ano da publicação da decisão interlocutória dos processos analisados em cada estado, dividindo-se o resultado pelo total de processos naquela região. Para o cálculo do total, excluiu-se as regiões centro-oeste e sul da média pois nestes Estados não há jurisprudências relativas à agravos de instrumento

²¹ Três decisões não avaliam o mérito pois há a decretação de conflito de competência, o que corresponde a 3% do total

Gráfico 5 – Fase Processual

Fonte: Elaborada pela Autora

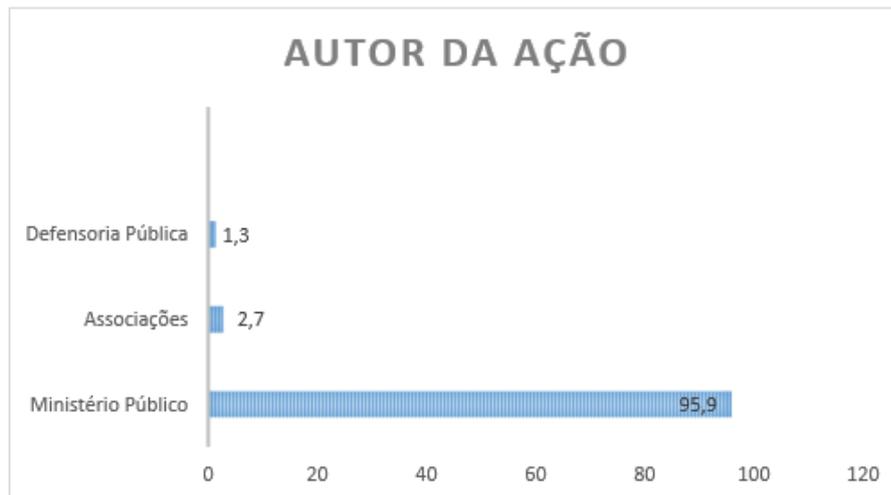
Em um panorama nacional isso representa que a maioria dos processos se encaminham para a fase de cumprimento de sentença. Cumprimento de sentença é o momento processual em que a condenação à implementação deferida na sentença pode ser exigida judicialmente por meio de medidas coercitivas, dentre elas, o sequestro de bens e valores do Município e exigibilidade da multa diária por inadimplemento da decisão judicial. Essa fase processual é importantíssima para fins de efetividade do processo judicial, mas nenhuma jurisprudência relativa ao início dessa fase foi encontrado. Nota-se no gráfico que 1,3% das ações estão na fase de execução, momento similar em termos práticos ao cumprimento de sentença, que, porém, é iniciada por título executivo extrajudicial sem que haja a necessidade de passar pela fase de conhecimento. Essa ação é analisada em profundidade na análise qualitativa por ser resultado do descumprimento de termo de ajustamento de conduta.

O tempo médio de tramitação até o recurso de apelação leva cerca de 3,3 anos para ser prolatada, contra aproximadamente 1 ano para as decisões provisórias. A região que mais demora para julgar é a região norte (4,5 anos e 1,5), seguida da região sudeste (3,9 anos e 0,9), tanto em APL quanto em AGI. Em termos práticos esse dado revela que ao ajuizar uma ação hoje, após um ano o Tribunal irá se manifestar sobre a urgência do pedido e, após três anos haverá uma decisão definitiva sobre a causa. Isso significa que um Estado pode permanecer pelo menos mais 4 anos sem o dispositivo de saúde mental faltante ou funcionando de maneira inadequada após o ajuizamento da ação.

Todavia, após esse tempo de espera, 19% das ações são julgadas improcedentes, sendo a região Sudeste a maior responsável pelos indeferimentos, o principal motivo apontado é a ausência de omissão do Executivo Estadual. A taxa de procedência, no entanto, é de 66%, possuindo as regiões Sudeste e a Nordeste os maiores índices de deferimentos. A taxa de reversibilidade das decisões é de 12%, sendo a região que mais reforma a Sudeste. Não há correlação aparente entre a qualidade argumentativa e o decurso do tempo, por outro lado há modificações jurisprudenciais relevantes do início da judicialização da política pública de saúde mental aos dias atuais, tal como revelado pelo Estado do Amazonas.

Ainda no que diz respeito à qualidade argumentativa das decisões, este dado sugere a preferência do Tribunal por normas genéricas e abstratas, porém de maior densidade normativa -, como a Constituição Federal - do que as normas específicas que tratam sobre o tema da Saúde Mental. Dentre estas as mais utilizadas são as portarias regulamentadoras expedidas pelo Ministério da Saúde e a Lei Nacional. As leis Estaduais são raramente utilizadas para fundamentar as decisões, já a jurisprudência é amplamente utilizada, tanto que em alguns casos outras fontes normativas sequer são mencionadas.

Gráfico 6 – Autor da ação



Fonte: Elaborado pela autora

Quanto ao autor da ação, 95,9% das ações foram ajuizadas pelo Ministério Público, as associações aparecem com 2,7% das ações propostas, seguidas do índice de 1,3% relativo à Defensoria Pública. Noutra giro, a participação de associações é muito pequena comparado à narrativa de que a ação civil pública é um instrumento de participação popular. De toda forma, apesar de quase inexpressiva, as demandas propostas pelas associações vão contra o ideal da reforma psiquiátrica – dado interessante do ponto de vista de como os demais atores (além do Judiciário e Ministério Público) internalizam a Reforma Psiquiátrica e utilizam os

instrumentos jurídicos disponíveis (como vocalizador de demandas), o que será discutido em profundidade na análise qualitativa realizada a seguir.

A atuação do Ministério Público sugere desarticulação entre os Ministérios Públicos Estaduais devido à proliferação de demandas no decorrer do tempo. Explico. Apesar de ser descrita como um instrumento “de significativo relevo na defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis” (SARNEY, 1995, P. 18) e como um instrumento definitivo para a cautela preventiva e conservadora dos maiores bens da humanidade, consistentes na preservação da natureza e dos patrimônios históricos, culturais e artísticos do próprio homem” (SARNEY, 1995, p. 20), demorou cerca de 11 anos para atuar no sentido de fazer valer a Lei n. 10.216/01. O período de maior demanda judicial relativas à implementação da política pública de saúde mental é do ano de 2015 (17,5%), seguido de 2012 e 2016 (ambas com 14,2%) e 2013 (12,1%). As demandas anteriores a este período somam 14%.

Gráfico 7 – Ano de Ajuizamento da Ação Civil Pública:



Fonte: Elaborado pela autora

Em parte, pode-se explicar este período de latência como fruto da ausência de uma Portaria capaz de desenhar a rede de dispositivos em saúde mental, o que irá acontecer apenas em 2011 com a portaria 3088. Nota-se que no ano seguinte à portaria há um aumento considerável no número de ações. Antes disso, porém, havia a Portaria GM 336/02 e a 189/02, responsáveis por criar os CAPS e normas bastante mencionadas pelo Judiciário nos acórdãos.

Parte dessa descoordenação pode ser consequência do próprio desenho dessas portarias que implementam a rede de saúde mental: o desenho da portaria de implementação caps/hab atrapalha a judicialização dos municípios menores que possuem menos articulação política com o MPE.

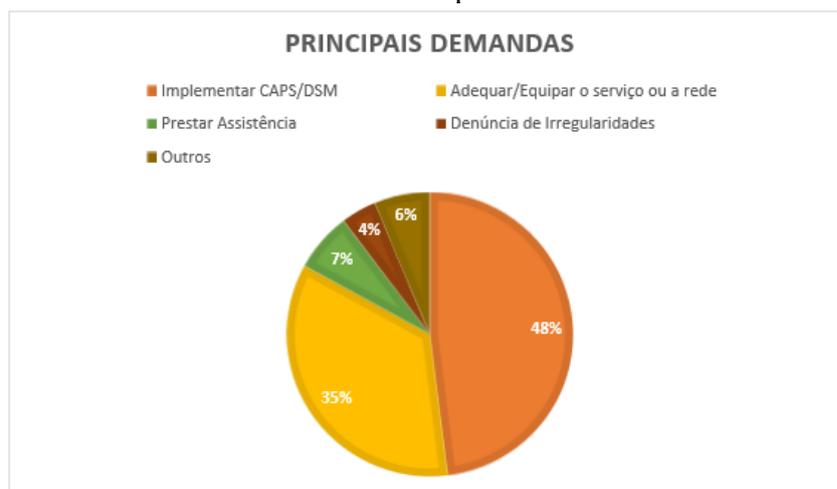
Ao mesmo tempo em que há o fato de não haver critérios mais flexíveis para implementação de CAPS nos municípios, há a judicialização da demanda - em geral de municípios de pequeno porte - exigindo a implementação de CAPS I, II e III, definidos conforme o contingente populacional e não por dados epidemiológicos, tal como sugere o Movimento.

As portarias também fixam equipe mínima obrigatória, o que dá margem para a atuação judicial indicando descumprimento da norma pelo Município, por não ter equipe suficiente – cerca de 35% das ações têm este objetivo.

Novamente, a demanda do movimento social quanto a inadequação do indicador CAPS/HAB e equipe mínima fica bem clara em termos práticos: a falta de infraestrutura dos Municípios atrapalha a implementação da rede, conforme os ditames legais que ao invés de permitir um desenho que se adeque à realidade financeira e social dos Municípios, impõem regras fixas que dificultam o tratamento extra-hospitalar.

Indo além, nota-se que o pico de ações ocorreu em 2015, justamente no ano em que o indicador CAPS/HAB é descontinuado e um ano antes do início da contrarreforma. Este número mantém-se elevado em 2016, mas no ano seguinte o número de ACPs cai quase pela metade, justamente quando a Portaria n. 3588/2017 é editada. Ao mesmo tempo, observa-se também que o índice de judicialização se mantém elevado até os anos de 2017 e 2018, o que representa que os Estados ainda não implementaram a rede ou funcionam com uma rede irregular de cuidados mesmo após quase 20 anos da lei Nacional.

Essa análise coaduna com os dados relativos às principais demandas exigidas judicialmente. Insta destacar que as demandas, tal como as Leis Estaduais, têm um perfil diferente de acordo com a Região. Enquanto na região Norte a principal demanda é por implementação de CAPS ou adequação do serviço existente, na região Nordeste a adequação da rede é o foco, enquanto na Região Sul, além de implementar, é relevante equipar o serviço.

Gráfico 8 – Principais demandas

Fonte: Elaborado pela autora

No panorama nacional, 48% das demandas são por implementação de CAPS ou outros dispositivos de saúde mental, 35% são ações que visam a adequação do serviço existente – o que inclui a contratação de profissionais e a reformas na infraestrutura -, um número menor das demandas busca obrigar à assistência a ser realizada nos CAPS, enquanto 4% delas representam denúncias de irregularidades prestadas pelos/nos serviços.

Se observarmos a judicialização como uma forma de interpretar os pontos fracos de implementação da política, nota-se que há poucos dispositivos extra-hospitalares e os que existem funcionam de maneira precária, seja pela ausência de profissionais, seja por problemas na infraestrutura. Percebe-se que a estratégia processual adotada pelo Ministério Público é no sentido de judicializar a questão, exigindo a construção/adequação dos serviços.

4.2 Análise Qualitativa

Para a análise qualitativa, o método analítico adotado foi o da abordagem das políticas públicas através de seus instrumentos desenvolvida por Lascoumes e Galès, o que permite um trabalho de desconstrução pelos instrumentos (LASCOUMES E GALÈS, 2012, p. 21). A abordagem pela instrumentação permite apreender dimensões que de outra maneira seriam pouco visíveis, afinal, “os instrumentos da ação pública, não são ferramentas axiologicamente neutras e indiferentemente indisponíveis, ao contrário, são portadores de valor, nutridos de uma interpretação do social e de concepções precisas sobre a forma de regulação considerado” (Ibidem, p. 21).

Dessa forma, a instrumentação permite a observação da política pública de saúde mental por dois ângulos complementares: a) os efeitos gerados pelos instrumentos em sua

autonomia relativa e b) os efeitos políticos dos instrumentos e as relações de poder que eles organizam. A fim de compreender em profundidade a dinâmica dos atores e como a política pública de saúde mental é internalizada durante o processamento judicial, 20 acórdãos foram selecionados cujos critérios foram: a) a capacidade do instrumento em vocalizar as demandas da sociedade civil; b) as falhas na prestação jurisdicional e ministerial devido ao desconhecimento da política; c) as consequências judiciais da juridicização; d) a influência da ancoragem jurídica na judicialização e d) o papel da ação civil pública como instrumento de implementação dos dispositivos da política pública de saúde mental.

4.2.1 A ação civil pública como instrumento jurídico de vocalização de demandas sociais

4.2.1.1 *A demanda pela manutenção dos leitos psiquiátricos existentes*

Quanto ao pronunciamento do Judiciário há que se compreender a dinâmica processual. Primeiramente, para ajuizar uma ação é necessário um representante processual que será o autor da ação. Na ação civil pública o rol de pessoas que podem ser autores da ação é definido pelo art. 4º da LACP, dentre eles estão Ministério Público e Associações. No caso em análise a ação foi proposta por uma Associação de Moradores de Santa Catarina (BRASIL, 2017a). Ao propor uma ação, o autor deve realizar um pedido jurídico - o que limita a decisão do juiz ao que foi pedido.

No caso, o pedido foi para “prestar, manter e dar continuidade aos tratamentos de saúde aos acometidos de transtorno mentais por meio de serviços adequados, eficientes e seguros, dispondo de recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da ala psiquiátrica” (BRASIL, 2017a, p. 4). Ao Município e ao Estado o pedido consistia em garantir a prestação e a continuidade de serviços adequados, eficientes e seguros, dispondo recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da ala psiquiátrica. Os pedidos foram postulados em desfavor do Hospital, do Município e do Estado.

O pedido principal vincula a resposta do juiz, que pode ser de deferimento ou indeferimento na fase final do processo. Antecipadamente, porém, se o pedido do autor for feito na forma de tutela antecipada antes da sentença, o juiz pode deferir o pedido do autor se comprovadas urgência e verossimilhança das alegações. No caso houve pedido de antecipação de tutela para impor ao Hospital a manutenção e continuidade da ala psiquiátrica, com a realização de perícia para reavaliar os pacientes que receberam alta quando do fechamento da ala psiquiátrica, além de impor aos Estado e Município a obrigação de garantir a prestação dos serviços adequados.

O pedido de tutela de urgência é avaliado antes mesmo dos réus terem a oportunidade de se manifestar no processo. No caso, o juiz de 1º grau indeferiu o pedido da associação. Isso permitiu que eles recorressem da decisão – por meio de um recurso chamado Agravo de Instrumento. Quando há esse recurso, o responsável por decidir é o Tribunal do Estado – o qual é formado por um órgão colegiado composto por desembargadores. O desembargador deferiu a tutela para determinar que no prazo de 10 dias que fosse restabelecido o serviço de psiquiatria no Hospital, sob pena de multa diária; também no prazo de 10 dias, deferiu que fossem agendadas as perícias médicas dos pacientes que receberam alta, também estipulando multa diária por dia de descumprimento da ordem judicial. Ressalta-se que tudo isso ocorreu sem que houvesse espaço para o contraditório.

Eis até aqui o cenário processual: o autor da ação é uma associação de moradores que usa a ação civil pública como forma de vocalizar sua demanda de recusa ao fechamento da ala psiquiátrica. O judiciário, antecipadamente - na primeira instância - nega o pedido da associação para restabelecer o atendimento hospitalar. A segunda instância, ao contrário, defere o pedido da associação e obriga Hospital, Município e Estado a manterem o atendimento hospitalar funcionando. Nota-se que a ação foi ajuizada em 2010, ou seja, nove anos depois da vigência da Lei n. 10.216/01, na qual o tratamento hospitalar é afastado e a política em curso recomenda o tratamento em dispositivos extra-hospitalares com o desincentivo à abertura e manutenção de leitos psiquiátricos. Então, até esse momento processual, a decisão judicial iria contra os postulados da Reforma Psiquiátrica.

Chega o momento processual em que o Hospital, o Município e o Estado se manifestam. Trata-se da Contestação. O Hospital explica que a ala foi fechada por causar um prejuízo mensal de 70 mil reais à instituição, que há muito tempo atendia além do limite contratual e sem receber o pagamento suplementar adequado, sem falar que o prédio no qual estava instalado não estaria em condições de funcionamento. Explica que o processo de fechamento da ala psiquiátrica foi gradual e dialogado com o Estado, que o início ocorreu em 2009 e o fechamento apenas ocorreu em 2010 e que “ao comunicar ao Governo do Estado que deixariam de efetuar as internações, obtiveram como resposta que os pacientes voltariam a ser encaminhados às cidades vizinhas como ocorria anteriormente” (BRASIL, 2017a, p.6).

O Município justifica, dentre outras coisas, que o CAPS II realiza no município todo o atendimento necessário aos doentes mentais e dependentes químicos e que neste caso não seria cabível o controle judicial da política pública por inexistir abuso ou omissão. O Estado, por sua vez, explica que a “internação de pessoas com distúrbios mentais só pode ocorrer em

hospitais capazes de prestar todo o tipo de assistência ao interno, uma vez que a Lei n. 10.216/01 vedou a internação em manicômios” (Ibidem, p.7), por isso mesmo não pode assumir a ala psiquiátrica desativada.

A sentença foi parcialmente procedente para condenar o Hospital, o Município e o Estado a prestar, manter e dar continuidade aos tratamentos de saúde aos acometidos de transtornos mentais por meio de serviços adequados, eficientes e seguros, dispondo recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da ala psiquiátrica. Tanto o Autor quanto os Réus recorreram da sentença por meio do recurso chamado de Apelação. Na apelação o pleito será decidido pelo Tribunal do Estado, por meio de acórdão dos desembargadores. Não houve inovação argumentativa por parte do autor e dos réus.

Antes, contudo, de proferirem o acórdão, o processo passa pelo gabinete da Procuradoria Geral de Justiça para que eles analisem e emitam parecer acerca da legalidade processual. Essa função - atribuída ao Ministério Público no curso do processo - é chamada de atuação *custos legis*, ou seja, como fiscal da lei. Segundo o parecer da procuradoria a associação não teria legitimidade para promover a ação civil pública, o que não foi acolhido pelo Tribunal.

Um acórdão é formado pelo voto de três desembargadores que chegam a um acordo (daí o nome, acórdão) sobre o mérito da questão. No caso, do voto do Desembargador relator ele analisa e discorda da sentença do juiz de primeiro grau. Em linhas gerais, a sentença reformada fundamenta a procedência:

- a) Argumenta que o comprometimento financeiro da entidade acarreta risco de dano irreparável para o prestador de serviço - o que não gera colisão entre direitos fundamentais pois a saúde é dever do Estado e não do particular - ressaltando que entre os interesses econômicos do grupo que administra o hospital e o da comunidade que reuniu 8814 assinaturas em um abaixo-assinado, o deste deve prevalecer, pois o que deve ser questionado é “se alguém pode explorar comercialmente a saúde num município, atuando apenas nas áreas que considera mais lucrativas ou menos deficitárias” (BRASIL, 2017a, p.19);
- b) O risco de dano irreparável para a comunidade está relacionado à inexistência da prestação de serviço de saúde, enquanto para os administradores da instituição hospitalar está na diminuição do prejuízo financeiro, o que ressalta a função social da empresa

- c) Alega que os recursos financeiros do SUS foram repassados ao Município para a prestação do serviço psiquiátrico, ocasionando “risco de dano irreparável para o Poder Público que investiu recursos sem, talvez, obter a respectiva contrapartida, pois o serviço deixou de ser prestado antes do término do exercício financeiro” (ibidem, p.19);
- d) Vedação ao retrocesso social: determinadas conquistas sociais que efetivam direitos fundamentais inserem-se no patrimônio jurídico dos cidadãos. “ou seja, o funcionamento da ala psiquiátrica do Hospital integrou-se ao patrimônio jurídico do cidadão, de modo que a paralisação desse setor do hospital geral direito público subjetivo da coletividade local” (ibidem, p.19).

Pode-se observar que parte do ideário da reforma está presente na argumentação. Ora, o hospital psiquiátrico é responsável por fornecer um serviço público e não pode apenas visar o lucro (lógica manicomial que levou ao número absurdo de leitos e a consequente institucionalização dos pacientes), porém, apesar do cuidado em demonstrar a função social da empresa, o fechamento da ala psiquiátrica é o que é preconizado pela política pública de saúde mental vigente, o que não foi considerado na decisão do juiz de piso: observou-se apenas o caso concreto sem considerar o panorama geral no qual se inscreve o pleito jurídico analisado.

Podemos considerar que esta é primeira limitação da ação civil pública como instrumento de políticas públicas: a natureza do processo, apesar de coletiva, envolve uma formatação judicial caso a caso. Ou seja, a depender do caso concreto e das provas juntadas aos autos é que o juiz pode se pronunciar, conforme os limites processuais. A política pública, por outro lado, é pensada e desenhada pensando na coletividade, é dotada de caráter genérico e dados macro justamente porque lida com a realidade nacional de um problema público. Ao judicializar recortamos o alcance da política para os atores do processo, ao local do processo – o que retira seu aspecto genérico e mantém a discussão adstrita à realidade constante dos autos. Trata-se de um problema de escala.

A decisão do desembargador, no entanto, atenta-se ao panorama geral. Ele pontua a importância do tratamento psiquiátrico aos portadores de transtorno mental para garantir-lhes a manutenção de sua saúde, vida e dignidade humana. Menciona a Lei Federal n. 10.216, editada com a finalidade de proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, além de redirecionar o modelo assistencial, ressaltando o art. 4º, §3º (vedação da internação em instituições com características asilares). Explica que após a reforma do sistema de atenção à

saúde mental a internação hospitalar é o último recurso a ser utilizado, vez que a diretriz estabelecida é a prestação de serviços extra-hospitalares. Além disso, informa que a internação só pode ocorrer em estabelecimento que ofereça serviços psiquiátricos concomitantemente aos de assistência social, psicologia, terapia ocupacional, entre outros, tudo para evitar a existência de manicômios e outros estabelecimentos asilares.

À título argumentativo, descreve e conceitua os CAPS e suas respectivas modalidades de atenção. Reconhece ainda:

[...] os bons propósitos da ação deflagrada, da mobilização social que culminou num abaixo assinado com mais de 8 mil firmas, bem como da decisão recorrida, [com a qual concorda ser] incontestada a responsabilidade do Estado na prestação do serviço público de saúde, assistência e reinserção social dos portadores de distúrbios mentais (BRASIL, 2017a, p.25).

No entanto, reconhece que, conforme comprovado no curso processual, a:

[...] municipalidade não está inerte na atenção à saúde mental de seus habitantes, uma vez que tem em funcionamento o CAPS II e o CAPS ad, que realizam o atendimento necessário aos doentes mentais e dependentes químicos, em conformidade com a Lei n. 10.216/01 e regulamentado pela portaria 336/02 (Ibidem, p.28).

Concorda com os Entes Estatais em que não houve omissão do Estado, pois, ao ser comunicado do descredenciamento do Hospital, o gestor estadual, no uso de seu poder discricionário decidiu realocar o atendimento da população para os hospitais próximos. Além disso, os 13 leitos psiquiátricos seriam transferidos para outro hospital localizado a 70 km de distância e que estaria em fase de credenciamento junto ao Ministério da Saúde.

No que diz respeito à reavaliação dos pacientes que tiveram alta, o laudo pericial juntado constata que os internos estavam recebendo atendimento no CAPS do Município e por hospitais credenciados da região quando tiveram a necessidade de nova internação. Conforme o laudo: “a prova pericial constatou que no Município nem a internação é a única forma de tratamento nem a sua existência no local é obrigatória, essencial ou indispensável” (BRASIL, 2017a, p.31). O laudo ainda é rico em detalhes sobre o atendimento no município:

[...] as pessoas frequentam os dois centros de atenção psicossocial (CAPS) municipais, algumas delas diariamente, outras com menor frequência, segundo as necessidades do grau e da fase em que se manifesta o transtorno mental. Além dos procedimentos médicos, de enfermagem e de psicológica, os CAPS provêm alimentação e orientações úteis, das mais diversas. A unidade de saúde, no bairro, quando suspeita ou diagnostica um problema psiquiátrico, encaminha o cidadão a um dos CAPS e o recebe de volta com orientações de como lidar com o problema. Se o caso é mais grave o paciente fica em seguimento com no CAPS, até que tenha alta, melhorado, e seja reencaminhado para a unidade de saúde básica. Muito raramente ocorre algum caso mais complicado, em que a internação seja

imprescindível. Nestes casos há encaminhamento há algum hospital em cidade próxima, que possa receber o caso (Ibidem, p.31).

O laudo aponta que a forma como o tratamento é organizado na região representa, na prática, “o que está representado na Constituição pela expressão “rede regionalizada e hierarquizada” que através de seus vários elementos, constitui um sistema único, o SUS” (Ibidem, p.31). Ressalta que, se o hospital for a porta de entrada do sistema, o centro preferencial ou a única forma de tratar, não haverá hierarquia entre as múltiplas formas de tratar. Isso iria contra a política nacional de saúde mental, cujo objetivo seria de não “criar novos hospitais que sejam exclusivamente psiquiátricos”. Ao contrário, “visa construir um modelo extra-hospitalar, unindo por rede serviços espalhados pelo território e fazendo-os conversarem entre si, trocando pacientes” (Ibidem, p.32).

Portanto, a manutenção solitária da extinta ala psiquiátrica do Hospital não teria base política e legal para ser registrada e cadastrada no Ministério da Saúde a fim de poder prestar atendimentos. A Lei n. 10.216/01 dá a entender que a internação deve ser preterida sempre que possível e utilizada somente nos casos em que não há insuficiência de recursos extra-hospitalares (CAPS, Unidades de Saúde, etc) (Ibidem, p.32). Isso significa que a população do Município não está desamparada em relação ao atendimento de saúde mental e ainda é possível a internação psiquiátrica por hospitais de outras cidades da região como último recurso em caso de insuficiência dos serviços prestados pelos CAPS. Ou seja, o serviço público de atenção à saúde mental existe no Município e em caso de necessidade de internação haveria outros estabelecimentos de saúde credenciados na região que poderiam atender à demanda, razão pela qual não se justifica a decisão de manutenção dos 13 leitos psiquiátricos naquele município.

Após esse relato fático o voto do desembargador julgou improcedente os pedidos iniciais, o que foi seguido pelos demais desembargadores em decisão unânime. Este julgado é emblemático por revelar vários nuances da reforma psiquiátrica a partir da visão de diferentes atores sob a moldura processual. Vejamos.

Os autores da ação não queriam o fechamento da ala psiquiátrica (o que demonstra socialmente que a dimensão sociocultural da política pública encontra barreiras na transformação do imaginário social quanto à loucura e os cuidados relativos a ela), apesar da política nacional de saúde mental, seguida pelo Município e Estado, representada na atitude do Hospital no fechamento de leitos recomendar sua extinção. Inconformados com o andar político, a sociedade ajuíza a ação, alheia às ideias da reforma psiquiátricas e preocupados

com a prestação de serviços de saúde na região e tem sua pretensão acolhida em primeira instância. Como dito, do ponto de vista local talvez a decisão pela manutenção do hospital e do atendimento psiquiátrico fosse relevante. No entanto, do ponto de vista coletivo, a solução exigiria mais elementos do que a demanda trazida pela associação: seria necessário provar que o atendimento à saúde mental no município tinha sido comprometido a partir do fechamento dos leitos psiquiátricos disponíveis.

Segundo a lógica hospitalocêntrica, o fechamento de leitos seria inadmissível e extremamente prejudicial, pois a única forma de atenção é realizada pelo hospital. Sem leitos abertos e funcionais, de fato, haveria prejuízos à prestação de saúde na região, lógica internalizada pela sentença proferida em primeira instância. Contudo, ao se observar a questão a partir da política pública de saúde mental em curso, nota-se a prescindibilidade do dispositivo hospitalar, o que justificaria seu fechamento. Inclusive, fechá-lo, nesta perspectiva, garantiria uma prestação de saúde melhor e mais completa por diversificar as formas de atendimento prestada em diversos dispositivos assistenciais.

Por óbvio, deveria ser comprovado que estes dispositivos extra-hospitalares seriam funcionais e articulados para que não houvesse prejuízo na prestação do serviço, fato que ficou comprovado a partir do laudo pericial descritivo da rede de atendimento da região. Em virtude disso, a reforma da sentença seria fundamental, por ser *contra legem*, em um primeiro momento. Nota-se que o conhecimento da Lei Nacional e do desenho da rede de atenção psicossocial, o que revela a importância das portarias ministeriais e do eixo de qualificação/acreditação dos hospitais psiquiátricos que elas implementam, seriam indispensáveis para a solução do caso, o que não foi utilizado pela 1ª instância na fundamentação da decisão prolatada.

O pronunciamento judicial alinhado à política pública de saúde mental a fortalece por ter respaldo institucional em outro Poder. No entanto, verifica-se que no Judiciário também há disputas de visões de mundo no que diz respeito ao cuidado com a loucura. Este processo – a partir dos dados colhidos no acórdão – reflete bem a coexistência de duas visões de mundo sobre a questão: a trazida pela própria comunidade e reforçada pela primeira instância, que fortalece a lógica hospitalocêntrica; e a visão psicossocial, reforçada pelo Tribunal do Estado e explicitada pelo laudo pericial.

A data do julgado permite uma segunda interpretação. O acórdão foi debatido em 2018, data em que já havia a Portaria de 2017, que reinseria o hospital psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial. Com base nessa legislação, a reforma da sentença pelo Tribunal seria

inadequada e o pleito da associação legítimo, afinal, segundo a portaria, o valor repassado ao hospital para a manutenção dos leitos psiquiátricos seria reajustado e o hospital psiquiátrico passaria a ter um local de destaque na rede, ao invés do desincentivo à extinção de leitos. Contudo, essa legislação sequer é citada pelo Tribunal, que se atém a Portaria editada em 2002 para fundamentar sua decisão. Isso revela certo desconhecimento das normativas que compõem a política pública de saúde mental, além da desatualização do Judiciário perante as normas, afinal, a Portaria de 2011 modifica e atualiza os parâmetros da portaria de 2002.

Nota-se, todavia, que a análise do acórdão apresenta limitações: apenas é conhecido do processo aquilo que foi selecionado pelo Desembargador para fundamentar sua decisão. Não conhecemos em profundidade o processo, tampouco conhecemos as razões pelas quais a associação ajuizou a ação, sabemos apenas que os porquês não foram levados em consideração pelo julgador ao decidir.

Insta salientar que as ausências aqui também têm significado que revelam as limitações intrínsecas ao instrumento – ação civil pública – quanto a sua capacidade de vocalizar demandas no que diz respeito à participação social, fato que fragiliza a narrativa do instrumento enquanto mecanismo democrático, afinal, o que determina a decisão do juiz são as leis que balizam o tema e, em segundo lugar, as decisões anteriores do próprio Tribunal (jurisprudências).

A voz do povo não é determinante para a decisão judicial. Ao contrário, o discurso judicial comporta sutilezas: desde as aspas para designar que a “ação civil pública” foi movida por uma associação até o pronunciamento do Ministério Público - a título de *custos legis* - quanto a ilegitimidade do autor ao processamento da ação. Existem resistências institucionais aos novos atores sociais.

4.2.1.2 O desejo social de não construção de CAPS na comunidade

Em sentido semelhante, a próxima ação a ser analisada também foi ajuizada por Associação com o objetivo de impedir a construção de um CAPS na região. Essas são as duas únicas ações em que os autores são representantes populares e ambas visam, cada um ao seu modo, impedir a implementação da política pública de saúde mental. Isso pode revelar a baixa capacidade de articulação do movimento social com as demais camadas sociais que ainda operam na lógica hospitalocêntrica, o que sugere a necessidade de fortalecimento da articulação entre o movimento social e os familiares.

A ação em questão (BRASIL, 2018a) foi ajuizada em 2017 e a decisão analisada foi proferida em 2018: trata-se de uma decisão interlocutória proferida em sede de agravo de instrumento²² que nega os pedidos da associação para que impedisse o Município de instalar ou inaugurar um CAPS, confirmando a decisão prolatada pelo juiz da primeira instância. O desembargador justifica o voto pontuando que não há nada nos autos que comprove descumprimento de leis federais e estaduais pelo Município.

Infere-se da argumentação que a Associação não quer a construção do dispositivo por associar o CAPS à desvalorização da área e que sua presença possa piorar ainda mais a situação de abandono que o bairro escolhido para a implementação do dispositivo se encontra. O desembargador então argumenta que este temor não autoriza a associação a impedir a “instalação de equipamento público de notório e evidente benefício à saúde pública” (BRASIL, 2018a, p.2).

Nota-se pela argumentação trazida pela associação que a convivência com a loucura é algo tão negativo e repulsivo que foi necessário recorrer ao judiciário para evitar tal desiderato. A sensação de que seus anseios não foram ouvidos é fortalecida quando, no pleito antecipatório, eles justificam o recurso alegando que não foi realizada audiência pública questionando aos moradores se eles tinham interesse na construção do dispositivo de saúde mental naquela localidade. Há uma ânsia por participação das decisões do poder público por essa população que escolhe a via processual para vocalizar suas demandas.

Do ponto de vista legal a voz da associação é silenciada, pois rebate o Desembargador em seu voto ao afirmar que não existe na Constituição Federal, no Estatuto das Cidades ou na legislação Municipal a exigência obrigatória de audiência pública como condição para a instalação de unidade de tratamento de saúde. Precisa de lei para permitir a participação popular nas escolhas administrativas ou isso seria uma decorrência lógica da possibilidade de participação popular nas políticas inerentes ao próprio regime democrático?

É com base nestes argumentos que a urgência do pleito da associação é desconstituída. Do ponto de vista da política pública de saúde mental, a decisão é irretocável. Ao considerar o instrumento ação civil pública a situação permite múltiplas interpretações. Em primeiro lugar, reflete a desconexão entre a vontade popular, a política pública de saúde mental e o pronunciamento judicial.

²² Agravo de Instrumento é o nome do recurso dado sempre que houver decisão judicial anterior à sentença. Em geral, ocorrem quando há pedido de antecipação de tutela, como foi o caso em tela.

A primeira revela como as representações sociais relativas ao cuidado em saúde mental são construídas socialmente: algo que não se quer por perto, o que revela certa rejeição social ao tratamento comunitário. Noutra giro, a política pública de saúde mental é confirmada a partir do pronunciamento judicial como o caminho adequado a ser seguido, porém, a decisão revela um tom impositivo apesar da resistência clara da sociedade em não querer o dispositivo e de querer poder decidir sobre sua implementação naquela região ou não.

Do ponto de vista da política, ter um atendimento regionalizado e territorializado pressupõe que a coletividade ali existente quer fazer parte do tratamento dado àquelas pessoas que fazem parte da comunidade. Não se quer mais excluir, segregar. No entanto, quando a comunidade mostra resistência à implementação do dispositivo comunitário, recusando-se a exercer o papel terapêutico previsto na política, o que se deve fazer? O pronunciamento judicial não se atentou para essas nuances e silencia o pleito da associação impondo a implementação do dispositivo goela abaixo.

No entanto, considerando os princípios da política pública de saúde mental, essa decisão deveria ser mediada entre os gestores de saúde e a própria comunidade em um trabalho político de base para confirmar a vontade social no cuidado com os usuários deste tipo de serviço. Do contrário, a implementação do dispositivo sem a aceitação social pode reproduzir a lógica manicomial de exclusão, segregação e perpetuação de estigmas, afinal, a política pública de saúde mental não é implementada apenas a partir da inauguração dos dispositivos de cuidado: a lógica da atenção psicossocial transcende a dimensão técnico-assistencial e jurídico-política, devendo operar principalmente na dimensão sociocultural e ressignificando o papel da loucura na sociedade.

A determinação judicial, da forma como foi feita - considerando a ação civil pública como instrumento de políticas públicas -, apesar de adequada às propostas da política pública, não se manifestou como um instrumento pedagógico como muitas vezes é descrita por seus operadores. Ao contrário, se manifestou como um mecanismo impositivo autoritário, silenciador das demandas sociais. Observa-se, por fim, que essa decisão não se baseou em nenhum dispositivo legal concernente à política pública de saúde mental para ser proferida.

4.2.2 Falhas na prestação jurisdicional e na atuação ministerial por desconhecimento da política pública de saúde mental

4.2.2.1 *A falha da atuação jurisdicional e ministerial por inadequação do pedido devido ao desconhecimento teórico-conceitual-assistencial dos Serviços Residenciais Terapêuticos*

O próximo acórdão analisado (BRASIL, 2017b), à semelhança do primeiro, determina o fechamento de instituição com características asilares – abrigo – e exige do Município a transferência dos internos para locais apropriados ou casas de seus familiares. O problema, porém, está na formulação do pedido. Primeiro, porque se a ação versa sobre pacientes institucionalizados, o local apropriado para a transferência seria os Serviços Residenciais Terapêuticos, o que não é mencionado na ação. Segundo, porque para reinserir socialmente, a família deve fazer parte da rede de apoio dos internos, porém justamente pela condição de institucionalização isso representa ausência de vínculo familiar. Nesse sentido a ação civil pública movida pelo Ministério Pública foi inespecífica quanto à reinserção social.

Este erro, por sua vez, reverbera no pronunciamento judicial do juízo de primeira instância que defere o pedido para transferência dos internos, determinando que o tratamento de saúde mental deveria ser realizado pelos CAPS. Na verdade a sentença fala em internação em CAPS, indistintamente, a todos os internos. Observa-se erro conceitual grave na construção da sentença. Como visto no primeiro eixo deste trabalho, os CAPS têm a função de promover saúde em um território pré-definido através de oficinas e planos terapêuticos individualizados elaborados por equipe multidisciplinar. A única internação permitida em CAPS é aquela de curta duração (inferior a uma semana) quando há necessidade de conter crise. Estes leitos não são aptos, portanto, a receber pacientes institucionalizados egressos de internações psiquiátricas longas em instituições com características asilares.

O voto do desembargador, ao invés de corrigir esse equívoco, exime o Município da responsabilidade de providenciar a transferência adequada a cada interno, terceirizando à família ou ao próprio Ministério Público a internação “por meio de via adequada” (BRASIL, 2017b, p.4). Decisão teratológica do ponto de vista da política pública de saúde mental. Primeiro, porque a internação não deveria ser mantida pelo judiciário sem que houvesse a comprovação por meio de laudo médico consubstanciado de sua necessidade; segundo, porque a decisão impele os familiares ou o próprio ministério público a ajuizar ação de internação compulsória por desconhecimento das estratégias de desinstitucionalização previstas na política pública de saúde mental, o que além de ser um absurdo por si, revela a lógica perversa de manutenção da internação retroalimentada pelo poder Judiciário.

Apesar da ideia inicial do Ministério Público ser positiva e alinhada à política pública de saúde mental – fechamento de instituição asilar – os desdobramentos judiciais ocorridos por ausência de conhecimento da legislação de referência afastaram a aplicação adequada da política. Não bastasse a reforma da sentença neste ponto, a solução dada pelos Desembargadores explicita ainda mais o desconhecimento da política: ele determina que o Município fica apenas obrigado a devolver os internos aos seus respectivos familiares, para que, caso necessário “estes promovam as medidas judiciais cabíveis para obter assistência à saúde mental e assistência social em benefício do paciente” (BRASIL, 2017b, p.4).

Além disso, onera ainda mais o Ministério Público ao determinar que “em relação aos internos que não tiverem familiares vivos ou conhecidos, caberá ao Ministério Público promover as medidas judiciais adequadas para buscar a proteção à saúde mental dos pacientes” (Ibidem, p.4). Excesso de burocratização ímpar e desnecessário.

Ao final, houve a reforma parcial da sentença para excluir a obrigação do Município de transferir todos os internos, mantendo apenas sua responsabilidade quanto à entrega dos pacientes às respectivas famílias. Essa decisão revela dois aspectos do impacto do Poder Judiciário na interpretação da política pública de saúde mental. O primeiro revela que apenas o fechamento de instituição asilar não é o suficiente para fortalecer a política pública de saúde mental se ao ser fechado os internos ficarão largados à própria sorte. Consequentemente e com reflexos no segundo aspecto, o direito perpetua desassistência, desarticula a política que, ao desresponsabilizar o Município, fragiliza o sistema hierarquizado, descentralizado e regional típicos da organização do SUS e da própria política pública de saúde mental.

A decisão desonera o município na permanência ao cuidado em saúde, terceiriza o cuidado à uma instituição privada que ao ser fechada transfere a responsabilidade apenas para os familiares. Insta destacar que a atitude do Município, ao deixar uma instituição com características asilares responsável pelos cuidados da clientela psiquiátrica, já representa em si afronta à política pública existente. Noutra giro, no que diz respeito à conduta do Judiciário, observa-se a lógica individualista em manicomial: ora, se o cuidado é relegado à instituição e, na ausência dela, à família, onde entra o Sistema Único de Saúde? Onde entra o dever do Estado em possibilitar o acesso à saúde?

A partir dessa lógica, a loucura é problema particular e não público, o cuidado fica restrito a instituições e a comunidade não faz parte do processo de promoção saúde. Ressalta-se que a ação é de 2013 e o acórdão de 2017, tempo mais do que o suficiente para o Judiciário que se pretende capaz de intervir nas políticas públicas conheça e se atualize sobre o tema

com o fito de dar decisões minimamente coerentes com a lógica política dominante. Essa ausência, no entanto, é mais importante, talvez, do que o acerto da decisão: esse julgamento nos revela o grau de permeabilidade da reforma psiquiátrica dentro da mentalidade jurisdicional.

Caso parecidíssimo é discutido em outro Estado (BRASIL, 2015b), mas o desfecho é diametralmente oposto. O Ministério Público ajuizou Ação Civil Pública para condenar o Município à remoção de internos para estabelecimento adequado – pormenoriza: entidade para acolhimento de portadores de doenças mentais, residência inclusiva ou outro, a critério dos requeridos, segundo indicação médica do momento em que efetuada a transferência – de forma que o tratamento continuasse e os cuidados de saúde necessários fossem recebidos. Pede tutela de urgência para que a remoção ocorra em 15 dias, o que é deferido pelo Juiz. O Município por sua vez reage por meio de Agravo de Instrumento alegando que a responsabilidade para o acolhimento é da família e da associação e que o acolhimento familiar é sempre o mais indicado para o atendimento dos casos.

O desembargador relator nega veementemente essa afirmação. Argumenta com base no art. 23, II da Constituição Federal ser de competência comum da União, dos Estados e dos Municípios cuidar da saúde e da assistência pública, além da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência. Menciona ainda o art. 196 da CF que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Não obstante a argumentação constitucional sobre o tema, o desembargador traz elementos do caso concreto informando que os documentos do processo demonstraram não ser possível a reinserção familiar com o apoio dos CAPS aos internos. Isso demonstra conhecimento do quão difícil é reinserir na família um paciente egresso de internação psiquiátrica, justamente porque após anos de internação os laços familiares arrefecem e o vínculo esmorece. Como bem aponta o Ministério Público no bojo da ação: se a reinserção familiar fosse possível não seria necessária a propositura da ação.

Indo além, o desembargador atenta que caso a situação fática sofra alteração e fique comprovado nos autos através de adequado estudo psicológico - com o devido contraditório - que os pacientes podem se reinseridos no convívio social e familiar e que essas famílias possuem condições adequadas não só no sentido psicológico mas econômico-social de recebê-los, existe a possibilidade da liminar anteriormente concedida ser revogada.

A decisão prolatada revela a sensibilidade judicial que é possível (e necessário) ter ao decidir sobre a política pública de saúde mental. Além do conhecimento necessário de que a reinserção social é problemática, delicada e atualmente um dos nós da política compreende a lógica descentralizada e comunitária da política, com a devida manutenção do Município como responsável pelo cuidado e tratamento dos internos, de forma a evitar a desassistência e promover, assim, o tratamento comunitário: a responsabilidade é de todos os entes políticos envolvidos.

4.2.2.2 A inadequação da atuação jurisdicional pautada no pedido de inclusão individual nos serviços residenciais terapêuticos por meio de instrumento coletivo: erro estratégico na atuação do Ministério Público

Como visto, o fechamento de uma instituição de saúde mental possui várias consequências: sociais, institucionais, comunitárias. Cada uma dessas consequências dialoga diretamente com a reforma psiquiátrica em curso. É necessário conhecê-la adequadamente para poder indicar qual serviço é o adequado para continuar o tratamento quando o dispositivo centralizador é fechado. É comum na jurisprudência a confusão entre dois dispositivos chave da reforma psiquiátrica: os CAPS na modalidade III (dispositivo substitutivo ao hospital psiquiátrico) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (dispositivos estratégicos para a desinstitucionalização).

Pelas portarias regulamentadoras do tema sabemos que a coexistência destes dois dispositivos no território é necessária vez que eles prestam atendimentos complementares entre si – o CAPS como centro da rede de atenção psicossocial com leitos de internação para os momentos de crise e os serviços residenciais terapêuticos como lugar de reinserção social para pacientes institucionalizados que devido ao longo tempo de internação não têm mais para onde voltar: nem casa, nem família. Essa confusão revela dois pontos problemáticos na política e nas representações do Judiciário sobre ela: a) a incompreensão da diferença entre os dispositivos (inespecificidade do cuidado o que gera desassistência) e b) a ausência dos dispositivos adequados específicos a cada realidade (baixo índice de implementação o que gera maior judicialização do tema).

O primeiro caso analisado trata de ação civil pública ajuizada para incluir determinada pessoa em tratamento em residência terapêutica (BRASIL, 2019b). A sentença condena o Município a realizar a inclusão, porém determina que durante a espera pela vaga o indivíduo deve aguardar internado no hospital psiquiátrico onde se encontra. Situação completamente inadequada. O paciente institucionalizado deve permanecer institucionalizado até que surja

vaga em residência terapêutica, o que pode ocorrer dentro de 15 dias, um mês, dois anos (prazo entre o ajuizamento da ação até a publicação do acórdão: 2017/2019). Ou seja, a ação ajuizada para retirar o paciente do âmbito hospitalar - que já possuía os critérios médicos para alta e continuidade do tratamento em outro dispositivo de saúde que permitisse sua reinserção social, é mantido internado por sentença judicial, sem que houvesse ação própria para isso (nos moldes do art. 6, §3º da Lei n. 10.216/01) e sem que houvesse laudo médico consubstanciado que comprovasse a necessidade da permanência da internação.

Inconformadas com a sentença, ambas as partes recorreram. O ente Estatal quer a reforma do julgado, pois segundo o relatório médico emitido pela Secretaria Estadual de Saúde “é vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições de característica asilares, devendo o tratamento ocorrer preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental” (BRASIL, 2019b, p.3), em consonância com o art. 4º, § 3º, da Lei n. 10.216/01 e b) a internação definitiva sem a respectiva ordem médica ofende gravemente a liberdade individual do paciente, violando o art. 6º da Lei n. 10.216/01. A Fazenda Municipal, por sua vez, objetivando a inversão do julgado, alega que: a) o paciente não deve ser internado em Residências Terapêuticas, as quais “são moradias destinadas a permanência que perderam os vínculos e referências familiares” (Ibidem, p. 4) , mas sim receber outros serviços assistenciais; b) não há inércia estatal, vez que estão sendo buscadas alternativas para o caso em apreço; c) a manutenção da sentença implica em violação à separação de Poderes prevista pelo art. 2º da CF; e d) a ação deve ser julgada improcedente.

Neste caso a argumentação do Executivo demonstra ser mais conhecedor da reforma psiquiátrica do que o Judiciário e mais atento do que Este às consequências sociais que a decisão pode provocar. A judicialização neste caso demonstra outro aspecto: ao se politizar uma questão de saúde critérios que são técnicos (internação/desinternação) passam a ser decididos por quem faz política. Nesse caso, o paciente deixa de ser visto como um indivíduo com necessidade de atendimento à saúde para se tornar parte em processo cuja disputa é deslocada para a constatação de ação ou omissão do Estado. E, novamente, perde o caráter subjetivo de sujeito de direitos para ficar restrito apenas ao direito de receber tratamento, fato que revela outro nuance de vivenciar o modelo hospitalocêntrico e toda a bagagem institucional que ele carrega.

Tamanha é a omissão institucional que dados do processo revelam que o paciente aguardou internado desde 2017 até pelo menos meados de 2018, aguardando vaga em residência terapêutica sem que nenhum dos entes processuais se manifestassem quanto a

injustiça do ato. Não obstante, a própria narrativa judicial do caso o insere na qualidade de incapaz, a institucionalização é notável:

[...] [é] certo que há nos autos documentos médicos que comprovam a necessidade do tratamento ao **incapaz** (fls. 48/49 e 67/68), bem como relatório social (fls.44/46 e 53/55, 57/60, 63/66), sendo que [nome do paciente] sofre de esquizofrenia desde os 19 anos, estando atualmente com 44 anos. Já foi internado por diversas vezes, períodos em que, devidamente medicado, fica calmo/controlado, mas quando tem alta, recusa-se a realizar o tratamento ambulatorial no CAPS (fl. 69 e certidão de fl. 79). Ademais, está demonstrado que sua genitora, já bastante idosa (74 anos fl. 77), não tem mais condições de prestar a ajuda necessária a sua sobrevivência. Além disso, seus dois irmãos possuem renda baixa e não tem condições de cuidar do irmão, já que trabalham fora de casa (g.n.) (BRASIL, 2019b, p. 8, grifo do autor).

Ao observar a complexidade social do caso, questiona-se se a medida judicial adotada foi a adequada para a resolução do caso concreto, em outras palavras: a sua instrumentalização foi clara quanto ao resultado que buscava alcançar na situação concreta? Aqui volta a discussão abordada quanto à questão de escala: se a ACP foi ajuizada para resolver a situação de institucionalização do indivíduo, mas manteve-o internado até que surgisse vaga, qual foi a utilidade do pronunciamento judicial? Não haveria outras formas – até mesmo extrajudiciais – de resolver a questão?

Caso a ação tenha sido ajuizada considerando o panorama coletivo – garantir que outras pessoas como a do caso tivessem vaga em residência terapêutica –, o pedido da ação seria para implementar residências terapêuticas em número adequado à demanda institucionalizada na região, o que levaria a um contexto probatório e discussão nos autos em sentido completamente diverso. Essas questões precisam ser melhor avaliadas tanto quando da escolha estratégica quanto ao uso do instrumento.

Outro aspecto relevante: várias passagens demonstram que a mentalidade do Judiciário ainda associa a loucura ao binômio incapacidade/periculosidade. Primeiro, ao taxar o sujeito da ação como incapaz (mesmo o acórdão sendo do ano de 2019 e já viger o Estatuto da Pessoa com Deficiência) quando a regra legal é a da capacidade, o que revela o uso comum da expressão para designar qualquer pessoa acometida por transtorno mental. A segunda passagem relevante diz: “trata-se de pessoa com histórico de diversas internações em hospitais psiquiátricos, mostrando-se necessária a tutela judicial que equilibre, de um lado, os seus direitos fundamentais e, de outro, a **sua submissão** ao tratamento médico de que necessita” (Ibidem, p. 8, grifo nosso).

Ora, se uma pessoa deve ser submetida a algo é porque sua vontade não está sendo considerada e dela se espera subordinação, além de implicitamente se afirmar que alguém

sabe o que é melhor para ela. Essa argumentação poderia ser utilizada – com várias reservas – para justificar a necessidade de uma internação compulsória, o que não é o caso. O serviço prestado nas residências terapêuticas é, como o próprio nome diz, residencial. O tratamento consiste em devolver o gerenciamento de vida sequestrado pela instituição ao paciente institucionalizado: ninguém é submetido a ter um lar; pertence-se a este lugar.

Ressalta-se que toda essa discussão foi levantada no acórdão que reexaminou a sentença e irá reformá-la (decerto ainda claudicante quanto os conceitos alinhavados referentes à reforma psiquiátrica). Aqui o papel do Ministério Público enquanto fiscal da lei²³ é decisivo para que o desembargador reforme o julgado. Na verdade, do ponto de vista institucional/processual é o único ator neste processo que se atenta para o absurdo judicial perpetrado. Primeiro, o ator define qual a regra de regência que deve ser utilizada para balizar a decisão do caso concreto:

[...] deficiência não é doença e existem microssistemas legais próprios para cada situação e políticas públicas também distintas. Para nós são situações distintas, com tratamento jurídico também distinto e por tal razão não nos valem da Lei Brasileira de Inclusão para enfrentar a causa em exame e sim a legislação própria do atendimento a pessoas com transtorno psíquico (Lei n. 10.216/01), tendo por base a Constituição da República (BRASIL, 2019b, p.12).

Apesar de discordarmos em parte de a Lei Brasileira de Inclusão – também chamada de Estatuto da Pessoa com Deficiência – não ser aplicada ao caso (aplica-se sim, nas disposições referentes à capacidade do sujeito [arts. 84 e ss], tal como discutido no eixo I deste trabalho), a definição de qual política revela que até a fase do reexame pelo Tribunal; ainda não restava clara sobre qual política tratava-se o processo, em que pese a tentativa do Estado em explicar a existência desta política e suas consequências prática a partir da primeira decisão judicial prolatada. O Promotor atenta para este fato em sua intervenção, momento em que, pela primeira vez, a reforma psiquiátrica (atenta-se para o fato de que a Portaria 106/00 regulamentadora do SRT sequer é utilizada por nenhum ator em nenhum momento processual) é mencionada:

[...] A leitura deste processo causou inquietação ao subscritor por se afastar em parte das diretrizes da reforma psiquiátrica imposta no Brasil desde 1990, complementada pela Lei n. 10.216/01 que pôs fim à política concentrada nas internações psiquiátricas. Justamente nesta linha antimanicomial que a representante do 'Parquet'

²³ Pode parecer redundante, mas não é. Todo processo judicial que versar sobre o direito de incapazes, independente de quem seja o autor da ação, contará com um promotor de justiça que analisará o processo durante seu curso para garantir-lhe a legalidade. Essa regra processual está inserida no capítulo V do Código de Processo Civil de 2015, em especial, arts. 176 a 178. O Código Processual de 1973 também continha regra semelhante. Inclusive, antes da existência da ACP o principal papel desempenhado pelo Promotor de Justiça era como fiscal da lei, com atuação endoprocessual.

postulou o acolhimento de Fábio em residência terapêutica ou entidade que preste serviço similar e não em hospital (Ibidem, p.12).

A fala do Promotor demonstra que o pedido inicial estava alinhado aos postulados da Reforma Psiquiátrica, mas responsabiliza a forma como o processo foi conduzido por promover a institucionalização – o revés do desejado. Ao falar sobre o processo em si, o promotor afirma que:

[...] Este processo retrata, desnuda a estrutura perversa que predomina na sociedade brasileira, com a inoperância do Poder Público na satisfação das necessidades básicas da população carente e um grande contingente de excluídos socialmente, ao que o interessado Fábio vem engrossar com outro componente extremamente excludente: sua condição de pessoa com transtorno mental. Dizemos isto porque ele fica como um brinquedo do sistema de saúde que o acolhe (interna), estabiliza e devolve (alta), sem qualquer outro respaldo a ele ou sua mãe idosa. Desta forma, o correto é obrigar-se o Estado e o Município a disponibilizarem vaga na residência terapêutica ou entidade similar e ponto (BRASIL, 2019b, p.12-13)!

O óbvio é escancarado pelo Promotor ao narrar de forma fiel as violências institucionais sofridas pelos demandantes a quem as políticas públicas se destinam (ou deveriam ser destinadas) e, ao invés de encontrar respaldo no provimento jurisdicional, é novamente desassistido, relegado à segundo plano. O MP inclusive rechaça a forma como o pedido inicial foi realizado e sugere solução alternativa efetiva pensada tanto na política quanto no indivíduo:

[...] Para além disto não pode a r. sentença determinar, simplesmente, a manutenção da internação psiquiátrica de Fábio como fez, a pretexto de aguardar vaga, à luz do disposto nos arts. 322, § 2º do CPC, nada obstante tenha sido esta a pretensão ministerial, d.v. também equivocada. Solução que se apresenta, para nós, é substituir a determinação de internação pela determinação de que se as fazendas públicas não disponibilizarem vaga em residência terapêutica em 05 dias, a contar da ciência da decisão desta Corte, Fábio deverá ser transferido para uma entidade particular, indicada pelo 'Parquet', que atenda as características de uma residência terapêutica, às expensas dos dois entes públicos, até que possa ser transferido a uma residência terapêutica pública ou conveniada (Ibidem, p.13).

Ao contrário do pedido inicialmente formulado, a solução encontrada pelo Promotor demonstra o conhecimento da política pública de saúde mental e de como ela se articula, além de demonstrar conhecimento sobre como os entes políticos funcionam e quais são os limites de atuação do judiciário. Ora, de nada adiantaria uma sentença que condenasse os entes políticos a transferir o paciente para o serviço residencial terapêutico se não há vaga; se tivesse determinado a abertura de vaga seria diferente, mas não foi realizado assim, portanto este caminho não era possível.

Tampouco adiantaria condenar o Município e o Estado a prestar a assistência em serviço residencial terapêutico e arbitrar multa diária se na prática não há a existência do

serviço. Por isso, a melhor solução foi a encontrada: ora, se há ausência de vagas na instituição, devem Município e Estado prestar a assistência de saúde em instituição similar – ainda que privada e às expensas destes –, para que o direito à reinserção social do cidadão seja prontamente reconhecido, vez que conforme a política pública de saúde mental vigente, a manutenção da internação em ambientes asilares é inadequada.

A argúcia presente na solução dada pelo Promotor revela profundo conhecimento de como as instituições operam e se articulam, conhecimento que deve ser utilizado com mais consciência ao utilizar a ação civil pública como instrumento de políticas públicas: o processo judicial tem limitações processuais claras assim como a atuação dos atores tanto no processo quanto após o processamento. Sabendo disso, o que é possível ser pedido juridicamente e é capaz de mobilizar os atores a realizarem os resultados sociais adequados a partir da permissão jurídica? Este deve ser o cálculo realizado por quem está na ponta, sendo responsável por ajuizar as ações, também deve pensar nos desvios de trajetória causados pela própria instituição e instrumento (limites do processo, processamento e julgador) para evitar reveses políticos e sociais apesar do acolhimento da demanda.

Por fim, a obscuridade quanto ao funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos é evidenciada em outro acórdão (BRASIL, 2018b) que confunde esta modalidade de tratamento com o oferecido pelos CAPS III. À semelhança do caso anterior, a pessoa objeto da ação é portadora de sofrimento psíquico grave e sua rede familiar se resume a uma irmã idosa que apesar de prestar todos os cuidados teme não ser mais capaz de fazê-lo em virtude do avançar da própria idade. Então o Ministério Público é acionado e atua por meio de ação civil pública para que aquela seja acolhida em residência terapêutica.

A decisão que deferiu a tutela antecipada condena o município a providenciar e custear o acolhimento do indivíduo em residência terapêutica inclusiva para tratamento de saúde mental pelo período de tempo necessário. O Município, em seu turno, recorre por meio de Agravo de Instrumento²⁴ alegando que não está omissis (observa-se como o jogo processual tem seus lugares comuns), que a política pública de saúde mental está sendo implementada de acordo com as possibilidades financeiras do Município e que enquanto não é implementado CAPS III a substituída poderia ser acolhida na Instituição Allan Kardec, único hospital psiquiátrico na cidade que atende pacientes portadores de doenças mentais.

²⁴ Todos os acórdãos proferidos em sede de Agravo de Instrumento são provisórios e podem ser modificados na sentença.

A confusão entre os dispositivos assistenciais é clara. Nota-se a partir da frase em destaque que a política pública de saúde mental não está implementada, pois desconhece-se o básico: CAPS III não é Residência Terapêutica, hospitais psiquiátricos devem ser desativados gradativamente não podendo ser o único dispositivo de saúde mental disponível para a assistência e a internação deve ser realizada apenas com indicação médica e em último caso quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Ato falho.

O próprio secretário de saúde ao se comunicar nos autos revela que:

[...] o Município ainda não conta com o Serviço de Residência Terapêutica, que será disponibilizado com a instalação (em futuro próximo) do CAPS III uma unidade que oferece suporte multidisciplinar em saúde mental para os pacientes com transtornos mentais graves aos moradores as Residências (BRASIL, 2018b, p.4).

Esta fala merece cuidado para não ser mal interpretada. O pronunciamento judicial a partir dela equivale CAPS III com Residências Terapêuticas, porém a informação trazida pelo Secretário é que em breve o CAPS III será implementado e ele terá profissionais aptos para realizar o atendimento aos moradores das Residências (que ainda não foram construídas).

A fala do Secretário revela que parte da rede de assistência está em processo de construção, porém trata-se de informação alheia à condenação: a necessidade urgente que ensejou tanto a ação quanto o pedido de tutela é da transferência do indivíduo para Serviço Residencial Terapêutico. Atenta-se para o fato de que durante toda a discussão trazida pelo acórdão a Portaria n. 106/00 sequer é mencionada.

O desconhecimento da política fica ainda mais evidente quando o Desembargador se apropria da fala do Secretário e declara que “conforme afirmou o Secretário da Saúde Municipal em março de 2018, em poucos meses os serviços do CAPS III (residência terapêutica) terão início no Município de Franca” (BRASIL, 2018b, p6). Como dito, não foi com esse sentido que o Secretário mencionou a finalização da construção dos CAPS, o argumento utilizado tinha como objetivo apaziguar a situação e informar ao juízo que o Município não estava omissa.

Apesar de manter a condenação do município à inserção da substituída em residência terapêutica, trata-se de mais uma decisão judicial impossível de ser executada. Novamente, o mandamento legal não é para construir a residência terapêutica, mas é para inserir a substituída em local que ainda não existe. Apesar do Desembargador determinar que ela seja acolhida imediatamente em Residência Terapêutica, trata-se de mandamento impossível. Não foi dito: que o município seja condenado, imediatamente, à construção de residência

terapêutica para abrigá-la. Tampouco é dado alternativas de tratamento à substituída e à sua irmã idosa, que a manterá sob seus cuidados até que seja construído o espaço adequado para recebê-la. A decisão é genérica, vazia (inexequível), distanciada da realidade social e desconhecedora da política que pretende intervir: a atuação judicial - já limitada pelo pedido formulado pelo Ministério Público na inicial - limita ainda o potencial da ACP como instrumento de políticas públicas.

Os julgados avaliados até aqui mostram que um grande desafio da reforma psiquiátrica é a implementação de dispositivos estratégicos de desinstitucionalização. O desconhecimento quanto à existência, função e operacionalidade deste dispositivo é evidenciada pelos pronunciamentos judiciais e na atuação do Ministério Público como autor da ação civil pública. No entanto, em âmbito geral, há poucos serviços residenciais terapêuticos implementados no País e existem ações específicas com esta finalidade em trânsito, quatro delas foram selecionadas para a análise em profundidade, o que se passa a fazer a seguir.

Quando o pedido é certo, determinado e direcionado à condenação para a implementação de serviços residenciais terapêuticos, a discussão judicial ganha novos contornos. O primeiro deles diz respeito à qualidade argumentativa: finalmente a portaria regulamentadora dos SRT é utilizada como referência. Possui também lugares comuns: o ente Executivo sempre menciona que o tratamento é realizado no CAPS ou que há CAPS para atender a demanda psiquiátrica e que por isso não estaria omissa. O primeiro caso (BRASIL, 2011) analisado impede a construção de SRT por meio de tutela de urgência: decisão provisória que demanda urgência, verossimilhança das alegações e **irreversibilidade** da medida para ser deferida.

O argumento judicial utilizado para o indeferimento da tutela de urgência que condena o Município em sede antecipatória²⁵ tem como fundamento a impossibilidade de reverter os efeitos da decisão. Além disso, ele não considerou a medida urgente, visto que o atendimento era realizado pelo CAPS e outras instituições.

De novo, a confusão feita em virtude do desconhecimento dos dispositivos assistenciais levou o Judiciário a realizar um pronunciamento inadequado e ineficiente. De pronto tal posicionamento revela que limitações procedimentais do instrumento impactam no alcance do seu uso, principalmente porque não há consenso jurisprudencial quanto a impossibilidade de antecipar os efeitos da tutela nesse caso, sendo completamente aleatório se

²⁵ Antes da cognição exauriente do processo (ou seja, antes do contraditório e da fase de produção de provas).

a prestação jurisdicional será deferida ou não. O pronunciamento judicial pode ser imprevisível, o que gera insegurança quanto à efetividade do instrumento, principalmente se o pleito for urgente.

Por outro lado, a atuação do Ministério Público na formulação do pedido inicial foi irretocável, além de explicar a necessidade do dispositivo (acolher os portadores de transtorno mental e garantir-lhes assistência integral) ele menciona a Portaria regulamentadora e as diretrizes estabelecidas no Manual Residências Terapêuticas e fixa o prazo de 6 meses para instalação e início dos atendimentos. Apesar desta questão do tempo ser problemática no que diz respeito à implementação, como se discutirá adiante, ter um prazo determinado e claro é importante em termos de exigibilidade concreta (ainda que extrajurídica) junto ao ente Executivo.

Na mesma toada, o magistrado de piso²⁶ defere a tutela de urgência ressaltando a:

[...] absoluta urgência da implantação da residência terapêutica, em virtude do crescente número de itabiranos, pobres e portadores de severo sofrimento mental, que não podem ser assistidos por suas respectivas famílias e vem vivendo em situação de absoluta precariedade, sem higiene, cuidados pessoais básicos e diários e assistência médica adequada, em virtude de não possuírem local apropriado para serem acolhidos (BRASIL, 2011).

O lugar-comum argumentativo é repetido pelo Executivo, que alega ingerência indevida (qualificada como **excessiva** pelo Julgador neste caso) do Judiciário no Executivo, afirma ausência de omissão ou urgência, pois “não tem se omitido no tratamento das pessoas acometidas de transtornos mentais, haja vista que o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) acolhe e dá assistência aos doentes mentais, estimulando sua reintegração social e familiar” (Ibidem, p.2-3).

O problema deste tipo de argumentação genérica e repetida é que, muitas vezes, ela é eficaz na reversão da medida, especialmente se o julgador desconhece a política. Neste caso, o Desembargador relator tangencia a política – apesar de reconhecer a “louvável intenção do órgão ministerial em garantir a assistência integral e adequada aos portadores de transtorno mentais” (Ibidem, p.4) – e opta por negar a urgência devido a imaturidade processual da causa.

No Acre (BRASIL, 2015c), a decisão interlocutória procedente à condenação para a implementação também foi reformada, utilizando como fundamento o mesmo motivo: não havia urgência na implementação de CAPS I (o que representa um município pequeno) e

²⁶ Magistrado de Piso, Juiz de Primeiro Grau, Juiz de primeira instância, são termos equivalentes para designar o juiz que atua monocraticamente, vinculado a uma Vara, responsável por sentenciar o processo.

SRT, pois o tratamento era prestado pelo hospital psiquiátrico da cidade, o que comprovava a ausência de omissão estatal e afastaria a possibilidade de ingerência do Judiciário no Executivo. Observa-se que este acórdão - aproximadamente doze páginas - não menciona política pública de saúde mental, suas normas ou a função dos dispositivos a serem implementados.

Reduz a importância do pleito por imaginar que o Hospital psiquiátrico já era o suficiente para realizar a assistência em saúde mental, raciocínio que além de reducionista se encaixa no paradigma hospitalocêntrico/manicomial. O acórdão foi julgado e publicado em 2015, houve tempo suficiente para se atualizar em relação aos novos rumos tomados pela política pública de saúde mental no país, fato que conjugado com as demais argumentações do processo reforça o caráter insular do Judiciário e seu deslocamento da realidade social.

Além do lugar comum da discussão quanto a ilegitimidade do ente estatal para figurar no polo da ação – o que é sempre rechaçado graças às divisões de competências constitucionais e de responsabilidades previstas na Lei n. 8080/90 - ele inova alegando impossibilidade jurídica do pedido (tese recorrente na Região Norte no que diz respeito à tutela das políticas públicas de saúde mental vide tabela no Apêndice F). É alegado que não preexiste no “ordenamento jurídico o direito material invocado na ação civil pública, não havendo, portanto, interesses coletivos a serem amparados, já que é defeso ao judiciário criar o direito alegado” (BRASIL, 2015c, p.3). O argumento é rebatido pelo Desembargador:

[...] Concernente à impossibilidade jurídica do pedido ante a ausência de direito material violado, mas apenas de normas constitucionais programáticas, o Supremo Tribunal Federal já consolidou entendimento no sentido de que "o caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro – não pode converter-se em promessa constitucional insequente sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei fundamental do Estado" (STF, REAgR 271286/RS, Ministro Celso de Mello apud BRASIL, 2015c, p.5).

Tal argumentação tem esteio em construção jurisprudencial recente cuja base é o Estado Democrático de Direito e sua impossibilidade de permanecer omissos ou inertes diante da desídia do Poder Executivo em não cumprir os mandamentos constitucionais atribuídos a ele, restando ao Judiciário encontrar uma solução justa a fim de salvaguardar a força normativa da Constituição. Não obstante a este posicionamento ativo do judiciário e para além da discussão se deve ou não deve intervir, considerando que a intervenção é realizada,

questiona-se: a partir dessa decisão, como considerar a solução justa diante da política pública de saúde mental?

O poder Judiciário foi instado pelo Ministério Público a se manifestar sobre a ausência de dois dispositivos centrais e estratégicos para a implementação da nova política pública de saúde mental em que a omissão do ente Executivo é flagrante por manter e concentrar os atendimentos exclusivamente nos Hospitais Psiquiátricos. O Judiciário, quando lhe é dada a oportunidade de agir, se perde em fundamentações processuais arcaicas e não observa o caso concreto em tela, não vai além da própria jurisprudência para averiguar a necessidade real do caso. Preso em seus próprios pensamentos perde a oportunidade de associado ao Ministério Público agir em prol da coletividade.

4.2.2.3 A inadequação da atuação ministerial por demanda por hospitalização

Em todas as ações analisadas até aqui percebe-se que o Ministério Público atuou em defesa e na busca pela implementação da política pública de saúde mental através da judicialização das demandas para a ampliação da rede de atenção psicossocial. No entanto, no julgado analisado a seguir (BRASIL, 2013a) o MP age em prol da hospitalização: requer - por meio de ACP - a criação e implantação de serviço hospitalar especializado em tratamento de crianças e adolescentes com problemas psiquiátricos e/ou dependentes químicos no prazo máximo de 6 (seis) meses, em área distinta a de atendimento a pacientes maiores de idade, com capacidade mínima de 20 (vinte) vagas iniciais, em espaço próprio a ser construído ou em área já existente.

A primeira inespecificidade encontrada diz respeito à confusão entre a política pública de saúde mental e a política de álcool e drogas. Ainda que reguladas por algumas portarias conjuntas são políticas distintas, a começar pela forma de tratamento. Assim, o pedido ministerial para implementação de serviço hospitalar especializado para crianças e adolescentes com problemas psiquiátricos e/ou dependentes químicos simplifica demasiadamente a realidade do cuidado que deve acontecer neste caso e se mostra uma demanda completamente deslocada do cuidado efetivamente realizado e desenhado pelas respectivas políticas – saúde mental e álcool e outras drogas – para a população designada.

Em termos processuais não há inovação argumentativa por parte do Município ou do Estado. As teses defensivas são as mesmas: reserva do possível, ilegitimidade passiva do Município e transferência da responsabilidade para o Estado. Ambos explicam que para implantar o hospital especializado haveria demanda dos mesmos aportes financeiros exigidos

por um hospital geral; no que tange à estrutura física e equipe técnica multidisciplinar, explica que a descentralização do Sistema Único de Saúde atribui à União e ao Estado-membro o dever de financiarem a atenção hospitalar.

Observa-se que os princípios trazidos pela reforma psiquiátrica não são observados nem pelo Ministério Público e tampouco pelo ente Municipal, que se resume a explicar que os gastos são incompatíveis com seu orçamento, ao invés de rechaçar a pretensão ministerial explicando que o pedido é avesso à própria política pública de saúde mental vigente. Argumentação que é trazida pelo Estado ao se defender. Segundo este Ente não há que se falar em omissão na prestação de serviços por haver atendimento no CAPS na região, neste caso a presença de CAPS para realizar o atendimento da população seria o dispositivo institucional adequado desde que se tratasse de CAPS i e CAPS i AD respectivamente, o que não fica claro na argumentação.

Superado os lugares comuns processuais e a ausência de problematização sobre a reforma psiquiátrica no bojo do processo, a forma de decidir também tangencia tal questão. Segundo o Desembargador-relator, a causa:

[...] não reclama a prestação de serviço médico-hospitalar para tratamento psiquiátrico de criança ou adolescente determinados, mas verdadeira adoção de política pública, arregimentando recursos de vulto e transferindo escolhas administrativas da Administração local, eleita em pleito regular, para o Poder Judiciário por meio de normas jurisdicionais (BRASIL, 2013a, p.10).

Esse trecho reduz sobremaneira a finalidade da ação civil pública proposta, da forma como foi escrita sugere-se que o caminho judicial escolhido não busca prestação de serviço médico específico a uma criança ou adolescente, **mas** (conjunção adversativa) busca adoção de política pública. Ora, não é uma característica intrínseca à ACP a coletivização de demandas sociais? Não buscaria a ação ajuizada tratamento em instituição particular para todas as crianças e adolescentes do Município que possuam transtorno mental ou dependência química? Por que a demanda por internação seria mais adequada do que a por implementação de serviços de saúde? Sem responder tais questionamentos, o pronunciamento Judicial se posiciona no sentido de afastar a pretensão ministerial, acusando-o de, com a ação, buscar adoção de políticas públicas por meio do Judiciário, extrapolando o poder deste.

O Judiciário enfatiza ainda que o prazo exíguo de seis meses é impossível de ser cumprido do ponto de vista do tempo da administração e que o MP desconsidera a:

[...] dimensão exata do erário, suas projeções futuras em relação aos prazos propostos para atendimento do postulado, a constituição de relações negociais com

fornecedores de materiais, a contratação de empreiteiras, a ampliação de quadros funcionais e suas repercussões na folha de salários etc (BRASIL, 2013a, p.11).

Motivos pelos quais seria imperativa a reforma da sentença exarada pelo Magistrado *a quo*.

Para o Desembargador o processo instaurado evidencia “real antinomia jurídica entre o direito fundamental à saúde e a impertinência de determinações judiciais que atinjam o âmbito discricionário da Administração Pública” (Ibidem, p.11). Porém, a explicação é meramente jurídica. No final do voto afirma veementemente que “não se pode obrigar o Executivo a alterar prioridades, mudar planos orçamentários paralisar obras ou iniciar outras, pois essas escolhas foram reservadas aos Administradores e não aos Juízes” (Ibidem, p.16).

Em momento processual algum observou-se que a demanda do Ministério Público fosse contrária à política pública de saúde mental, situação que também não é observada pelo próprio Judiciário ao se posicionar. A escolha por uma argumentação impeditiva genérica pautada no princípio da separação dos poderes demonstra pouca reflexão do Judiciário quanto à política pública que se pretendia intervir e, no caso, ela sequer foi analisada com base nos argumentos principiológicos – e afastados da realidade social – adotados.

Em termos de efeito (instrumentação), a análise desse caso nos revela a justificativa para embargar os planos do Ministério Público para o Estado foi estritamente jurídico-política; pautada no princípio da separação dos poderes com o fito de evitar a ingerência do Judiciário na gestão da coisa pública. Apesar de sequer mencionar a Reforma Psiquiátrica na fundamentação, o Judiciário agiu em prol desta ao impedir a construção e, conseqüentemente, ampliação da oferta de leitos hospitalares especializados. O Ministério Público, enquanto ator legitimado – inclusive pela Lei n. 10.216/01– para realizar a proteção das pessoas acometidas por transtornos mentais, com esse tipo de demanda age na contramão do esperado institucionalmente.

4.2.2.4 A inadequação da prestação jurisdicional por atuação distanciada da realidade social e desconectada da política pública de saúde mental

Nas ações discutidas acima vimos várias situações distintas que revelam diferentes camadas do instrumento jurídico: dificuldades institucionais em compreender as diferenças entre os dispositivos de saúde mental, problemas sérios na infraestrutura, ausência de profissionais habilitados, demandas por hospitalização, problemas quanto ao desenho da política. A discussão levantada aqui adiciona mais uma camada de complexidade ao

problema: e se, havendo rede, o usuário já institucionalizado não se adapta ao serviço em rede ofertado?

Este é o caso analisado nos autos onde o MPE ajuíza ACP (BRASIL, 2018f) para determinar que o município: submeta o paciente à consulta com psicólogo e médico psiquiatra pelo Sistema Único de Saúde ou em rede privada; forneça medicamento e/ou tratamento indicado para Roberto Bento de Silis no prazo de 10 (dez) dias após a prescrição dos profissionais da saúde; através da Secretaria Municipal de Assistência Social, acompanhe temporariamente a pessoa de Roberto Bento de Silis pelo prazo de 6 (seis) meses, remetendo aos autos relatório mensal com as indicações das medidas de proteção compatíveis e diagnóstico sócio familiar.

Pela forma como a ação foi ajuizada parece que o Estado se exime na prestação dos serviços indicados e que a demanda é por atendimento psicossocial. No entanto, a demanda é diversa: o próprio portador de transtorno mental não comparece ao CAPS I e não se submete às consultas médicas, tendo sido internado diversas vezes em clínicas especializadas e fazendo uso de medicamentos controlados. Segundo o relatório do Desembargador o portador de transtorno mental não adere espontaneamente ao tratamento e, nos momentos de crise, era agressivo com seus familiares.

É neste contexto que o MPE ajuíza a ACP buscando medidas que assegurassem o restabelecimento da saúde do portador, dentre elas o fornecimento de medicamentos, consultas e acompanhamento psicossocial. Trata-se de demanda mal formulada: a ideia era compelir o estado a obrigar o usuário a fazer o seu próprio tratamento, situação que fica nas entrelinhas como pedido implícito, o que é vedado no jogo processual.

O contexto probatório evidencia os interesses ocultos da intervenção do órgão ministerial. Fortemente embasada pelos relatórios psicossociais anexados, o desembargador desconstrói uma possível omissão do Estado quanto ao tratamento realizado. Segundo o texto do relatório, o paciente necessita “que a família acompanhe e ministre o medicamento em casa de forma correta, ficando atenta às crises, pois está orientada a como proceder nestes casos”. Este trecho do relatório indica que o tratamento do usuário é realizado em âmbito familiar com a participação ativa destes e com a devida orientação dos serviços de saúde frequentados. Ao mesmo tempo revela que o paciente é constantemente encaminhado pelos familiares à internação em hospitais psiquiátricos, o que pode indicar que os laços familiares podem estar desgastados.

O trecho seguinte confirma que após a consulta na qual foi acompanhado pela mãe a internação foi necessária e durou cerca de um mês. Ao receber alta foi morar com sua irmã, que relata que os episódios agressivos eram cada vez mais constantes. Em novo relatório a assistente social responsável por acompanhar o caso informa que a doença do paciente não tem cura, somente controle, que poderia ser realizado pelo CAPS. Porém, a família interna o paciente muitas vezes durante o ano por não realizar o tratamento de forma correta. As internações seriam recorrentes e o intervalo entre a alta e um novo pedido de internação seria de apenas dois dias.

Essa narrativa revela a complexidade da política pública de saúde mental. A vida no dia a dia com a loucura pode ser muito desafiadora e os próprios familiares optam por realizar a internação devido à dificuldade encontrada em manter o tratamento em rede e a realizar o tratamento medicamentoso em casa, o que gera desgastes na relação familiar e influencia na qualidade do vínculo e do cuidado realizado com este paciente. Afinal:

[...] desde os 16 (dezesseis) anos de idade, em razão de transtornos psiquiátricos, ROBERTO vem sendo internado para tratamento na Clínica Santa Isabel; que, após alta médica, ROBERTO retornava a casa da declarante e fazia uso regular dos medicamentos que lhe eram prescritos; [...] que ROBERTO já tentou matar a declarante diversas vezes, de diferentes modos; que ROBERTO, apesar dos remédios, sempre volta a ter crises e surtos, durante os quais fica incontrolável e perigoso; [...] que por vezes ROBERTO não faz uso correto dos medicamentos; que ROBERTO se recusa a frequentar o CAPS I, que no início do ano ROBERTO estava internado no CAPAAC; que a filha da declarante, SIMONE BENTO DE SILIS PENISSOLI buscou o irmão na clínica, que ROBERTO saiu sem prescrição médica; que desde então ROBERTO está residindo com a irmã SIMONE [...] que ROBERTO necessita de ajuda para manter tratamento de maneira contínua e correta; que ROBERTO não adere espontaneamente ao tratamento (BRASIL, 2018f, p. 4).

A descontinuidade do tratamento é grande, em 2011 participa das oficinas e consultas; em 2012 não comparece o que leva ao seu desligamento; em 2013 o paciente e sua mãe solicitam atendimento novamente e se comprometem a frequentar o CAPS, o que não é cumprido. Em 2014 vem o pedido de internação, que é deferido, momento em que é salientado pelo serviço de saúde que “a instituição oferece os atendimentos, porém existem normas a serem cumpridas e uma delas é que o paciente participe de forma integral das atividades terapêuticas e consultas para que o tratamento realmente tenha resultado” (ibidem, p.4).

Observa-se pelo narrado que o serviço prestado ao usuário e aos seus familiares nesse Município prezava pelo cuidado em rede, pela inclusão da família no tratamento, pela existência de instituição psiquiátrica onde a internação para as crises ocorriam e que após a alta o usuário era reconduzido à rede de atenção psicossocial. A dinâmica dos atendimentos

revela que o tratamento em rede existe e funciona do ponto de vista institucional, porém encontra na família o nó para que o tratamento persista. Como o pedido da ação determinava que o Município prestasse o atendimento médico adequado, a ação foi reformada para julgar improcedente o pedido inicial: o serviço existia e era prestado, o problema era a falta de adesão pelo usuário, o que não pode ser resolvido por ação civil pública.

Apesar dessa narrativa estar escancarada no acórdão, a observância à complexidade da situação não foi devidamente observada pelo MPE: ao invés de ajuizar uma ação cobrando do Estado um posicionamento quanto ao tratamento, o trabalho deveria ser de encaminhar este sujeito a tratamento em residência terapêutica até a família aderir conjuntamente ao tratamento comunitário proposto. A manutenção deste usuário no seio familiar que crê que o melhor tratamento é o institucional prejudica o próprio tratamento do usuário.

4.2.2.5 A inadequação da prestação jurisdicional e atuação ministerial por desconhecimento da diferença entre dispositivos assistenciais

No Pará a mesma questão institucional é encontrada. O Ministério Público ajuizou Ação Civil Pública (BRASIL, 2013b) com pedido liminar em favor de dois substituídos, um diagnosticado com transtorno mental (esquizofrenia) e o outro também diagnosticado com transtorno mental e deficiência mental (F 70 Cl D 10, grau irreversível), onde dada a situação de desamparo e falta de assistência básica à saúde e demais necessidades, requereu que o Estado e o Município arcassem com o atendimento integral à saúde dos substituídos através da integração dos mesmos à UPR'S do Estado quando da implantação destas ou tratamento em residência terapêutica, além de que sejam atendidos pelo CAPS.

De forma pouco clara essa ação civil pública foi ajuizada para impelir o Município a providenciar Residências Terapêuticas a dois portadores de transtorno mental e obrigar o CAPS a prestar atendimento. O juiz de primeiro grau rejeita parcialmente a demanda no que diz respeito a construção dos SRT alegando que os pacientes “possuem parente como curadora legalmente nomeada, não há o que se falar em criação da referida residência” (BRASIL, 2013b, p.3).

Ora, o simples fato de existir curador não significa, necessariamente, que o aporte familiar aos dois portadores é apropriado. A existência de curatela demonstra apenas que esses dois sujeitos são considerados por lei incapazes de gerir os atos da vida civil e que precisam de um curador para zelar de seus bens e valores. A obrigação do curador estabelecida por lei é meramente patrimonial e não existencial. Não dá para afirmar que por

causa da curatela esses dois sujeitos possuem um suporte familiar, tampouco que esse suporte familiar seja adequado. Tal afirmativa judicial demonstra despreparo na lida com as questões sensíveis que abarcam a saúde mental e revela quanto o pensamento judicial é limitado por premissas ultrapassadas, que por sua vez indicam o alcance social dos próprios institutos jurídicos.

Noutro giro, nos deparamos novamente com uma questão de escala: devido ao fato destes dois sujeitos terem ‘curador’, não se justificaria a condenação do município a implementação das referidas residências terapêuticas. Se é um dispositivo de política pública e as políticas públicas são pensadas para atingirem um contingente populacional abrangente e genérico, é incorreto negar a implementação da política com base na suposta ausência de necessidade dos dois sujeitos.

Na verdade, a ausência de conhecimento da política pública de saúde mental e de seus dispositivos de cuidado levaram o Judiciário a este equívoco, pois no próprio voto do Desembargador é afirmado o elevado risco em que se encontram os autores, os quais além da incapacidade para gerir os atos da vida civil, encontram-se em estado de insalubridade, risco de vida, falta de higiene e demais intempéries a que estão submetidos.

Estes argumentos reforçam a necessidade de acompanhamento residencial **terapêutico**, além do serviço de acompanhamento diário prestado pelos CAPS para que eles possam ter acesso à saúde. Apesar disso, o pedido para que o tratamento seja realizado em CAPS, por sua vez, é aceito. A sentença de piso é confirmada pelos Desembargadores e apesar de omissa quanto aos SRT, impede sua criação de Serviços Residenciais Terapêuticos e confirma a obrigação do tratamento ser realizado no CAPS pelo Município.

4.2.3 Consequências judiciais da jurisdição

A única ação que está em fase de execução (afasta a necessidade do processo de conhecimento reconhecidamente mais longo e demorado) momento processual iniciado por meio de um título executivo, no caso o Termo de Ajustamento de Conduta celebrado entre o Ministério Público e o ente Estatal que fora descumprido e por isso judicializado.

Do ponto de vista do instrumento, a existência dessa ação é relevante porque: a) demonstra que os acordos celebrados extrajudicialmente entre as partes podem não ser cumpridos; b) a consequência jurídica do não cumprimento; c) a força coercitiva do processo para impor o cumprimento ao Estado e d) demonstra que o instrumento é composto por

ferramentas, o que do ponto de vista da eficiência pode abreviar o tempo processual ao gerar uma resposta mais rápida do Judiciário.

Na fase de execução não se discute o mérito, não há produção de provas e os recursos de defesa são limitados. A partir do título, o pronunciamento judicial se resume a impor o cumprimento da obrigação firmada extrajudicialmente, sob pena de penhora de bens, sequestro de bens e valores, mais penalidades pecuniárias de diversas naturezas. Enquanto o mandamento judicial na fase de cumprimento é, condene-se, na fase de execução é, cumpra-se.

O jogo processual aqui é diferenciado, pois as estratégias judiciais limitam-se à tentativa de desconstituição do título (seja por nulidade, seja por demonstração de cumprimento da obrigação); não mais se discute o contexto fático probatório, o que afasta as narrativas de ausência de omissão. Esses aspectos judiciais – baseados na brevidade processual e máxima eficiência – tornam a ferramenta do termo de ajustamento de conduta (TAC) relevante na instrumentação da ação civil pública.

Primeiro, como já dito, abrevia o tempo processual e torna o papel do judiciário coercitivo, mandamental, segundo porque antes de judicializar a questão o TAC é uma ferramenta que permite a livre transação e negociação dos atores envolvidos, sem a necessidade de interferência do judiciário o que, por si só, diminui o tempo para a resolução do problema. Além disso, a transação/negociação permite o envolvimento das partes de forma a encontrar uma solução conjunta para o problema, diferente da decisão judicial que é impositiva e, na maioria das vezes, pouco dialogada, o que retira a potência de agência dos atores e o submete a um pronunciamento judicial às vezes distanciado da realidade social.

Ao tentar solucionar o problema social junto ao ente estatal o acordo realizado é mais condizente com a realidade local, atenta aos limites e possibilidades orçamentários, políticos e sociais, menos engessados do que o pronunciamento judicial e com uma maior possibilidade de engajamento dos atores – afinal, numa negociação é permitido encontrar soluções conjuntas para o problema público.

No caso analisado (BRASIL, 2018c) o TAC firmado comprometia a Prefeitura do Município a implementação de um CAPS II e um CAPS I no prazo de um ano e de um Serviço Residencial Terapêutico depois de um ano da implementação dos CAPS I e II. Há a afirmação que o acordo sofreu alterações por três vezes – o que indica a flexibilidade do

instrumento – e que a cada nova renegociação as condições impostas à municipalidade para a concretização do acordo tornavam-se menos gravosas.

O inadimplemento do TAC se deu em relação apenas à implantação de serviço residencial terapêutico. No entanto, o Judiciário conclui que da análise dos autos não se comprovou a desnecessidade de implementação dos SRT no Município, nem o que demonstre que a implementação em âmbito regional seria suficiente ou adequada. O Desembargador ressalta ainda o parecer da procuradoria ao explicar que o SRT seria necessário pois o serviço por ele prestado não é substituível pelos CAPS, por serem dispositivos com finalidades diversas, explicando a diferença entre ambos. Nega provimento ao recurso e o processo segue para execução.

Interessante notar que o Serviço Residencial Terapêutico é um dispositivo constantemente judicializado por ser bastante confundido com outros dispositivos, em maior frequência com o CAPS, e bastante incompreendido tanto pelos gestores responsáveis por sua implementação, quanto pelo Ministério Público ao exigir o tratamento, quanto pelo próprio Judiciário. A política pública de saúde mental é complexa e seu entendimento é fundamental para os Poderes que pretendem instrumentalizá-la.

Indo além, a ausência desse dispositivo – e por isso sua constante judicialização – revela, em primeiro lugar, a fragilidade da política pública quanto às estratégias de desinstitucionalização e, conseqüentemente, mostra o forte pensamento hospitalocêntrico que permeia todas as esferas de poder: ao não compreender a necessidade/utilidade do dispositivo, há a manutenção das hospitalizações e a manutenção da institucionalização que por sua vez é legitimada por outras instituições.

4.2.4 A influência da ancoragem jurídica na judicialização

4.2.4.1 *A questão dos critérios objetivos para a implementação da Rede*

Em julgamento proferido em 2019 (BRASIL, 2019c), o acórdão reforma a sentença (bem fundamentadas todas as normas de regência específicas ao tema Portarias ns. 3088/2011 e 336/02) que condenava o Município à implementação de CAPS I sob a justificativa de que o Município não contava com 20 mil habitantes e que, por isso, não havia necessidade de construção de CAPS I, pois a demanda existente seria suprida pelos Núcleos de Apoio à Família (NASF).

O Ministério Público, por sua vez, ajuíza a ação civil pública após a instauração de procedimento interno para acompanhar a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, especialmente em relação ao CAPS I. Como resultado apurou-se que inexistia CAPS, o que fragiliza a rede de atenção, o que é reforçado pelo fato de haver poucos agentes de saúde capacitados para o adequado tratamento em saúde mental. Após o procedimento, o MP buscou o ente Municipal para celebrar ajustamento de conduta com o réu para implantação do componente de atenção à saúde mental, o qual foi assinado.

Em sua defesa o Município alega que reconhece a importância da atenção à Saúde Mental, informa que possui um setor de saúde mental no município que é coordenada por um enfermeiro, além disso, promove a capacitação de agentes comunitárias de saúde. Ressalva, porém, que em relação ao CAPS, a recomendação expressa do Ministério da Saúde por meio da Portaria n. 3088/2011 é de que o CAPS seja instalado em Municípios com população acima de 20.000 habitantes, o que não é o caso do Município em questão.

Em virtude disso, estaria viabilizando a criação de um NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família - com treinamento de profissionais em Saúde Mental para atendimento da demanda. Acredita que a existência do NASF atenderia à composição dos serviços de Saúde Mental no Município, com utilização da rede básica, aliada a ações de saúde mental. Consequentemente, inexistiria omissão do Poder Público no que toca a atenção de Saúde Mental, não havendo necessidade de pronta instalação do CAPS e, portanto, a improcedência do pedido seria a adequada.

No voto do Desembargador Relator o argumento que prevaleceu foi o do Município. De fato, reconhece ele, os NASF não suprem ou excluem a necessidade do CAPS, “desde que o município possua população superior ao contido na Lei (vinte mil habitantes)” (BRASIL, 2019c, p.6). Profere seu voto, então, com base no documento “Instruções para Implementação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, editado pela Secretaria de Estado da Saúde –, Divisão de Saúde Mental, segundo o qual o primeiro passo necessário para a implementação é a análise do quantitativo de habitantes. Com o uso de dados demográficos, então, ele observa que no ano de 2019 o quantitativo populacional estimado era de 16.323 mil pessoas, portanto, uma vez que o quantitativo seria menor que o obrigatório para a implementação do dispositivo, a sentença foi reformada.

O desenho da política incentiva esse tipo de ação e esse tipo de argumento. O critério ao ser objetivo e geral impede que as especificidades locais (incidência epidemiológica, por

exemplo) sejam levadas em consideração. Neste ponto, a crítica feita pelo movimento social quanto os critérios adotados pelas portarias ministeriais são muito pertinentes: se o critério não fosse o número de habitantes, mas o índice de incidência de transtornos mentais, o desfecho dessa ação seria completamente diferente. Aliás, a forma de assistência seria completamente diferente, afinal, seriam observadas as realidades locais de forma específica.

A composição dos serviços também seria diferenciada pois desnecessário estipular uma equipe mínima, assim é feito porque o critério é populacional e pensa-se na quantidade de atendimentos realizados por dia. Se o critério técnico é modificado, a política ganha contornos menos genéricos e se aproxima mais da necessidade real local de cada Estado e Município quanto ao cuidado em saúde mental.

Do ponto de vista da judicialização, o uso de critérios epidemiológicos ao invés de populacionais evitaria a proliferação de demandas para implementação de CAPS onde, apesar de haver o quantitativo habitacional indicado, não há prevalência significativa de transtornos mentais na população que justifiquem a ação do ente Estatal na implementação destes dispositivos; o que também afastaria a pretensão do Ministério Público no ajuizamento da ação, o que, conseqüentemente, não seria levado à conhecimento do Judiciário, o que evitaria o abarrotamento de ações neste sentido.

Existem várias ações no sentido de equipar adequadamente o serviço, como visto na análise quantitativa. A modificação dos critérios de implementação de CAPS poderia ser bastante significativa em termos de efetivação da política, dispositivos mais flexíveis e mais adequados à realidade local podem possuir um custo de implementação e manutenção menor, o que fica mais acessível ao gestor local em termos financeiros e pode gerar uma maior facilidade de compreensão quanto à importância da existência do dispositivo por se tornar mais concreta a necessidade da sua implementação (o quantitativo de loucos e não o quantitativo populacional). Esse desenho permite a aproximação da política à realidade social.

A forma como ela está delineada, no entanto, além de incentivar o ajuizamento de ações pautada em critérios estritamente técnicos nos quais, muitas vezes, afasta o gestor de sua implementação por não considerar o gasto com este tipo de dispositivo necessário, visto que já há outros que realizam função parecida (o olhar é macro, o que evita compreender a lógica interna da nova política), o que por sua vez incentiva a judicialização para ajustar o município ao critério populacional correspondente. Isso gera como consequência a condenação de pequenos municípios cujas receitas diminutas são pensadas em demandas que se mostram mais urgentes ao gestor, muitas vezes porque o índice de pessoas acometidas de

transtorno mental é pequena, o que não justificaria o gasto em saúde mental naquele momento. Neste acórdão e nos próximos dois que analisaremos, essa observação se torna mais concreta. Vejamos.

No Estado do Maranhão, no Município de Imperatriz, foi ajuizada ação civil pública (BRASIL, 2018d) para a contratação de profissionais necessários ao preenchimento das vagas previstas na Portaria n. 336-GM/2002 para atuar no CAPS III. No caso, o Município estava omissivo quanto à contratação de pessoal desde 2012 (data da inauguração) até 2016 (data da sentença monocrática), pois durante este período sequer havia médicos lotados trabalhando no local. Conforme a portaria seriam necessários ao menos 2 médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior das categorias de psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional e oito profissionais de nível médio. Observa-se que a existência de todos esses profissionais em um Município as vezes impede a implementação da política.

Antes do ajuizamento da ação o Ministério Público realizou sucessivas recomendações sem que qualquer providência fosse adotada pelo gestor do ente municipal para readequar a rede de saúde mental local, o que culminou no ajuizamento da ação para obrigá-los a cumprir as normas pertinentes ao caso. Apesar da existência de ação processual em curso com ordem judicial de fixação de multa pessoal para o gestor, não houve cumprimento por parte do Município. Mesmo após a judicialização da questão, novo inquérito civil foi instaurado devido à precariedade do serviço prestado no CAPS III. Esse caso demonstra os diversos dispositivos que possui o Ministério Público no ajuizamento de ACP. Ele possui ferramentas extraprocessuais (Inquérito Civil, Recomendações) aptas a incentivar os gestores à ação e, em último caso, pode lançar mão da judicialização e fazer uso do instrumento processual coercitivo de multa.

Apesar disso, estes mecanismos não pareceram ser suficientes para impelir o gestor à implementação adequada da política, o que sugere certa ineficiência do instrumento na mobilização do ator-ponta. Na verdade, no curso do processo ficou demonstrada descrença do gestor quanto ao efeito terapêutico do dispositivo ao alegar a existência de críticas do Conselho Federal de Medicina à Portaria GM n. 336/02. O judiciário afirma que tais críticas não desnaturam a legalidade e a obrigatoriedade de se cumprir o disposto na lei. Além disso, ao se defender alegando a ausência de verba orçamentária para cumprir o disposto na portaria, o Judiciário afirma que a o direito à saúde por ter matriz constitucional goza de absoluta prioridade e que por isso o dispositivo deveria ser implementado de qualquer maneira.

A omissão estatal neste caso era patente. As ressalvas pessoais do gestor quanto à política pública a ser implementada reforçaram a marcha lenta da Administração, representada pelo gestor. Porém outro aspecto deve ser levado em consideração: às vezes a ausência de profissionais qualificados para o atendimento em CAPS não decorre de omissão do gestor na contratação e sim da própria classe trabalhadora (médicos, no caso) que não possui interesse no trabalho desenvolvidos pelos CAPS, além de não querer trabalhar nos interiores do País. É o caso do acórdão de Santa Catarina.

Lá foi ajuizada ação civil pública (BRASIL, 2019d) em face do Município sob o fundamento de que o CAPS I do município não possuía profissional com formação em saúde mental, o que desrespeitaria a Portaria n. 336/GM. O MP, então, pedia que o Município fosse obrigado a contratar médico psiquiatra. Nos autos do processo se constatou que mais de seis editais de contratação foram abertos pelo Município sem que houvesse sequer uma inscrição. Tal desinteresse seria justificado pelo fato de que os Médicos Psiquiatras da Região, já estabilizados em suas cidades, não demonstram qualquer interesse em trabalhar no interior, **especialmente** junto ao CAPS, afinal, o profissional teria liberdade de escolha de onde e para quem trabalhar.

O impasse que se instaura consiste nas normativas relativas à reforma psiquiátrica que exigem, nos termos da Portaria GM 336/02, quantitativos mínimos para desempenhar seu papel de regulador da rede de forma adequada *versus* a liberalidade dos médicos em trabalharem no interior e em serviços especializados em saúde mental. A situação é equacionada pelo Ministério Público como sendo dever do município “disponibilizar um médico psiquiatra (com formação em saúde mental) para atendimento no CAPS I.’, segundo os preceitos constitucionais e legais concernentes à matéria” (BRASIL, 2019d, p.4).

O juiz de primeiro grau, em seu turno, interpretou a regra de forma mais flexível. Uma vez esgotadas todas as tentativas do Município na contratação de pessoal, sem êxito, e como o serviço médico funciona adequadamente com médicos clínicos gerais com cursos de capacitação em saúde mental, com o incentivo do município em cursos de formação em saúde mental e, ainda, com convênios para o encaminhamento dos casos de maior complexidade a outras regionais, a ação não deveria prosperar. Tal entendimento foi acatado pelo Tribunal quando dos recursos.

O não cumprimento das normativas *ipsis literis*, neste caso, não gerou – ao menos aparentemente – prejuízos ao serviço público prestado. Pelo contrário, a flexibilização dos requisitos permitiu a continuidade do serviço com a supervisão de sua qualidade pelo ente

ministerial e pelo próprio Poder Judiciário. Este caso é interessante por adicionar mais uma camada de complexidade à implementação das políticas públicas de saúde mental: a questão da escassez de médicos, problema que abrange diversas outras políticas de saúde, intersetorial. Neste sentido, o próprio judiciário reconhece que a via escolhida pelo órgão ministerial, embora tenha:

[...] respaldo no atual arcabouço normativo do SUS, o cenário de escassez de médicos especialistas nos pequenos municípios do interior não é passível de ser solucionado com a presente ação civil pública. Isso porque o presente feito visa a adoção de medidas imediatas – disponibilização de médico psiquiatra no prazo de 30 dias -, enquanto, por sua vez, o panorama nacional exige providências de longo prazo e, ao mesmo tempo, justifica o insucesso do Município requerido na tentativa de contratação de profissional médico com especialidade em saúde mental para atuar no CAPS I (Ibidem, p.12).

O sóbrio posicionamento judicial neste caso revela os limites da judicialização do instrumento ao mesmo tempo que justifica o insucesso da ação: o problema estrutural transcende a política pública de saúde mental e, ao mesmo tempo, atinge-a. A não observância da complexidade do tema tratado neste caso poderia levar à condenação injusta do município se pautando única e exclusivamente nas portarias sistematizadoras do tema. A flexibilização dos critérios de implementação dos dispositivos é importante para evitar demandas judiciais frívolas que visam adequação do fato à norma e não observam se a norma, em si, é um óbice à implementação ou se o serviço prestado é de qualidade apesar de não cumprir todos os requisitos da norma.

A flexibilização da política, ou seja, as capacidades de se ter ajustes institucionais internos são fundamentais para a sua implementação eficaz – para além da quantidade dos dispositivos existentes, a qualidade do serviço prestado e a necessidade dele na região devem prioritariamente observados, sob pena de se fetichizar a existência do dispositivo e não o serviço prestado por ele. Nestes casos a ausência de flexibilidade do dispositivo legal impede soluções alternativas criativas, considerando o objetivo da política, o que pode onerar ainda mais os Municípios e afastá-los da implementação da política.

4.2.4.2 A precariedade na prestação do serviço por problemas de infraestrutura

Outro relevante aspecto desvendado pela judicialização da ação civil pública sobre a política pública de saúde mental diz respeito à precariedade das instalações CAPS Brasil à dentro. Ou seja, além de faltar dispositivos de atenção, os existentes possuem uma infraestrutura precária que também precisa de ajustes. Os problemas encontrados são vários, desde a ausência de medicamentos psiquiátricos até a falta de água potável para os

profissionais e usuários do serviço. A judicialização dessas questões revelam descaso e abandono do poder público com o serviço prestado, o que impacta diretamente na qualidade do serviço.

Nota-se que estes acórdãos que versam sobre a infraestrutura possuem a boa qualidade argumentativa no que diz respeito ao conhecimento da política pública de saúde mental em suas diretrizes e normas específicas, ao contrário das demandas por implementação de dispositivos, que em geral são pouco fundamentadas e fazem confusão entre o tipo de serviço prestado em cada um dos dispositivos.

O primeiro acórdão (BRASIL, 2015d) analisado nesta temática é do Estado do Mato Grosso do Sul. Quanto à fundamentação, o acórdão cita a Lei n. 10.216/01, explica a necessidade de assistência extra-hospitalar, ressalta a finalidade do CAPS II na rede, menciona as Portarias GM/MS n. 95/2001, que ampliaram a responsabilidade dos Município na Atenção Básica e a Portaria GM/MS n. 3.088/2011, que institui a RAPS.

Além do conhecimento da política pública em profundidade, essas ações ressaltam o papel investigativo realizado pelo Ministério Público e são fundamentais para a propositura da ação por se tratar de documentos probatórios da realidade do serviço. No caso, além da auditoria do Ministério Público, passou pelo CAPS II a vigilância sanitária e a auditoria em saúde municipal, que constataram irregularidades no quadro de pessoal e na estrutura física da unidade, além de irregularidades sanitárias.

A equipe também seria insuficiente: o único profissional com formação em saúde mental no CAPS II era o próprio médico psiquiatra, além de não haver enfermeiro na unidade, o que afrontaria a portaria n. 336/02. Além da ausência de equipe mínima, a equipe existente, conforme as investigações, fraudava o controle de jornada e não atendiam exclusivamente no CAPS II, sendo que a Secretaria de Saúde sequer mantinha o cadastro atualizado dos funcionários que trabalhavam na unidade. A alimentação dos usuários não era a adequada, apesar de existir contrato de licitação para o fornecimento de alimentos (café da manhã, almoço e lanches), apenas o almoço era servido, situação que impactava diretamente na frequência dos usuários no serviço.

Também foram encontradas graves irregularidades no que diz respeito à infraestrutura: o teto do banheiro estaria desabado e com entulhos sobre o chão, as instalações para enfermagem estariam impróprias, os medicamentos aldol, sertralina e amitriptilina estariam

em falta e eles estariam ainda com déficit de pessoal para trabalhar. A ação é proposta, então, com o fito de ajustar tais irregularidades.

O objeto da ação é bem delineado e a obrigação de fazer é explícita, porém esse tipo de ação às vezes não é tão efetiva devido à demora judicial na condenação: mesmo quando a ação é urgente, vimos que em média demora até ano para o pronunciamento judicial que confirma a tutela de urgência exarada. Às vezes um ano no tempo processual é relativamente rápido, porém imagine um serviço de saúde passar por um ano sem o adequado fornecimento de água potável? Este é justamente o caso dos autos. A apelação data de 2014 e o julgamento de 2015. Então ainda que a apelação tenha sido julgada procedente para compelir o Município a sanar as irregularidades descritas, a regular demora processual constituiu óbice à efetividade do instrumento.

No Estado de Sergipe (BRASIL, 2018e), situação semelhante ocorrera e os prazos para cumprimento sob pena de multa eram mais breves: 48h para disponibilizar lanches, almoço e água potável, 15 dias para limpeza e retirada de mofo e bolor, 15 dias para contratação de serviço telefônico próprio, 15 dias para o conserto dos banheiros interditados. A situação precária em relação à higiene e infraestrutura se repete, independente da região do país. A situação aqui piora quanto à demora da prestação judicial: a ação é de 2015 e o recurso foi julgado apenas em 2018, três anos se passaram sem que houvesse a urgência estatal em regularizar a situação e, durante esses três anos, a assistência ficou precária.

No CAPS em questão foi instaurado Inquérito Civil e os Conselhos Regionais de Psicologia, Enfermagem e Medicina, além da Secretaria Municipal de Saúde foram oficiados para que apresentassem relatórios detalhados sobre a situação. Observa-se neste ponto a importância do papel extrajudicial do Ministério Público no uso da ferramenta do Inquérito Civil na apuração exata dos fatos. A conclusão do inquérito apontou que, além das irregularidades estruturais encontradas, “os profissionais de enfermagem, ao prestar uma assistência sem condições adequadas, podem comprometer a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes, colocando em risco à saúde da sociedade” (BRASIL, 2018e, p.5). Em virtude do acervo probatório contundente, o Magistrado de piso concedeu tutela sem a oitiva da parte ré para que regularizasse a situação nos prazos retromencionados.

Inclusive o lapso de tempo é evidenciado pelo Desembargador em seu voto:

[...] apesar de todas as argumentações apresentadas pelo município recorrente, a verdade é que até o momento, registre-se, por oportuno, **que a tutela antecipada fora concedida aos dias 25/06/2014 e deferido parcialmente o efeito suspensivo, no dia 16/10/2014 por esta relatoria**, para readequar a decisão, quanto ao prazo e

valor da multa, basicamente e, **sobrevindo sentença aos dias 16/04/2015 e, o Ente Público Municipal não cumpriu com nenhuma das obrigações determinadas pelo Poder Judiciário** (Ibidem, p.13-14, grifo do autor).

Inclusive este fato foi o cerne da decisão judicial: a negligência do Ente Público com as necessidades básicas dos municípios viola o princípio da dignidade daqueles que não tem o tratamento que necessitam em razão de o órgão público não estar em condições mínimas de higiene, com estrutura física e humana para atendimento ao público. Alega ainda que o Ente age com absoluto descaso com as decisões judiciais e recorre a argumentações falaciosas com o intuito de induzir o magistrado a tomar decisões contrárias ao arcabouço probatório e demais elementos dos autos.

Neste ponto dois aspectos merecem destaque. Primeiro, o reconhecimento do próprio Judiciário que às vezes a existência de uma sentença condenatória não impele o ente, na prática, a tomar as providências cabíveis e permanecer omissos. O segundo diz respeito ao jogo processual: o Ente alega perda do objeto da ação ao afirmar que transferiu o CAPS em questão para um outro local com infraestrutura adequada, mas sequer junta aos autos qualquer documento que comprove a afirmação. Na litigância habitual, ganha mais quem mais joga e conhece os meandros processuais. No lugar de jogador a busca é por se livrar de intromissões judiciais e afastar, a qualquer custo, a pecha de negligência.

Além disso, consta nos autos que foi oportunizado durante o trâmite processual condições para ser desenvolvido um plano de trabalho e execução com a finalidade de cumprimento das obrigações do CAPS II, inclusive dotação orçamentária, sem que nada fosse efetivamente realizado. Diante de tamanha inércia, questiona o Desembargador-relator em seu voto:

[...] E o que fazer? A quem recorrer? A omissão é contumaz e está caracterizada. A comunidade necessita do atendimento. O direito à saúde é garantido constitucionalmente. Onde aqueles que necessitam do atendimento devem se dirigir (Ibidem, p.15)?

Prossegue, exaltado:

[...] A omissão é patente. Irrefutável. Não previne. Não trata. Simplesmente do ente Público coloca uma venda nos olhos e os deixa (coletividade municipal) entregues à própria sorte, permitindo a proliferação de várias patologias e agravando outras. Portanto, no meu sentir, a inexistência de políticas públicas nesta esfera, viola os direitos fundamentais não só daqueles que necessitam emergencialmente do atendimento como também daqueles usuários em potencial. Tal situação, sem sombra de dúvidas, acaba por trazer graves prejuízos à população usuária do CAPS, especialmente os pacientes que necessitam urgentemente do atendimento e tratamento de doenças, não podendo ficar sem atenção ou aguardando por um longo prazo em razão de problemas estruturais e/ou organizacionais (BRASIL, 2018e, p.15).

Como razões para decidir, retoma o fator tempo. Explica que o processo se arrasta desde 2014 sem que a Municipalidade cumprisse com as determinações e com contínuas postergações de seu dever/obrigação. Dessa forma, observa-se total descaso e negligência do Poder Público Municipal, tanto em relação aos munícipes quanto em relação às decisões proferidas pelo Poder Judiciário. Nega provimento ao recurso do Município que busca ampliar em mais 30 dias o prazo para corrigir as irregularidades e afasta a multa pessoal ao gestor municipal, além de limitar a multa diária ao patamar de trinta mil reais.

4.2.5 A ação civil pública como instrumento de implementação de dispositivos assistenciais

Finalmente, a última ação analisada com a temática implementação CAPS e SRT é o acórdão do Distrito Federal (BRASIL, 2015e), local em que há o segundo pior índice CAPS/HAB do país e uma ação civil pública deveras ousada que visa corrigir este déficit de dispositivos de uma única vez: o pedido inicial realizado pelo Ministério Público requer a implementação de 25 residências terapêuticas, 19 CAPS (sem especificar a modalidade), equipar os serviços com equipes multidisciplinares e incluir na proposta orçamentária do ano seguinte à condenação o montante de dois milhões de reais para manter os serviços.

O pedido apesar de amplo ficou vago e incompleto, principalmente quanto aos critérios adotados: porque vinte e cinco SRT? Qual a justificativa para a quantidade de dezenove CAPS? Por que dois milhões de reais para a manutenção dos serviços? Como foram feitos estes cálculos? Esses questionamentos são trazidos no bojo do acórdão que, dada a complexidade do pedido, possui cerca de cinquenta páginas. Em nenhum lugar do País houve ação tão complexa como esta.

O relatório do caso de tão detalhado revela como ocorreu a implementação da rede de atenção psicossocial no DF: conta com a quantidade de serviços disponíveis, o número de leitos psiquiátricos para a internação tanto em hospital psiquiátrico quanto em hospital geral. Parte da estratégia processual adotada pelo GDF consiste em demonstrar ausência de omissão. Inclusive o próprio ente não só menciona a Lei n. 10.216/01 como a Lei Distrital n. 975/95, o Ministério da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) em sua fundamentação. A narrativa trazida nos autos é completamente alinhada aos preceitos da reforma psiquiátrica. Conforme o relatório constante no Acórdão, o GDF explica que:

[...] a política de saúde desenvolvida objetiva a superação, no Brasil, do modelo de atenção em saúde mental baseado no hospital psiquiátrico, mediante a criação de uma rede de serviços substitutivos que promova a reinserção e reabilitação

psicossocial das pessoas acometidas por transtornos mentais, sempre em busca de atender seus direitos humanos e civis (BRASIL, 2015e, p.7).

Considera ainda que a ACP ajuizada se baseia em fatos totalmente superados e que desde a propositura da ação (2010) à apresentação do recurso de apelação (2015), a Rede de Atenção Psicossocial do DF havia expandido, cita diversos dispositivos assistenciais existentes e a forma como eles se relacionam entre si. Explica que possui um Plano Diretor de Saúde Mental elaborado junto à Secretaria de Saúde do DF que prevê a expansão e construção da rede. Não nega que à época da propositura da ação o Distrito Federal apresentava índice 0,21 no Indicador da Cobertura Assistencial CAPS/100.000 habitantes e hoje, com o constante trabalho da SES/DF, este índice já atingira a pontuação de 0,59, ou seja, o Distrito Federal saíra de uma cobertura considerada baixa para uma considerada boa, caminhando para uma muita boa, segundo os parâmetros da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Ademais, acrescentando mais uma camada ao instrumento, o GDF afirma que quanto à contratação de equipes multidisciplinares, nos últimos dois anos e meio de gestão foram realizados dois concursos públicos tudo de acordo com o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) firmado com o Ministério Público. Este dado é relevante para análise, pois representa que o instrumento ação civil pública é composto por uma ferramenta, o Termo de Ajustamento de Conduta, que é capaz de produzir efeitos práticos para além do obtido com a própria ação civil, cuja negociação é realizada em âmbito extrajudicial e o Judiciário participa apenas para homologar o acordo firmado.

Insta salientar que durante toda a argumentação processual o GDF se comporta como um ente conhecedor das responsabilidades estatais relativas à saúde da população e faz um esforço argumentativo notável para convencer os Desembargadores de que não há omissão Estatal e que a política pública de saúde mental funciona conforme à lei. Os entraves à sua implementação ocorrem devido a própria estrutura burocrática do Estado, porém tudo que está ao seu alcance para regularizar a situação é realizado conforme as limitações políticas, orçamentárias. Se para o Julgador o discurso é o de prestador de contas injustiçado, o Ministério Público é o antagonista que visa, com a ação, suplantar os Poderes Executivo e Legislativo “na escolha das prioridades e definição do orçamento público, o que é vedado pelo ordenamento jurídico e pela jurisprudência pátria” (BRASIL, 2015e, p.9).

Indo além, alega que o tempo da administração pública é diverso da velocidade em que o Ministério Público espera que o Poder Público atue. Isso não representaria omissão,

pelo contrário, a administração lida cotidianamente com conhecidas dificuldades, e, mesmo diante desse cenário, está implantando os referidos serviços, que alcançam, inclusive, o atendimento da população do entorno e de estados, vizinhos ou não, para os quais atendimento do SUS, infelizmente, equivale a remeter seus doentes para atendimento na Capital. O embate entre os atores estatais é interessante de ser observado pelo prisma do desgaste institucional que essas ações podem gerar.

Quanto ao último pedido formulado, o GDF aduz que ele é impossível de ser executado, justamente por entraves legais relacionados à divisão de competências constitucionalmente estabelecidas e às vedações da própria lei orçamentária. Por fim, sustenta que não há razão para a manutenção da sentença, pois inexecutável, não só porque baseia-se em parâmetros equivocados, como também por ignorar o Plano Diretor da Saúde Mental (documento que realiza um diagnóstico da atenção realizada e estabelece metas de atuação governamentais) e que por isso a sentença deve ser reformada e a multa diária aplicada, cancelada. Ousa em um pedido alternativo: caso comprovado a omissão, quer a dilatação do prazo em 5 anos para cumprir os pedidos realizados.

Para além do discurso jurídico-processual que é determinado pelo instrumento, é plausível que o GDF realmente acredite que se esforça na implementação da política. Este ator reconhece alguns deslizes, minimiza a situação de desamparo, argumenta de forma genérica, fala sobre a existência da implementação dos dispositivos como se isso representasse que a lógica manicomial fora rompida e a política pública executada. O Ministério Público, no papel de antagonista no processo e representante da insatisfação popular no social, considera a situação a partir de primas diferentes, o que é refletido não só na narrativa processual, mas nas provas juntadas aos autos. Não se falará em número de leitos, será trazido a história de vida do paciente institucionalizado.

Não se trata mais apenas de escalas: trata-se de olhares com sensibilidades diferentes. O GDF enquanto gestor olha o macro, pensa nas instituições; o MP enquanto representante social vê o micro, pensa nas subjetividades. É aí que os desencontros de informações e a ausência de implementação da política vai ficando mais evidente: não se trata mais apenas da existência ou inexistência de dispositivos ou do índice de cobertura assistencial, trata-se de como o cuidado à saúde mental é realizado na rede existente.

Nesse contexto, sob o recorte feito pelo julgador em seu relatório, o Ministério Público rebate todos os pontos levantados pelo GDF. Afirma em resumo, que:

- I. Persiste a omissão do Distrito Federal na implementação dos dispositivos legais que disciplinam a saúde mental, substitutivos dos hospitais psiquiátricos, conforme preconizado pela Lei n. 10.216/01;
- II. O modelo de Saúde Mental atualmente praticado, por estar desprovido de Residência Terapêutica e não possuir Centros de Atenção Psicossocial suficientes, está fadado ao completo insucesso [a ausência de rede de atenção manteria ao hospital psiquiátrico da cidade a responsabilidade principal de atender e abrigar os portadores de sofrimento psíquico];
- III. [...]
- IV. Conquanto a ação tenha sido ajuizada em 2010, a realidade atual pouco se alterara, pois, conforme informações prestadas pela própria Diretoria de Saúde Mental (fls. 470/477), foram implementados apenas 4 (quatro) novos CAPS, e outros 5 (cinco) CAPS encontram-se em funcionamento de forma precária, pendentes de credenciamento junto ao Ministério da Saúde;
- V. O Distrito Federal não criara número suficiente de CAPS que possam atender a população do DF e Entorno, vez que o Ministério da Saúde recomenda que localidades com mais de 200 mil habitantes tenham pelo menos três CAPS em funcionamento, assim como indica a necessidade de 1 (um) CAPS para cada 100 mil habitantes, e no DF e Entorno existem somente 15 (quinze) unidades;
- VI. As recomendações do Ministério da Saúde, considerando o número de habitantes do DF fornecidos pelo IBGE, aconselham no mínimo a existência de 25 (vinte e cinco) CAPS, sendo eles CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPSi, e rede básica com ações de saúde mental e capacidade do SAMU, pois possui mais de 200.000 habitantes;
- VII. Levando-se em consideração que já existem 15 (quinze) CAPS em funcionamento, o Distrito Federal deve implantar mais 10 (dez) CAPS para atender de forma satisfatória a população do Distrito Federal e Entorno, bem como promover o credenciamento de 5 deles já existentes que, por razões que se desconhece, ainda não foram homologados junto ao Ministério da Saúde;
- VIII. Existem Regiões Administrativas do Distrito Federal que não possuem sequer um CAPS para atendimento, apesar da existência de demanda dessa natureza, o que deixa a população desassistida em relação ao direito fundamental à saúde [principalmente se considerado o caráter regionalizado e territorializado do serviço e as respectivas características socioculturais de cada Região Administrativa];
- IX. No que se refere à implantação de Residências Terapêuticas no Distrito Federal, a situação é absurda, pois, conforme se depreende das informações prestadas pela Diretoria de Saúde Mental, até a presente data ainda não fora implantado sequer um dispositivo desse tipo, o que é gravíssimo, porquanto, conforme já descrito na manifestação ministerial de fls. 366/373, existem atualmente 8 (oito) pacientes que se encontram internados na Ala de Tratamento Psiquiátrico da Penitenciária Feminina do DF, com alta e cessação de periculosidade, internados ilegalmente, privados de sua liberdade em face da omissão estatal;
- X. As residências terapêuticas constituem alternativa de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade, além do que podem servir de suporte de reabilitação psicossocial aos pacientes acometidos de transtornos mentais em situação de abandono sociofamiliar;
- XI. A suposta dificuldade na aquisição de imóveis destinados à implantação de Residências Terapêuticas apontada pelo Distrito Federal não se sustenta em face do regular envio, à Câmara Distrital, de projetos de lei visando desafetações de áreas destinadas a equipamentos públicos comunitários, onde poderiam ser implantadas residências terapêuticas, bem como CAPS, tudo com o objetivo de criar unidades imobiliárias que posteriormente serão negociadas pela TERRACAP, sob o argumento de que tais imóveis se encontram ociosos (BRASIL, 2015e, p.10-12).

Após o relatório o Desembargador proferiu seu voto apontando inicialmente que há negligência do Estado devido ao longo período de tempo transcorrido entre a edição das leis Distrital (1995) e Federal (2001) sem que houvesse a implementação dos dispositivos faltantes, o que caracterizaria a omissão estatal e, conseqüentemente, a legitimação do judiciário na interferência da política pública demandada. Ao entender do Julgador tal omissão legitimou o Ministério Público à propositura da demanda coletiva que, por meio da atuação adequada do Judiciário, pode viabilizar a materialização do direito à saúde – direito de todos e dever do Estado.

Justifica que o Distrito Federal saiu à frente do Executivo Federal quando da elaboração da Lei Distrital n. 975 de 12 de dezembro de 1995, que de forma clara e objetiva assenta a nova perspectiva de tratamento da saúde mental, com tratamentos em locais específicos e apropriados – CAPS e SRT - para essa finalidade. Menciona também a Lei Federal 10.216/01, editada seis anos após à Distrital, e dá destaque aos artigos 1º, *caput* e inciso I, e 3º, *caput*, incisos VI, VII e XI, desse instrumento legal. Justifica que após a conclusão do procedimento de investigação preliminar (outra ferramenta à disposição MP) ficou constatado que:

[...] o Distrito Federal não cumpria o dever constitucional e legal volvido a assegurado ao doente mental tratamento condizente, não obstante o transcurso de vários anos e as exaustivas promessas de realização das obras e ações absolutamente necessárias para o devido tratamento dos cidadãos padecentes de doenças mentais no âmbito local, dentre as quais a implementação de RTs e CAPs, conforme restara incontroverso nos autos, não lhe restara alternativa senão o manejo da presente ação civil pública (BRASIL, 2015e, p.24).

Os dados da realidade social, neste caso, foram de relevância ímpar para o deslinde da ação sobressaindo-se às narrativas processuais em cujo jogo o objetivo é convencer. Para constatar a omissão, além do transcurso do tempo entre as leis e a pequena quantidade de dispositivos implementados, pesou o fato de o GDF se negar a assinar Termo de Ajustamento de Conduta proposto durante a investigação extrajudicial, sob a justificativa de que já estava realizando as ações necessárias. Para além das narrativas, observou-se o comportamento do órgão na prática. Essa manobra evidencia outra potencialidade da ação civil pública enquanto instrumento: ela organiza os fatos da realidade social por meio de inquéritos e procedimentos investigativos realizados por meio de uma instituição (MP) com poder de requisição de informações e documentos, tudo isso sem o envolvimento de demais poderes.

Nota-se que o desenho da ação civil pública permite articulação e negociação apenas entre os atores institucionais envolvidos e interessados; o TAC, resultado das negociações,

além de outra ferramenta associada ao instrumento, também serviu de termômetro para aferir a boa-fé política e vontade institucional de ver resolvida a situação. Vários foram os parâmetros adotados pelo julgador para comprovar que na verdade o DF estava omissivo no trato à saúde mental. A narrativa e a realidade social são colidentes, incoerência é escancarada pelo Ministério Público no curso da ação. Motivo pelo qual o Tribunal de Justiça do Estado mantém a condenação à implementação das 25 residências terapêuticas e 19 CAPS, com a ressalva que mesmo implementado tais dispositivos o DF ainda não teria o número recomendado por especialistas (46) de dispositivos de saúde necessários para uma assistência adequada à saúde mental.

Depreende-se da narrativa judicial que, apesar da ação em curso, pouco ou nenhum efeito ela causou no Executivo Distrital do ponto de vista pedagógico ou coercitivo moral quanto à implementação dos dispositivos. Ou seja, conhecendo da ação e sabendo ser possível o deferimento judicial do pedido, entre 2010 a 2015:

[...] a realidade da estrutura para tratamento da saúde mental no âmbito local pouco se alterara, pois, conforme bem observado pelo apelado em suas contrarrazões, as informações prestadas pela própria Diretoria de Saúde Mental (fls. 470/477) dão conta de que foram implementados apenas 4 (quatro) novos CAPS, totalizando 10 CAPS em funcionamento de forma regular, sendo que outros 5 (cinco) CAPS encontram-se em funcionamento de forma precária, pendentes de credenciamento junto ao Ministério da Saúde, isso sem falar do caso das residências terapêuticas que se fazem necessárias, que não existe uma sequer no DF (BRASIL, 2015e, p.30).

Podia-se supor comportamento contrário: sabendo que não só o Ministério Público como o Poder Judiciário estariam atentos à ação estatal quanto a implementação dos dispositivos de saúde mental no DF e para evitar uma condenação que além de condenar à multa diária em caso de descumprimento ainda se intrometia na forma em que as prioridades políticas eram escolhidas, permaneceu inerte; a ação não surtiu efeito na mudança de comportamento do Ente Executivo Distrital. Isso sugere que o ajuizamento de ações coletivas não influencia na forma de gerência da política pública.

Os litigantes habituais – neste caso o Estado – conhecem as falhas institucionais típicas da prestação jurisdicional, dentre elas: limitações argumentativas, demora processual (e saber recorrer para prolongar ainda mais este tempo), limitações jurídicas relativas ao próprio instrumento (obrigação de fazer/ não fazer), limitações processuais típicas do instrumento (limitações quanto a legitimidade, causa de pedir, pedido), limitações institucionais (quem pode fazer o que), conhecimento do comportamento jurisdicional através do estudo da jurisprudência (sabe-se que de todos os processos recorridos a taxa de reversão é de tanto, a possibilidade de redução de multa é de comum...). O processo é um jogo, melhor

se sai quem sempre joga. Neste caso o adversário conhece tanto quanto os meandros institucionais e também usa essas ferramentas ao seu favor. Por isso o campo judicial se torna neutro quanto da modulação de comportamento político: trata-se de mais uma instância de atuação política que não necessariamente reverbera no social.

Quanto aos demais pedidos, o GDF consegue reverter o pleito, apesar da condenação à construção ele ganha mais dois anos de prazo para implementar o seu plano governamental: é fixado o termo final para cumprimento da obrigação o mês de dezembro de 2017, em alusão ao fim de vigência do Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal vigente (2011-2015), mesmo que na sentença ele repise diversas vezes que a omissão estatal é de aproximadamente 20 anos.

Além disso tem a multa diária reduzida e as verbas públicas não serão mais sequestradas. Segundo o acórdão, além de temerária a fixação de montante mínimo na lei orçamentária pelo Poder Judiciário, observa-se dos autos que não há elementos concretos acerca do montante necessário para cumprimento do dispositivo sentencial. Tem-se por inapropriada tal resolução, haja vista que é o Poder Executivo que dispõe das informações necessárias para fixação do montante necessário para cumprimento de cada obrigação que lhe compete, dentre elas a aqui fixada.

Ao final a decisão judicial em que pese seja de procedência à implementação favorece o réu ao dilatar ainda mais o tempo dado a ele para implementação da política. Insta destacar que o Plano Diretor editado posteriormente à condenação sequer menciona que houve/há um processo judicial e que a partir daí a política deveria ser redirecionada para cumprir o mandamento judicial. Pelo contrário, o plano revela que as ações do governo estão focados na implementação de unidades de acolhimentos – dispositivos vinculados à política de álcool e outras drogas – e o Distrito Federal segue sem serviços residenciais terapêuticos e com um número menor do que os 46 CAPS recomendados.

Ao vencer o jogo processual ganhando mais tempo, o uso da ação sugere que o instrumento não possui força política suficiente para mobilizar o ente estatal à ação e que se o gestor for experiente na litigância judicial, passará incólume pela condenação. Até porque, justamente em 2017, a portaria que reinsere os hospitais psiquiátricos na rede de atenção psicossocial é editada, o que interfere no resultado do processo e fortalece o ente estatal a argumentar que não há omissão, já que a rede existe e agora conta com mais um dispositivo de cuidado.

Esse acórdão, diferente dos demais, é extremamente rico em detalhes sobre a rede, aponta que ambas as partes conhecem a política que visam interferir e implementar, demonstra que o jogo político e o jogo processual andam em paralelo com pequenos pontos de convergência extraprocessuais – TAC e IC - e que às vezes conhecer a política e a sua importância não é o suficiente para mobilizar o executivo à executá-la.

Misteriosos são os motivos que levam ou não à ação estatal. O acórdão, por ser um recorte do olhar do julgador sobre o caso, não revela a argumentação dos atores em cada peça processual (inicial, contestação, instrução probatória), revela apenas escolhas de informações realizadas pelo desembargador que fez ele chegar a determinada conclusão. O que é um limitador analítico do ponto de vista dos demais atores, mas revela as preferências judiciais na tomada de decisão.

CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo compreender o papel exercido pelo direito nas políticas públicas de saúde mental. Por ser um trabalho interdisciplinar entre Direito e Políticas Públicas, o vocábulo direito é compreendido de forma ampla, para além das leis, normas, jurisprudência, e ações judiciais, ele também é entendido como estratégia política, como vocalizador de demandas, como objetivo, como instrumento capaz de realizar arranjos institucionais e, por todas essas características, como caixa de ferramentas. Com o intuito de abarcar todos os possíveis papéis desempenhados, o trabalho foi dividido em dois eixos perpendiculares cujos pontos de intersecção serão agora evidenciados.

No primeiro eixo o direito foi visto como estrutura da política pública de saúde mental através de sua reconstrução por meio dos paradigmas da política. O segundo eixo percebe o direito a partir da judicialização de tal política. Assim, a judicialização é o ponto de contato entre os eixos: só é possível judicializar devido ao ancoramento jurídico. Ao se questionar a política pública de saúde mental judicialmente é possível analisar como ela é internalizada e manejada pelo Poder Judiciário e pelo Ministério Público. O que permite, por sua vez, uma análise do desempenho destes dois atores – e do próprio instrumento ação civil pública utilizado - na promoção da política pública de saúde mental vigente.

A partir da análise da dimensão jurídico-política com as descrições dos paradigmas hospitalocêntrico e psicossocial, utilizando Surel (1995) como marco teórico-metodológico, deparamo-nos com o projeto da Reforma Psiquiátrica. O trabalho de desconstrução ou de nova problematização em relação ao novo modelo de assistência à saúde mental exigiu o conhecimento das hipóteses e visão de mundo adotados pelo paradigma anterior (o hospitalocêntrico) para que fosse possível formular novas hipóteses, métodos e instrumentos a partir da nova visão de mundo adotada. Isso significa dizer que o novo paradigma (o psicossocial) teve início a partir da negativa do paradigma anterior, já que há um esgotamento deste em responder aos problemas públicos, o que exige novas formulações e arranjos tanto do político quanto do social para dar conta de responder ao problema público – a atenção à saúde mental - apresentado.

Essas formulações iniciais não têm a pretensão de se fixar imediatamente como um novo paradigma, não se trata de uma linha reta: a ruptura de um paradigma e o surgimento de um novo é gradual, permeado por avanços e retrocessos e durante o caminho vários ajustes

são realizados, inclusive com certa permeabilidade com os ideais do paradigma que se pretende transpor.

A fluidez do político durante a construção do novo paradigma de atenção à saúde mental é bem retratada pelos tipos normativos e pela forma como foram utilizados. Aqui o papel do direito será de alicerce político que ora será utilizado como estratégia política para alcançar um objetivo, ora será utilizado como ferramenta para instrumentalizar os resultados dos avanços políticos, ora retratará, fielmente, a solidez política do paradigma implementado.

Começo pelo último aspecto. É possível determinar que há um paradigma de atenção à saúde mental **hospitalocêntrico** porque todas as normas editadas pelo país correspondente ao período de 1841 a 1934 e que seguem vigentes até 1990 se ocupam em definir o Hospital Psiquiátrico como o ponto central de assistência à saúde mental. O resto da política é consequência de tal centralidade: o tratamento hospitalar pressupõe internação como a principal forma de atenção, para internar é necessário recorrer ao poder-saber médico, o que, por sua vez, origina a partir de laudo médico o status do louco cujas características inerentes são a periculosidade e a incapacidade. Há um bloco normativo consistente que organiza todos estes conceitos de forma cadenciada e estruturada, convergentes no único objetivo que é o tratamento da loucura em âmbito exclusivamente hospitalar.

É esse bloco de ideias, cujas normas são mera representação da visão de mundo (dimensão sociocultural) adotada, que será questionado pelo Movimento Social. Em termos políticos questiona-se primeiramente a ideia para depois atacar a norma. Para tanto, levanta-se dados, convoca-se reuniões, repensa-se a forma de atendimento, o significado da loucura, o papel do louco. Questiona-se o papel do profissional de saúde, trabalhador do manicômio, cria-se movimentos e articulações políticas. Até que é proposto novo direcionamento jurídico – novas leis, novos direitos, novos papéis, nova Constituição; momento em que papel do direito como estratégia política enquanto objetivo é evidenciado.

Após estar minimamente estabilizado as novas diretrizes políticas, o direito deixa de se ocupar do macro e é utilizado para instrumentalizar o micro, ou seja, as normas deverão ser elaboradas para funcionarem como engrenagens capazes de dar função prática à nova diretriz política adotada. É o papel do direito como instrumento que na saúde mental tem o seu melhor exemplo nas Portarias Ministeriais editadas pelo Ministério da Saúde. Então, enquanto o movimento social por meio das Conferências Nacionais determinava as diretrizes gerais do novo paradigma de saúde mental, as portarias ministeriais permitiram que o idealizado pelo movimento fosse institucionalizado e colocado em prática.

Existem limitações na tradução do idealizado pelo movimento social em relação ao que de fato é possível de ser feito pela Administração Pública. Primeiro porque eles estão alocados em diferentes âmbitos de atuação política e atuam em diferentes níveis de institucionalização, o que evidencia a diferença entre o normativo do movimento social e o normativo produzido pelo Estado. O normativo do movimento social precisa lutar com as demais comunidades políticas para que o idealizado seja incorporado à política da administração. Enquanto o normativo do Estado realiza a política com base em suas próprias limitações, sejam elas políticas, sejam elas orçamentárias, sejam elas de articulação entre os demais atores ou entre as demais políticas. Nota-se assim que o papel do direito como objetivo e como ferramenta modifica e é modificado a partir do ator que o utiliza.

A construção do paradigma psicossocial terá como principais tipos normativos as conferências nacionais de saúde mental – responsáveis por construir os alicerces da nova atenção à saúde mental, cujo âmbito de atuação é político-social, e as Portarias, que enquanto alinhadas ao discurso do movimento, constroem os alicerces do novo paradigma em âmbito político-institucional. Ressalta-se que esse alinhamento ocorrerá até determinado momento [2016], pois devido a mudanças no Executivo, outra visão de mundo é adotada e a política construída sob o paradigma psicossocial passa a ser desarticulada justamente pelo mesmo instrumento normativo que a desenvolveu.

A possibilidade de tal desarticulação revela o calcanhar de Aquiles da institucionalização do novo paradigma de atenção à saúde mental: enquanto o modelo anterior utilizava-se de Decretos Imperiais para estabilizar o paradigma, o modelo psicossocial apoiou-se nas Portarias Ministeriais.

Do ponto de vista político, desenvolver a política pública de saúde mental por meio das portarias revela o caminho político-institucional possível, pois na Pasta havia coordenadores de saúde mental que eram militantes do movimento, fato que permitiu que muitos ideais da reforma fossem institucionalizados.

No entanto, do ponto de vista jurídico, a construção institucional de políticas públicas com base exclusivamente em Portarias é frágil, pois por serem editadas unilateralmente pelo Executivo podem ser igualmente revogadas sem a oitiva da sociedade, conforme a visão de mundo de quem ocupar a Pasta Ministerial, como de fato ocorreu.

Pode-se argumentar que a política pública de saúde mental não é apenas formada por portarias ministeriais, há Leis Estaduais e Lei Federal que regulam a matéria. No entanto, em

que pese a importância de tais normas, não há necessariamente entre elas articulação nem do ponto de vista jurídico e nem do ponto de vista político.

Do ponto de vista político, as Leis Estaduais foram editadas durante a construção e formação do paradigma psicossocial. Durante essa fase tinham muitas hipóteses sobre quais caminhos percorrer para alcançar um atendimento integral à saúde mental. São normas que revelam o nível de maturação político-institucional do Movimento Social na época: os instrumentos normativos são dotados e limitados por sua historicidade.

Essa ausência de articulação associado ao caráter unilateral, pragmático e pouco democrático das Portarias revelam duas outras fragilidades da estratégia político-jurídica adotada pelo movimento: há falhas no uso do direito como arranjo institucional, ou seja, a capacidade deste de criar coerência, conexões, articulações entre as normas, atores e política, vez que centraliza a articulação no Executivo e os demais textos normativos – Leis Estadual, Leis Federais revelam experiências políticas independentes, pouco articuladas, muitas vezes com internalizações distintas do que é a Reforma Psiquiátrica.

Assim, as leis estaduais, por exemplo, representam como cada Estado institucionalizou os ideais da reforma psiquiátrica com base na realidade local. Nesse sentido, há Estados que determinam que o ponto central de atendimento serão os postos de saúde e não os CAPS, outros determinam que a rede hospitalar existente permanecerá e será modernizada, enquanto outros Estados preveem a extinção total das estruturas manicomiais. Já os direcionamentos das Portarias na época visavam a redução do número de leitos e a desospitalização com o fechamento de hospitais psiquiátricos.

A ausência de articulação entre as políticas e a dependência do Executivo para que a PPSM fosse internalizada empobrece a Reforma Psiquiátrica no que diz respeito à sua capacidade de usar as normas como vocalização de demandas. Isso significa dizer que ao depender normativamente do Executivo, o Movimento Social não consegue imprimir à política os contornos idealizados por ele.

A necessidade de vocalizar demandas pode ser observada na formulação de algumas críticas pelo Movimento quanto a forma de desenho dos dispositivos assistenciais, em especial os CAPS e os critérios de implementação destes. Ao se determinar critério populacional (CAPS/100Hab) e fixar equipe mínima, impede-se a multiplicação desses dispositivos em Municípios de pequeno porte por questões orçamentárias. Por outro lado, se a sugestão do movimento fosse acatada e o critério fosse epidemiológico com a flexibilização

da composição da equipe conforme a demanda assistencial, a estruturação da rede de atenção psicossocial teria outra formatação.

Observa-se que a forma em que a política é ancorada terá consequências na forma como ela será questionada judicialmente, o que pode ser observado no pertinente a esta temática na análise quanti-qualitativa. A demanda por adequações na infraestrutura dos CAPS é nacional e parte delas requerem ou a adequação ao número de profissionais e número de dispositivos nos moldes previstos nas portarias. O primeiro aspecto se comunica diretamente com a discussão travada, ou seja, existe um número significativo de ações que buscam adequar a norma ao fato (e não ao contrário) em demandas coletivas que sobrecarregam o judiciário e que poderiam ser evitadas se o critério adotado fosse mais adequado à realidade local.

No que diz respeito à Lei Federal, a reconstrução normativa por meio dos paradigmas nos revela que ela é a solução intermediária encontrada entre os dois paradigmas inconciliáveis, da atenção hospitalocêntrica e da atenção psicossocial. Quanto a este ponto, dois aspectos merecem destaque. O primeiro diz respeito a possibilidade da coexistência, no plano fático, de dois paradigmas contrários. No caso da saúde mental, o vácuo legislativo existente após a revogação do Decreto n. 24.559 de 1934 até a formulação da Lei n. 10.216/01 permitiu que atores pertencentes à comunidade política defensora do paradigma hospitalocêntrico e a do paradigma psicossocial se articulassem para defender qual visão de mundo seria adotada na nova lei.

A disputa legislativa revela o outro aspecto que é a incomensurabilidade de paradigmas em si. O projeto de Lei Paulo Delgado tinha o sentido claro de extinção dos manicômios, da reconstrução de nova forma de atenção que prescindisse o hospital psiquiátrico e regular as internações, que deixariam de ser a principal forma de atenção, ideais preconizados pelo paradigma psicossocial. Por outro lado, o substitutivo proposto por Lucídio Portella representa o paradigma hospitalocêntrico para o qual o hospital psiquiátrico é imprescindível e não pode ser confundido com Manicômio, busca regular as internações e afastar a intervenção do Ministério Público na decisão – exclusivamente médica – de internar e modernizar a estrutura hospitalar existente.

Ao considerar essas duas estruturas argumentativas é possível perceber que a Lei n. 10.216/01 é composta por elementos das duas visões de mundo. O hospital psiquiátrico persiste porém, sua importância foi realocada e sua estrutura modernizada: será necessário equipe multidisciplinar e a observância dos direitos das pessoas ali internadas. Ambientes

hospitalares com características asilares (manicômios) deverão ser fechados. O tratamento deverá ser preferencialmente extra-hospitalar e não invasivo. As internações serão reguladas e notificadas ao Ministério Público apenas aquelas na modalidade involuntária. A família, o Estado e a sociedade fazem parte do tratamento e são corresponsáveis pela implementação da nova política.

Observa-se que a norma define os parâmetros gerais do novo paradigma adotado não é capaz de desconstruir o anterior por completo, afinal ela aceita o meio termo entre a construção de uma rede substitutiva com a manutenção dos hospitais psiquiátricos. Assim, haverá nos discursos e conseqüentemente nos serviços, a permanência da coexistência dos dois modelos em saúde. Essa autorização legal organiza os atores do serviço em duas categorias principais: os filiados à psiquiatria-acadêmica e aqueles profissionais que atuam como militantes na Reforma Psiquiátrica.

Na composição de CAPS equipado por equipe multidisciplinar, não raro esses dois tipos de profissionais precisam trabalhar em conjunto, sendo orientados por visões de mundo, referenciais teóricos, hipóteses, conceitos e instrumentos terapêuticos completamente diversos e, na maioria dos casos, incompatíveis. Dados da avaliação da política em 2015 revelam que a coexistência de duas orientações distintas de cuidado nos serviços impacta diretamente na reinserção social e diminui a desinstitucionalização.

Quanto estes últimos aspectos, Serviços Residenciais Terapêuticos são os dispositivos que mais encontram resistência em sua implementação. Os principais obstáculos para implantação desta rede seriam, conforme avaliação da FIOCRUZ (2015): a) as dificuldades de financiamento (tanto o acesso quanto o uso dos recursos); b) a baixa atuação local dos gestores na implementação destes serviços, que ao nosso ver decorre, em parte, da forma do desenho da política que por ser rígida não se adéqua as realidades sociais, o que desestimula a atuação política dos gestores, afinal, na região o índice epidemiológico de transtornos mentais é tão baixo que não justifica a busca ativa por recursos para a implementação dos dispositivos-rede; c) problemas de gestão interna no dispositivo associado com o baixo envolvimento dos profissionais de saúde mental (decorrentes, ao nosso ver, da coexistência de visões de mundo dentro dos serviços) e d) o estigma social que envolve o dispositivo e seus moradores, o que pode ser um sintoma da necessidade de uma maior articulação do movimento social e de plano estratégico específico para aprofundar as modificações socioculturais trazidas pela Reforma Psiquiátrica: para além da rede de assistência, o convívio com a loucura precisa ser melhor debatido com a sociedade.

Interessante notar que algumas dessas dificuldades tornam-se demandas judiciais. Na judicialização, o nó da Reforma Psiquiátrica está justamente na implementação dos serviços residenciais terapêuticos. Na atuação jurisdicional sobre o tema a principal dificuldade encontrada está no **desconhecimento** do funcionamento, importância e necessidade deste dispositivo para a Rede de Atenção Psicossocial.

Tanto a atuação ministerial quanto a jurisdicional são falhas neste ponto. Várias demandas são judicializadas sem que o objetivo estratégico – implementação de serviços residenciais terapêuticos pelo Município/Estado – seja explicitada. Em alguns casos essa demanda implícita levou à permanência de indivíduos aptos para o tratamento comunitário, permaneceram internados, mesmo com a alta médica por tempo indeterminado, por determinação judicial, sem o manejo de ação própria para tanto. Assim, se o pedido é formulado inadequadamente, toda a discussão processual será erroneamente direcionada e, conseqüentemente, a adequação pronunciamento judicial restará prejudicada. Por outro lado, este aspecto revelou que a atuação do Ministério Público como fiscal da lei foi fundamental, sendo capaz de redirecionar o caminho processual e interferir na tomada de decisão do juiz.

Devido ao instrumento ação civil pública limitar a atuação do Ministério Público a pedidos de ações cominatórias, pedidos implícitos ou genéricos, leva a inefetividade da medida jurisdicional, o que descredibiliza o instrumento e os atores envolvidos, e em âmbito social, gera desassistência. Neste ponto é necessário que o Ministério Público repense sua atuação estratégica na judicialização das políticas públicas, sendo primordial que antes da ação compreenda a diferença entre os dispositivos assistenciais da política que pretende intervir. A má atuação do Ministério Público impacta a resolução do caso pelo Judiciário que por também ser desconhecedor da política não raro entende CAPS e SRT como dispositivos semelhantes e indefere a implementação de um em decorrência da existência do outro.

O poder Executivo enquanto litigante entende o processo como um jogo e com o fito de evitar condenações judiciais atua processualmente com base na ignorância e, muitas vezes, evita as condenações por argumentar que a assistência já é prestada em outro dispositivo extra-hospitalar. No jogo processual, em que o objetivo é convencer, o desconhecimento da política leva à conclusão de não omissão do poder estatal em relação a implementação de políticas públicas. Se não há omissão, devido a teoria da separação dos poderes, o Poder Judiciário não poderá intervir no Executivo. Dessa forma, o pronunciamento judicial que autoriza esse tipo de comportamento enfraquece a política pública de saúde mental vigente, pois fragiliza institucionalmente os dispositivos de cuidado que a compõe.

A inadequação da prestação jurisdicional sugere que há pouca permeabilidade dos ideais da Reforma Psiquiátrica em outros ambientes institucionais, indicando uma possível bolha de atuação que precisa ser transposta para que os objetivos da Reforma Psiquiátrica sejam validados e reconhecidos pela maior gama possível de atores e instituições. Nesse sentido, as demandas judiciais ajuizadas por associações revelam que parte da sociedade vocaliza desejos contrários à implementação da política pública de saúde mental.

O desejo vocalizado por elas é de permanência do hospital psiquiátrico e temem que os serviços comunitários quando próximos as suas respectivas residências desvalorizem seus imóveis. Isso significa dizer que no imaginário social as representações da loucura ainda se baseiam no binômio periculosidade-incapacidade. Aí, a atuação jurisdicional, ao declinar as demandas, fortalece a política pública ao confirmar em outro âmbito institucional – Poder Judiciário – o programa da reforma psiquiátrica.

Além de descortinar a forma como a sociedade e outras instituições internalizam a reforma psiquiátrica, as demandas judiciais podem atuar como indicadores de avaliação da política implementada. Várias são as demandas que descrevem com riqueza de detalhes as condições precárias em que a assistência à saúde mental é realizada: falta água potável, luz, ambiente terapêutico livre de bolor, alimentação...

Ao mesmo tempo, ao buscar a resolução deste tipo de demanda judicialmente, demonstra a inadequação do instrumento processual no que concerne ao fator **tempo**. Por mais ágil que seja a prestação jurisdicional no tempo processual a espera por uma decisão, ainda que provisória, por pelo menos um ano (menor média regional) demonstra a ineficácia da medida. Imagina um serviço de saúde passar um ano inteiro sem acesso à água potável? A solução a estes problemas devem ser mais ágeis e prescindir o caminho judicial.

O desenho da ação civil pública prevê a possibilidade de firmar acordos extrajudiciais a partir da investigação realizada pelo Ministério Público. Talvez essas demandas concernentes à infraestrutura devam ser tratadas desta forma do ponto de vista estratégico. Afinal, caso haja descumprimento do acordo, este vira título executivo extrajudicial, o que agiliza a cobrança judicial das medidas que devem ser tomadas, evitando-se o longo e extenuante processo de conhecimento. A quantidade de ações que seguem este caminho é de 1,3%, o que é bastante inexpressivo, fato que leva à necessidade de reflexão do ministério público quanto à otimização do uso das ferramentas IC e TAC a fim de melhorar a prestação jurisdicional. Ajuste necessário, visto que é o principal ator de judicialização destas demandas.

Ainda no que diz respeito à eficiência do instrumento o estudo da judicialização revelou que mesmo quando todos os atores envolvidos – MP, Estado e Judiciário – são conhecedores da política, judicializar a questão não significa, mesmo com a condenação, que a implementação dos dispositivos assistenciais faltantes ocorrerá. Em termos práticos isso significa dizer que apesar da judicialização e todos os processos que envolvem essa tomada de decisão: inquérito civil, investigações, oitivas, tempo dispendido na elaboração das peças processuais, na juntada dos documentos, na definição da melhor estratégia jurídica a ser adotada, na disputa judicial de narrativas durante o processo; do tempo processual compreendido entre a petição inicial, recursos até a fase de cumprimento de sentença e, mesmo com a sentença e acórdãos procedentes, isso não representa, necessariamente, que o Executivo irá se mobilizar (recursos, pessoal, prioridades) para cumprir o judicialmente exigido.

A ação do ente Executivo vai além da submissão às obrigações de fazer e não fazer, demanda articulações outras – político orçamentárias – e comprometimentos outros – com visões de mundo e demais prioridades – que ultrapassam o pleito judicial condenatório. Nesse sentido, o campo judicial pode se tornar neutro no que diz respeito à capacidade de modulação do comportamento político: trata-se de mais uma instância de atuação política que não necessariamente reverbera no social.

Isso nos leva à questão da escala da natureza do processo que, apesar de coletiva, envolve uma formatação judicial caso a caso. Ou seja, a depender do caso concreto e das provas juntadas aos autos o juiz pode se pronunciar, conforme os limites processuais, sendo que a política pública questionada muitas vezes extrapola o quadro processual apresentado e a decisão tomada naquele processo sobre o caso especificamente formatado poderá reverberar negativamente quanto aos aspectos globais da política.

É o caso, por exemplo, das ações que demandam a manutenção de hospital psiquiátrico ou a construção de estrutura hospitalar para o tratamento de pessoas acometidas por transtornos mentais. Em determinada localidade pode ser que de fato haja a necessidade destes dispositivos, porém a sua implementação por meio da atuação judicial ocorrerá na contramão da política se pensada em termos macropolíticos.

Este problema também repercute na própria análise realizada neste trabalho. Ao analisar a política pública de saúde mental sob a moldura processual da ação civil pública - cujo objeto são os acórdãos - a visão da política e das realidades locais judicializadas fica limitada à seleção das informações processuais relevantes que fizeram o desembargador-

relator proferir determinado voto. Assim, desconhece-se o ponto de vista e as narrativas dos demais atores processuais, o que revela as preferências judiciais na tomada de decisão.

Esse recorte analítico pode permitir ajustes estratégicos tanto na atuação Ministerial quanto do Ente Executivo ao pôr em relevo os elementos selecionados pelo Juiz para formar seu convencimento. Nesse sentido observamos que os elementos fáticos, a produção de provas e relatórios, o uso de jurisprudências e o embasamento principiológico constitucional são elementos de bastante relevância no processo decisório e que as leis específicas concernentes à saúde mental muitas vezes são desconsideradas neste processo.

Apesar de todas as limitações do instrumento acima indicadas, ele representa importante inovação jurídica e é o principal caminho de judicialização da questão da saúde mental no país. Nesse sentido, os dados quantitativos levantados trazem informações sobre como a política pública é questionada nos Estados Federativos e como é o comportamento judicial em escala nacional. Assim, pelos parâmetros de análise adotados na pesquisa, a judicialização da política pública de saúde mental,

- a) quanto às principais demandas: 48% delas são por implementação de CAPS ou outros dispositivos de saúde mental, 35% são ações que visam a adequação do serviço existente – o que inclui a contratação de profissionais a reformas na infraestrutura; um número menor das demandas busca obrigar à assistência a ser realizada nos CAPS enquanto 4% delas representam denúncias de irregularidades prestadas pelos/nos serviços. Disso pode-se concluir que os dispositivos de saúde mental não foram uniformemente implementados no território nacional e sua ausência mobiliza o Ministério Público a atuar judicialmente com a estratégia de mandar implementar ou corrigir as irregularidades;
- b) quanto ao posicionamento judicial: a taxa de indeferimento é de 19%, sendo o principal motivo apontado a ausência de omissão do Executivo Estadual; a taxa de procedência, no entanto, é de 66%, e a taxa de reversibilidade das decisões é de 12%. Ou seja, a chance de ter sucesso na ação é de 66%, taxa que incentiva a judicialização;
- c) quanto ao tempo de tramitação: tempo médio de tramitação, por outro lado, até o recurso de apelação leva cerca de 3,3 anos, e, se tratado de decisão interlocutória (medida urgente) levará aproximadamente 1 ano para o pronunciamento judicial. Em termos práticos esse dado revela que ao ajuizar uma ação hoje, após um ano o

Tribunal irá se manifestar sobre a urgência do pedido e após três anos haverá uma decisão definitiva sobre a causa. Isso significa que um Estado pode permanecer pelo menos mais 4 anos sem o dispositivo de saúde mental faltante ou funcionando de maneira inadequada após o ajuizamento da ação – dado que aponta a inadequação do provimento judicial se a demanda for urgente e sugere que mecanismos extrajudiciais devem ser buscados;

- d) quanto à fase processual, dos 74 acórdãos analisados, 62,1% estão na fase de apelação, ou seja, já possuem uma sentença definitiva, enquanto 36% estão tramitando com decisões provisórias. Isso representa que a maioria dos processos se encaminham para a fase de cumprimento de sentença. Ao chegar nessa fase, será possível analisar em outra pesquisa a taxa de efetividade da ação civil pública enquanto instrumento de implementação da política pública de saúde mental. Os dados disponíveis no momento indicam apenas que este caminho foi utilizado e permite conhecer a atuação dos atores na fase de processamento tal como foi realizado pela análise qualitativa, cujos resultados já foram demonstrados;
- e) quanto à qualidade argumentativa: este dado sugere a preferência do Tribunal por normas genéricas e abstratas, como a Constituição Federal, do que as normas específicas que tratam sobre o tema da Saúde Mental. Dentre estas, as mais utilizadas são as portarias regulamentadoras expedidas pelo Ministério da Saúde e a Lei Nacional. As leis Estaduais são raramente utilizadas para fundamentar as decisões, enquanto a jurisprudência é amplamente utilizada, tanto que em alguns casos outras fontes normativas sequer são mencionadas. Essa qualidade argumentativa corrobora com a análise realizada de desconhecimento da política, que culmina na inadequação da prestação judicial e;
- f) quanto ao ator responsável pela judicialização: 95,9% das ações foram ajuizadas pelo Ministério Público, que como principal ator precisa melhorar sua atuação estratégica. As associações aparecem com 2,7 % das ações propostas seguidas do índice de 1,3% relativo à Defensoria Pública.

A participação de associações é muito pequena comparada à narrativa de que a ação civil pública é um instrumento de participação popular. De toda forma, apesar de quase inexpressivas, as demandas propostas pelas associações vão contra o ideal da reforma psiquiátrica – dado interessante do ponto de vista de como os demais atores (além do

Judiciário e Ministério Público) internalizam a Reforma Psiquiátrica e utilizam os instrumentos jurídicos disponíveis (como vocalizador de demandas).

Os eixos I e II e suas respectivas intersecções revelam o caminho adotado para demonstrar de forma ampla e fluida as várias camadas, facetas e interfaces do direito em relação às políticas públicas de saúde mental, engendrado com o fim de definir o papel do direito nestas políticas. Por este caminho as normas, os atores, as atuações estratégicas, o papel da judicialização, os instrumentos jurídico-processuais, as inadequações, os ajustes, as potencialidades e limitações da dimensão jurídico-político da política pública de saúde mental foram evidenciadas.

Quanto ao papel do direito nas políticas públicas de saúde mental concluímos que ele é caminho, caminhada, processo, ponto de partida e de chegada sempre em movimento, afinal foi a prática **não-manicomial** que levou ao caminho normativo e não o contrário. O direito não é dado, é conquista não definitiva, é construção e reconstrução, interpretação e reinterpretação. É acordo, consenso, fruto da conciliação de visões de mundos inconciliáveis. É instrumento de luta, de institucionalização, de desmonte.

É judicialização. É limitado à compreensão do julgador, à moldura processual, à formulação de um pedido jurídico, ao tempo do processo, às leis que modelam a política e que autorizam seu questionamento judicial. É jogo processual. É narrativa, é fábula, é jogo de conhecimentos e convencimentos. É lugar de atuação político-institucional dotado de neutralidade, alheio à realidade social.

É pronunciamento de validação institucional da política pública. É indicativo de como a política é prestada, seus meandros e vicissitudes. É recorte da realidade: por meio da produção de provas, perícias, relatórios técnicos. O direito é atribuição de competências institucionais cujas obrigações e comprometimento transcendem a condenação judicial. Tem um tempo próprio diferente da realidade social.

É potência construtiva de arranjos político-institucionais, é instrumento de vocalização de demandas, é caixa de ferramentas. É ponto de fixação cuja estabilidade é temporária. O direito depende de um substrato teórico para existir e é ao mesmo tempo elemento de criação de tal substrato, é elemento e essência. Tem papel estruturante e é estruturado.

É institucionalizado em níveis diferentes por atores diferentes que o manipulam com objetivos diferentes. O papel exercido pelo direito é relacional, por isso a segurança política dada por ele, especialmente no âmbito das políticas públicas de saúde, é relativa e demanda constantemente respaldo e direcionamento social.

REFERÊNCIAS

ALONSO JR, Hamilton. A valorização probatória do inquérito civil e suas consequências processuais. *In: MILARÉ, Édís (coord.). Ação civil pública: Lei n. 7.347/1985 – 15 anos.* São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

ALMEIDA, João Batista de. Novos aspectos polêmicos da ação civil pública. *In: MILARÉ, Édís (coord.). Ação civil pública após 30 anos.* São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015. p

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.35, n.11, pp.1-6, out. 2019.

ALVIM, Arruda. Coisa julgada nas ações coletivas e identidade de causas entre ação civil pública e ação popular. *In: MILARÉ, Édís (coord.). Ação civil pública após 30 anos.* São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (coord.). **Autobiografia de um movimento: quatro décadas de Reforma Psiquiátrica no Brasil (1976-20 Lei Federal n. 10.216).** Rio de Janeiro, 2020. Relatório de Pesquisa do Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, pp. 456-468, fev. 2008.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n. 3.657, de 1989.** Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Diário do Congresso Nacional da República Federativa do Brasil, Brasília, 29 set. 1989, Seção I, p. 10696-10697. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30>. Acesso em 20.ago.2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n. 3657-1989.** Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília, 1991. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>.

BRASIL. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios:** orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, 2015a. 44p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental – “Cuidar sim, excluir não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social.”:** Relatório Final. Brasília, 2002. 213p.

BRASIL. **Decreto Legislativo n. 24.559, de 3 de Julho de 1934.** Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Rio de Janeiro, 1934.

BRASIL. **Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm.

BRASIL. **I Conferência Nacional de Saúde Mental - 25 a 28 de junho de 1987:** Relatório Final. Brasília, 1988. 45p.

BRASIL. **II Conferência Nacional de Saúde Mental:** Relatório Final. Brasília, 1994. 36p.

BRASIL. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial:** Relatório final. Brasília, 2010a. 210p.

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, 6 de abril de 2001. Seção I, online.

BRASIL. **Lei n. 9.867, de 10 de novembro de 1999.** Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme específica. Brasília, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19867.htm

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Nova política nacional de saúde mental.** Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. 10 jul. 2019e. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/obid/nova-politica-nacional-de-saude-mental>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS.** Brasília, 2019a. 36p.

BRASIL. Poder Judiciário do Estado do Paraná. 4ª Câmara Cível – PROJUDI. **Acórdão: 0002156-80.2016.8.16.0162.** Apelante(s): Município de Sertanópolis/PR, Serviço Municipal de Saúde e Ministério Público - Promotoria de Justiça de Sertanópolis. Apelado(s): Município de Sertanópolis/PR, Serviço Municipal de Saúde e Ministério Público. Relator(a): Astrid Maranhão de Carvalho Ruthes. Órgão Julgador: 4ª Câmara Cível. Comarca: Sertanópolis. 14/03/2019. Data da Publicação: 20/03/2019c.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília, 2004. 86p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

BRASIL. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. **Agravo de Instrumento n. 1.0317.09.117569-3/001.** Numeração 0135653. Agravante(s): Município Itabira. Agravado: Ministério Público Estado Minas Gerais. Relator: Des.(a) Heloisa Combat. Data do Julgamento: 24/06/2010. Data da Publicação: 09/07/2010. Publicado no DJe de 31.03.2011.

BRASIL. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. **Apelação Cível n. 1.0245.13.019455-9/002.** Comarca de Santa Luzia. Numeração 0194559. Apelante: Município Santa Luzia - Apelado: Ministério Público Do Estado De Minas Gerais - Litisconsorte: Associação Lar Cristão

Relator: Des.(a) Moreira Diniz. Relator do Acordão: Des.(a) Moreira Diniz. Data do Julgamento: 09/02/2017. Data da Publicação: 17/02/2017b.

BRASIL. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. **Apelação Cível n. 0003606-11.2010.8.24.0012**. Apelantes: Sociedade Franco Brasileira - Hospital Maicé e outro e Apelados: União das Associações de Moradores de Caçador e outro. Caçador. Relator: Des. Paulo Henrique Moritz Martins da Silva. Primeira Câmara de Direito Público. Data de Julgamento: 11/04/2017a.

BRASIL. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. **Remessa Necessária Cível n. 0900050-32.2013.8.24.0024**. 5º Câmara de Direito Público. Fraiburgo. Autor: Ministério Público do Estado de Santa Catarina e Réu: Município de Fraiburgo. Relatora: Desembargadora Denise de Souza Luiz Francoski, Data do Julgamento: 14/02/2019d.

BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo: **Apelação n. 0002809-32.2015.8.26.0294**. Apelante Prefeitura Municipal de Cajati. Apelado Ministério Público do Estado de São Paulo. Relator: Fernão Borba Franco. Comarca de Jacupiranga. 7ª Câmara de Direito Público. Data de Julgamento: 26/02/2018c.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. 1ª Turma Cível. **Apelação n. 20100110672034APC (0027365-11.2010.8.07.0001)**. Apelante: Distrito Federal. Apelado: Ministério Público do Distrito Federal e Territórios Relator: Desembargador Teófilo Caetano. Data de Publicação: 20/05/2015e.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Espírito Santo. **Agravo de Instrumento n. 00184955620178080048**. Agvte. Associação de Moradores de Portal de Manguinhos Agvdo. Município de Serra. Relator: Arthur José Neiva de Almeida, Data de Julgamento: 10/09/2018, Quarta Câmara Cível, Data de Publicação: 18/09/2018a.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Espírito Santo. **Remessa Necessária Cível n. 0001656-32.2015.8.08.0013** - Castelo - 1ª Vara. Parte: Ministério Público Estadual. Parte: Município de Castelo. Relator: Desemb. Fernando Estevam Bravin Ruy. Data do Julgamento: 27/03/2018f.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso do Sul. 4ª Câmara Cível. **Apelação n. 0801369-92.2014.8.12.0002**. Dourados. Apelante: Ministério Público do Estado de Mato Grosso do Sul. Apelado: Município de Dourados. Relator: Exmo. Sr. Des. Odemilson Roberto Castro Fassa. Data do Julgamento: 2/09/2015d.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. 2ª Câmara de Direito Público. **Remessa Necessária n. 1006462-98.2017.8.26.0053**. Apelante Estado de São Paulo e Recorrente Juízo Ex Officio, Apelado Ministério Público do Est. de SP. Relator: Carlos von Adamek. Comarca de São Paulo. Data de Julgamento: 28/02/2019b.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Agravo de Instrumento n. 2001347-15.2015.8.26.0000**, da Comarca de Catanduva. Agravante: Prefeitura Municipal de

Catanduva. Agravado: Ministério Público do Estado de São Paulo. Data de Julgamento: 12/05/2015b.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Câmara Especial. **Apelação n. 0014278-83.2012.8.26.0196**, da Comarca de Franca. Apelantes: Município de Franca e Fazenda do Estado de São Paulo. Apelado: Promotor de Justiça Vara da Infância e Juventude de Franca. Relator(a): Camargo Aranha Filho. Data do Julgamento: 11/11/2013a.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe. **Acórdão n. 201818117**. Apelação Cível n. 201800803295. Apelante: Município de São Cristóvão. Apelado: Ministério Público do Estado de Sergipe. Relator: José dos Anjos Apelante Município de São Cristóvão. Data do Julgamento: 21/08/2018e.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Acre. Segunda Câmara Cível. Antecipação de Tutela/Tutela Específica. **Agravo de Instrumento n. 1000275-06.2015.8.01.0000**. Sena Madureira. Agravante: Estado do Acre. Agravado: Ministério Público do Estado do Acre. Relator: Des. Júnior Alberto, J. 06/05/2015c.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão. **Apelação Cível n. 036425/2017 (0000516-15.2012.8.10.0044)** - Imperatriz/MA. Apelante: Município de Imperatriz. Apelado: Ministério Público do Estado do Maranhão. Relator: Des. Cleones Carvalho Cunha. Data do Julgamento: 08/11/2018d.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Pará. Juízo de Direito da 4ª Vara Cível da Comarca de Ananindeua. **Reexame Necessário n. 2012.3.025228-5**. Sentenciada: Maria de Nazaré Dos Santos. Sentenciado: Marcus Vinicius dos Santos Aquino. Relatora: Desa. Luzia Nadja Guimarães Nascimento: Data do Julgamento: 05/09/2013b.

BRASIL. Tribunal de Justiça São Paulo. **Agravo de Instrumento n. 2173282-21.2018.8.26.0000**. Comarca de Franca, 10ª Câmara de Direito Público. Agravante Município de Franca, Agravado Ministério Público do Estado de São Paulo. Relator: Marcelo Semer. Data de Julgamento: 17/09/2018. Data de Publicação: 19/09/2018b.

BURLE FILHO, José Emmanuel. Principais aspectos do inquérito civil, como função institucional do Ministério Público. *In*: MILARÉ, Édís (coord.). **Ação civil pública: Lei n. 7.347/85 –Reminiscência e reflexões após dez anos de aplicação**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.

BURLE FILHO, José Emmanuel. Ação civil pública. Instrumento de educação democrática. *In*: MILARÉ, Édís (coord.). **Ação civil pública: Lei n. 7.347/1985 – 15 anos**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. Estudos sobre formação da agenda de políticas públicas: um panorama das pesquisas no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.54, n.6, pp. 1498-1512, dez. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM; ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA – AMB. **Resolução CFM n. 2.068/2013**. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM n. 2.005/12, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Brasília, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Recomendação n. 001, de 31 de janeiro de 2018**. Pleno do Conselho Nacional de Saúde, em sua Trecentésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 30 e 31 de janeiro de 2018. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2018/Reco001.pdf>.

COUTINHO, Diogo Rosenthal. O Direito nas Políticas Públicas. *In*: MARQUES, Eduardo e FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. (Orgs.). **A política pública como campo multidisciplinar**. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A importância da formalização da política para a garantia do direito à saúde do doente mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, pp. 4596-4598, Dez. 2011.

DAWALIBI, Marcelo. Ação civil pública, escolhas políticas e litigiosidade. *In*: MILARÉ, Édís (coord.). **A Ação Civil Pública após 25 anos**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **As razões da tutela**: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trab. Educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, *online*, maio 2019.

FELDMANN, Fábio. Ação civil pública: fator de mobilização social. *In*: MILARÉ, Édís (Coord.). **Ação civil pública**: Lei n. 7.347/85 – Reminiscência e reflexões após dez anos de aplicação. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.

FERRAZ, Antonio Augusto Mello de Camargo. Inquérito civil: dez anos de um instrumento de cidadania. *In*: MILARÉ, Édís (Coord.). **Ação civil pública**: Lei n. 7.347/85 – Reminiscência e reflexões após dez anos de aplicação. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.

FERRAZ, Antonio Augusto Mello de Camargo. Ação civil pública, inquérito civil e Ministério Público. *In*: MILARÉ, Édís (coord.). **Ação civil pública**: Lei n. 7.347/1985 – 15 anos. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001..

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. Ação civil pública e os dilemas do Ministério Público agente político. *In*: MILARÉ, Édís (coord.). **A Ação Civil Pública após 25 anos**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

FERRAZ, Sergio. Provimentos antecipatórios na ação civil pública. *In: MILARÉ, Édís (coord.). **Ação civil pública: Lei n. 7.347/85 – Reminiscência e reflexões após dez anos de aplicação.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.*

FIGUEIREDO, Lucia Valle. Ação civil pública – Considerações sobre a discricionariedade na outorga e no pedido de suspensão da liminar, na concessão de efeito suspensivo aos recursos e na tutela antecipatória. *In: MILARÉ, Édís (coord.). **Ação civil pública: Lei n. 7.347/85 – Reminiscência e reflexões após dez anos de aplicação.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.*

FIOCRUZ, Fundação Calouste Gulbenkian. **Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final.** Rio de Janeiro, 2015. 90 p. (mais anexo, 4p.)

FIORILLO, Celso Antônio Pacheco. A ação civil pública e a defesa dos direitos constitucionais difusos. *In: MILARÉ, Édís (Coord.). **Ação civil pública: Lei n. 7.347/85 – Reminiscência e reflexões após dez anos de aplicação.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.*

FLEURY FILHO, Luiz Antônio. Lei n. 7.347/85: Um depoimento. *In: MILARÉ, Édís (Coord.). **Ação civil pública: Lei n. 7.347/85 – Reminiscência e reflexões após dez anos de aplicação.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.*

FONTES, Paulo Gustavo Guedes. A ação civil pública e o princípio da separação dos poderes: estudo analítico de suas possibilidades e limites. *In: MILARÉ, Édís (coord.). **A Ação civil pública após 20 anos: efetividade e desafios.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.*

FRONTINI, Paulo Salvador. Ação civil pública e a separação dos Poderes do Estado. *In: MILARÉ, Édís (coord.). **Ação civil pública: Lei n. 7.347/1985 – 15 anos.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.*

GONÇALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev. Saúde Pública**, v.46, n.1, pp.51-58, dez.2012.

GAVRONSKI, Alexandre Amaral. A tutela coletiva do século XXI e sua inserção no paradigma jurídico emergente. *In: MILARÉ, Édís (coord.). **A Ação Civil Pública após 25 anos.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.*

KUHN, Thomas. **A estrutura das revoluções científicas.** São Paulo: Perspectiva, 1996.

LASCOUMES, Pierre; LE GALÈS, Patrick. A ação pública abordada pelos seus instrumentos. **Revista Pós Ciências Sociais**, [s.l.], v. 9, n. 18, p.19-44, 2012.

LEONEL, Ricardo de Barros. Novos desafios do Ministério Público na tutela coletiva. *In: MILARÉ, Édís (coord.). A Ação Civil Pública após 25 anos.* São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

MACEDO JUNIOR, Ronaldo Porto. Ação civil pública, o direito social e os princípios. *In: MILARÉ, Édís (coord.). A Ação civil pública após 20 anos: efetividade e desafios.* São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

MANCUSO, Rodolfo de Camargo. Sobre a legitimação do Ministério Público em matéria de interesses individuais homogêneos. *In: MILARÉ, Édís (coord.). Ação civil pública: Lei n. 7.347/85 –Reminiscência e reflexões após dez anos de aplicação.* São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.

MANCUSO, Rodolfo de Camargo. A ação civil pública como instrumento de controle judicial das chamadas políticas públicas. *In: MILARÉ, Édís (coord.). Ação civil pública: Lei n. 7.347/1985 – 15 anos.* São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

MASSA-ARZABE, Patrícia Helena. Dimensão jurídica das políticas públicas. *In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico.* São Paulo: Saraiva, 2006.

MAZZILLI, Hugo Nigro. Pontos convertidos sobre o inquérito civil. *In: MILARÉ, Édís (coord.). Ação civil pública: Lei n. 7.347/1985 – 15 anos.* São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

MAZZILLI, Hugo Nigro. A defesa coletiva de grupos raciais, étnicos e religiosos. *In: MILARÉ, Édís (coord.). Ação civil pública após 30 anos.* São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015.

MILARÉ, Édís. Apresentação. *In: MILARÉ, Édís (coord.). Ação civil pública: Lei n. 7.347/1985 – 15 anos.* São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000.** Diário Oficial da União. Brasília, 11 de fev. 2000. N. 39-E, Seção I, p. 23.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004.** 5 ed. ampliada, Brasília, 2004.

MORAES, Voltaire de Lima. Ação civil pública. *In: MILARÉ, Édís (coord.). Ação civil pública: Lei n. 7.347/85 –Reminiscência e reflexões após dez anos de aplicação.* São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.

NERY JUNIOR, Nelson. O Ministério Público e as ações coletivas. *In: MILARÉ, Édís (coord.). Ação civil pública: Lei n. 7.347/85 –Reminiscência e reflexões após dez anos de aplicação.* São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **A proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental.** n. A/ 46/ 49, 1991.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **Declaração de Caracas.** Venezuela, 1990.

PERREIRA, Rosemary Corrêa. **Políticas de Saúde Mental no Brasil:** o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01). 2004, 245 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

REQUIÃO, Maurício. Estatuto da pessoa com deficiência altera regime civil das incapacidades. **Revista eletrônica [do] Tribunal Regional do Trabalho da 9ª Região,** Curitiba, v. 5, n. 46, pp. 28-33, nov. 2015.

ROTELLI, Franco. Desinstitucionalização, uma outra via. *In:* ROTELLI, Franco.; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. (Orgs.). **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 2001.

SARNEY, José. Prefácio. *In:* MILARÉ, Édís (Coord.). **Ação civil pública:** Lei n. 7.347/85 – Reminiscência e reflexões após dez anos de aplicação. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.

SMANIO, Gianpaolo Poggio. Os 30 anos da ação civil pública: instrumento de efetivação dos direitos da cidadania no Brasil. *In:* MILARÉ, Édís (coord.). **Ação civil pública após 30 anos.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015.

SOUZA, Motaury Ciocchetti de. Justiciabilidade dos direitos sociais, discricionariedade administrativa e a ação civil pública enquanto garantia fundamental. *In:* MILARÉ, Édís (coord.). **Ação civil pública após 30 anos.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015.

SOUZA, Iara Antunes; SILVA, Michelle Danielle Cândida. Capacidade civil, interdição e curatela: As implicações jurídicas da Lei n. 13.146/2015 para a pessoa com deficiência mental. **Revista da Faculdade de Direito da UFRGS,** Porto Alegre, n.37, pp.291-310, dez. 2017.

SUREL, Yves. **Las políticas públicas como paradigmas.** traducción de Javier Sánchez Segura, tradução do original em francês Les politiques publiques comme paradigmes, tomado de Alain Faure, Gilles Pollet y Philippe Warin. (1995). La construction du sens dans les politiques publiques. Débats autor de la notion de référentiel, (pp 125-151) Colección Logiques Politiques, Paris: L'Harmattan. Traducción autorizada, por éditions l'Harmattan para ser publicada en Estudios Políticos, mediante comunicación de febrero 19 de 2008.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciência, Saúde,** Rio de Janeiro, v.9, n. 1, pp.25-59, jan/abr. 2002.

VIEIRA, Fernando Grella. A transação na esfera da tutela dos interesses difusos e coletivos: compromisso de ajustamento de conduta. *In*: MILARÉ, Édís (coord.). **Ação civil pública: Lei n. 7.347/1985 – 15 anos**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

WATANABE, Kazuo. Apontamentos sobre: “Tutela jurisdicional dos interesses difusos – (Necessidade de processo dotado de efetividade e de aperfeiçoamento permanente dos juízes e apoio dos órgãos superiores da Justiça em termos da infra-estrutura material e pessoal)”. *In*: MILARÉ, Édís (coord.). **Ação civil pública: Lei n. 7.347/85 – Reminiscência e reflexões após dez anos de aplicação**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.

YOSHIDA, Consuelo Yatsuda Moromizato. Ação civil pública: aspectos evolutivos e tendências. Protagonismo, integração e gestão participativa dos conflitos. Legitimidade e efetividade do processo decisório. *In*: MILARÉ, Édís (coord.). **A Ação Civil Pública após 25 anos**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

APÊNDICE

Apêndice A – O Paradigma Hospitalocêntrico (1841 a 1934)

1841	<p>Decreto Imperial de 18 de julho Funda Hospital destinado privativamente ao tratamento de alienados – Hospício de Pedro Segundo</p>
1852	<p>Decreto Imperial 4 de dezembro Aprova e manda executar os Estatutos do Hospício</p>
1890	<p>Decreto Imperial 11 de janeiro Desanexa o hospital da Santa Casa de Misericórdia o Hospício, que passa ser chamado de Hospício Nacional de Alienados.</p>
1903	<p>Decreto n. 2232 de 22 de dezembro Reorganiza a assistência a alienados: faz do hospício o único lugar apto a receber loucos, subordina sua internação ao parecer médico, estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, determina a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio, regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hospício, subordina a fundação de estabelecimentos para alienados à autorização do Ministro do Interior ou dos presidentes ou governadores dos estados, cria uma comissão inspetora de todos os estabelecimentos de alienados.</p>
1921	<p>Decreto n. 14.831 - de 25 de maio Criação Manicômios Judiciários: a Periculosidade inerente aos loucos- interface entre o louco e o sistema penal e, conseqüentemente, entre justiça e psiquiatria – demandava um local específico para tratamento do louco infrator. O Manicômio Judiciário se destinava a internação dos condenados que apresentarem sintomas de loucura; ou quando exigir a segurança pública.</p>
1927	<p>Decreto 5184-A de 10 de janeiro Reorganiza a Assistência a Psychopathas no Distrito Federal: Diferencia o louco-alienado do louco-psicopata. Reforça o poder psiquiátrico representado pelas perícias médicas. Quanto a incapacidade, inova ao instituir a figura da administração provisória de bens com a conseqüente incapacidade civil do doente mental.</p>
1934	<p>Decreto 24.559 de 3 de julho A lei tem por finalidade proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal, dá amparo médico e social aos predispostos a doenças mentais como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos, concorrer para a realização da higiene psíquica e da profilaxia das psicopatias em geral (BRASIL, 1934, <i>online</i>). Garante aos psicopatas novo exame médico e inviolabilidade de correspondência. A forma de tratamento era hospitalar e o laudo médico origina o <i>status</i> do louco. A internação nesse modelo repercute diretamente na vida civil (marca da incapacidade): após a perícia o internado/paciente seria declarado como absolutamente ou relativamente incapaz para exercer os atos da vida civil.</p>

Fonte: Elaborado pela autora

Apêndice B- 1ª Fase do Modelo Psicossocial (1986 a 1989)

1986	<p>OITAVA CONFERÊNCIA DE SAÚDE Início da reforma sanitária; propõe a revisão legislativa que diz respeito à proteção, recuperação e promoção da saúde; reformula o conceito de saúde que passa a ser entendido como “o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, transporte, trabalho, emprego lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”.</p>
1987	<p>II Congresso Nacional do MTSM - Congresso de Bauru Surgimento do Movimento Social por uma Sociedade Sem Manicômios que passa a agregar pacientes (que serão chamados de usuários do serviço), seus familiares, e outros ativistas e militantes de movimentos sociais diversos e abrange o objetivo do movimento a mudanças na sociedade quanto a forma de pensar a loucura, o transtorno mental, a diversidade e a diferença (AMARANTE, 2020, p. 49)</p>
1987	<p>Implementação do CAPS Luís Cerqueira Primeiro dispositivo assistencial: estrutura intermediária ente o hospital e a comunidade, que oferece às pessoas com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária, de cunho desburocratizante e de caráter multiprofissional.</p>
1987	<p>I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL O Relatório Final proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos, além do credenciamento e instalação de novos leitos psiquiátricos. Prevê a redução progressiva destes e sua substituição por leitos em hospitais gerais públicos ou serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica. Incumbe ao poder público a responsabilidade pela fiscalização do cumprimento dos direitos do doente mental. Estabelece a criação de um programa de recuperação da população internada cronicada, partindo-se para a criação de espaços de habitação co-geridas e integradas aos serviços extra-hospitalares de saúde mental. Sugere à constituinte a condição de cidadania plena ao indivíduo considerado doente mental. Busca a revisão da legislação ordinária em vigor – no Direito Civil, Sanitário, Trabalhista, Previdenciário, Penal – e, especificamente, o Decreto n. 24.559 de 3 de julho de 1934. Afirma que a internação psiquiátrica deve ser regulamentada em lei onde estejam estabelecidos os direitos do paciente internado. Quanto a internação, não deverá ser ato obrigatório do tratamento psiquiátrico. Devem ser estabelecidos critérios para a internação, envolvendo, neste ato, a defensoria pública, comissões multiprofissionais e a participação de setores organizados da comunidade, com definições claras quanto o caráter da internação e o seu tempo de duração, revisado periodicamente.</p>
1989	<p>NÚCLEO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - NAPS/ SANTOS Os NAPS tinham como objetivo a desconstrução do manicômio, produzindo um novo projeto em saúde Mental numa instituição que não segregue, não exclua e não cronifique. Consiste em elaborar uma nova ética de trabalho: visa superar a lógica de assistência para a lógica de produção de saúde. É a primeira experiência de uma rede substitutiva: foram criados 5 NAPS, abertos 24 horas, distribuídos por critérios de regionalização, vinculado a um serviço de emergência psiquiátrica no hospital geral, com rádio e TV comunitária, planos terapêuticos e uma residência para ex-internos do hospital psiquiátrico, associado a uma Cooperativa de trabalho para geração de renda para os usuários. Foi a partir dessa experiência bem-sucedida que se percebeu ser possível o cuidado em saúde mental fora da estrutura hospitalar.</p>
1989	<p>Projeto de Lei n. 3.657/89 - PAULO DELGADO Proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação de novos leitos. Prevê que essa redução deveria ser feita de forma gradual nas regiões onde não houver estrutura ambulatorial adequada. Incumbe às administrações regionais a instalação e funcionamento de recursos não-manicomiais de atendimento, tendo o prazo de um ano para apresentar as comissões de saúde o planejamento e cronograma da implantação dos novos recursos técnicos de atendimento. Define a internação compulsória (sem desejo expresso do paciente na internação) e estabelece que internação compulsória deveria ser informada à preferencialmente a Defensoria Pública, ou a outra autoridade judiciária, em um prazo de 24 horas, que emitirá</p>

parecer após oitiva do paciente, médicos, equipe técnica e familiares, sobre a legalidade do ato. Incumbe à Defensoria Pública a realização de auditorias nos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Fonte: Elaborado pela autora

Apêndice C- 2ª Fase do Paradigma Psicossocial (1990 a 2000)

1990	<p>Declaração de Caracas Determina a reestruturação da assistência psiquiátrica a partir da revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação dos serviços. Indica que o tratamento deve salvaguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis, propiciando a permanência do enfermo em seu meio comunitário. Diante disso, sugere que as legislações dos países sejam ajustadas para assegurar o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais, com promoção aos serviços comunitários e capacitação dos recursos humanos em saúde mental para a atuação em tais serviços e que a internação psiquiátrica seja realizada em hospitais gerais.</p>
1991	<p>Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental Este documento descreve as liberdades fundamentais e direitos básicos das pessoas acometidas de transtorno mental, tais como, o direito à melhor assistência disponível à saúde mental, ser tratado com humanidade e ter sua dignidade respeitada. Declara que eles têm direito de exercer todos os direitos políticos, econômicos, sociais e culturais. Estabelece critérios para a perda da capacidade civil. Reforça o direito de viver e trabalhar em comunidade. Estabelece que, quando o tratamento for realizado em um estabelecimento de saúde mental, o usuário terá o direito sempre que possível de ser tratado próximo à sua residência, ou a de parentes e amigos e terá o direito de retornar à comunidade o mais breve possível. Este tratamento deve ser o menos restritivo e invasivo possível, com plano individualizado e direcionado à preservação e aumento de sua autonomia pessoa. Além disso define parâmetros para a admissão voluntária e involuntária em estabelecimento de saúde mental, dispõe sobre as interfaces entre saúde mental e delitos e finaliza com o direito de acesso à informação (ONU, 1991).</p>
1991	<p>REGULAMENTAÇÃO CAPS/NAPS PORTARIAS 189 e 224 Respectivamente, aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental e incluem e regulamentam o NAPS/CAPS como dispositivo de cuidado em saúde mental.</p> <p>189 “normatizava grupos de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) possibilitando o custeio de ações e serviços alternativos (P.459). “6. A principal modificação trazida por essa portaria diz respeito ao financiamento de novos dispositivos de cuidado em saúde mental.</p>
1991	<p>1ª Rodada de Debates PL Paulo Delgado no Senado</p>
1992	<p>II Conferência Nacional de Saúde Mental Estabelece que a atenção integral deve abranger uma rede de serviços com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico. Essa rede deverá contar com leitos de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto socorro, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24h, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão. Com objetivo desospitalizar haveria a intensificação dos programas públicos de lares abrigados e pensões protegidas, “os quais deverão ser criados fora dos muros do hospital psiquiátrico, junto aos bairros, com a garantia de assessoria técnica por parte do setor público de saúde. No que diz respeito à cidadania, as primeiras modificações sugeridas são para substituir a terminologia “legislação psiquiátrica” por “Legislação em saúde mental” que amplia o conceito de cidadania que passa a abarcar a subjetividade, o direito a vivenciar suas crises e que estas não sejam abordadas por métodos coercitivos. Estimula a formação e a aprovação de uma nova legislação em saúde mental, capaz de dar conta, a e através de instrumentos legais diferenciados, dos vários aspectos implicados na</p>

questão, quais sejam: reestruturação da assistência, direitos civis, código penal e direitos do usuário.

Recomenda a) a revogação do Decreto n. 24.559 de 3 de julho de 1934; b) a incorporação dos “Princípios para a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental (BRASIL, 2019e)”, da ONU, aprovados em 17/12/1991; c) o apoio à elaboração de projetos de lei estaduais; o envolvimento do MP/ DP nas questões referentes à saúde mental; d) a aprovação de dispositivos legais que garantam a cidadania do doente mental e proíbam o uso de práticas violentas, tais como camisa de força, ECT (eletrochoque), medicação em excesso e psicocirurgia.

1993 a 1994 **Portaria SAS n. 63/93, Portaria SAS n. 145/94** que são responsáveis por criar grupos de avaliação nas três esferas de governo, e possibilitar a inspeção de unidades do SIA ou do SIH, priorizando os hospitais, que são selecionados via denúncias, solicitações ou sorteio, além de atribuir atividades de elaboração de formulário de indicadores e de relatórios, e aplicação das sanções previstas. Enquanto a Portaria **SAS n.º. 22/94** versa sobre a regulamentação das internações

1995 **2ª Rodada de Debates no Senado**

1996 **Portaria SAS n. 119/96** -- Autorização de Internação Hospitalar (AIH) - Visa à regulamentação da sistemática de pagamento de AIH, determinando sobre duração de internação e prazos.

1992 a 1996 **Elaboração de Leis Estaduais**

1996 novo Ministro da Saúde passa a comandar a pasta. Este novo Ministro efetua mudanças na estrutura do Ministério da Saúde alocando a coordenação nacional de saúde mental na nova Secretaria de Políticas de Saúde cujo caráter consultivo, estanca o poder de articulação interno e externo existente na coordenadoria. Apesar disso, a coordenação se manteve sob o comando de um militante da reforma psiquiátrica o que permitiu a manutenção da coerência interna da política.

1998 **3ª Rodada de Debates no Senado**

1999 Portaria **GM n. 1.077/99** que implanta o Programa para Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental e constitui um grupo técnico-assessor para avaliar o impacto na reestruturação do modelo de atenção.

Lei n. 9.867/99, que cria as Cooperativas Sociais: permite a associação na forma cooperada com regulamentação de instalação, jornada e horários próprios om o objetivo de aumentar-lhes a produtividade e a independência econômica e social, de pessoas institucionalizadas.

2000 **Portaria n. 106/00 e Portaria GM n. 1.220/00** que, respectivamente, cria os Serviços Residenciais Terapêuticos e faz a inclusão na tabela SIA do Serviço Residencial Terapêutico e do código para cuidador em saúde.

Fonte: Elaborado pela autora

Apêndice D - A Normalização do Paradigma Psicossocial (2001 a 2015)

A NORMALIZAÇÃO DO PARADIGMA PSICOSSOCIAL (2001 a 2015)	
2001	Aprovação da Lei n. 10.216 - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
2002	Portaria GM n. 336 de 19 de fevereiro 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
2002	III CONFERÊNCIA NACIONAL EM SAÚDE MENTAL -Reafirma a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a necessidade de garantir, nas três esferas de governo, que as políticas de saúde mental sigam os princípios do SUS de atenção integral, acesso universal gratuito, equidade, participação e controle social; exige respeito as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das Leis Federal e Estadual; e priorizem a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Busca a reorientação do modelo assistencial - pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde. Declara que a efetivação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Visa garantir que até 2004, sejam extintos todos os leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil, consolidando o projeto de uma “Sociedade sem Manicômios”, com a estruturação de uma rede substitutiva de atenção integral à saúde do usuário e com o desenvolvimento de uma estratégia ampla de discussão sobre a inclusão da loucura na sociedade. Requer a abolição do eletrochoque, por ser considerado prática de punição, de suplício e de desrespeito aos direitos humanos. - Exige a reanálise da Portaria SNAS n. 224/92, para readequá-la à realidade atual, no que diz respeito ao número de leitos e de equipes mínimas. Consequentemente, deve-se repensar o perfil dos serviços prestados pelos CAPS existentes no sentido de que eles não se tornem um modelo reprodutor da exclusão. Declara que os CAPS devem promover, efetivamente, a diminuição do número de internações. Para isso é necessário criar CAPS em municípios que possuam equipe mínima atuante e que desenvolvam atendimento com abrangência regional. Desenvolver serviços substitutivos de atenção diária, adequados à abrangência populacional de municípios de menor porte, flexibilizando os atuais critérios normativos vigentes. Garantir que o MS não padronize a criação de serviços substitutivos apenas a partir do número de habitantes nos municípios, repesando a proposta de CAPS simplificado.
2002	Vigência do novo Código Civil - supressão da expressão “loucos de todo gênero” no texto do Código Civil de 2002, substituída por termos como “enfermidade ou deficiência mental” e “excepcionais sem desenvolvimento completo”
2003	Programa de Volta pra Casa - regulamentado pela Lei n. 10.708, de 31.07.2003 e pelas Portaria n. 2.077/GM, e Portaria n. 2.078/GM, ambas de 31.10.2003, inaugura um programa de transferência de renda à população institucionalizada. 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.

- 2010 IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL Propõe implantar, implementar, ampliar, consolidar, e fortalecer a rede de serviços substitutivos em saúde mental, em todo país, com prioridade para as regiões com vazios assistenciais, garantindo acesso, acolhimento e tratamento de toda a população, em todos os níveis de assistência: equipe de saúde mental na atenção básica, CAPS (I, II, III, ad e i), centros de convivência, residências terapêuticas, emergências psiquiátricas e leitos para saúde mental em hospitais gerais; requer a garantia dos avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica independentemente de quaisquer mudanças que ocorram no Executivo.
Entende os CAPS como **dispositivo estratégico da reforma psiquiátrica. Por isso sugere alterações para acelerar a implantação de CAPS para elevar a cobertura assistencial em todos os estados, respeitando o disposto na Lei n. 10.216/01 bem como os demais dispositivos normativos e critérios já existentes.** Mudanças na normatização proposta na portaria GM 336/2002, devem ocorrer de forma a ampliar as possibilidades para implantação de CAPS, conforme as especificidades e necessidades regionais e/ou populacionais, considerando, como critério, os fatores epidemiológicos e sociais em saúde mental, e não apenas o índice populacional; revendo a proposta para composição das equipes mínimas; priorizando e definindo critérios para a atuação no território. Para realizar esse conjunto de objetivos, indica-se, também, a revisão de normativas, e a necessidade de garantir condições de trabalho, assim como financiamento para a implantação e manutenção dos CAPS, e para a expansão da rede de serviços substitutivos.
- 2011 **Portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011**
Reorganiza e redesenha a 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.
- 2015 Lei n. 13.146, conhecida como a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Modifica a teoria das incapacidades do Código Civil. A principal modificação é estabelecer como regra a capacidade civil dos portadores de transtorno mental, garantindo o direito ao exercício da capacidade legal em igualdade de condição com as demais pessoas. Consequentemente, há mudanças substanciais nos institutos da interdição e curatela, além da inclusão da tomada de decisão apoiada.
- 2015 **Avaliação da implementação da Política Pública de Saúde Mental**

Fonte: Elaborada pela autora

Apêndice E – Período de Crise (2016 a 2019)

2016	<p>Início do processo de contrarreforma: nomeação para a pasta de saúde mental o ex-dirigente de um dos maiores manicômios privados nacionais. Ele é exonerado após ocupação do MS por militantes da Reforma Psiquiátrica.</p>
2017	<p>Resolução CIT n. 32/2017 Reinsere os Hospitais Psiquiátricos na Raps como ponto de atenção; - Reajusta o valor das diárias especializadas - internações de até 90 dias e superiores a 90 dias - Veda a ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, reafirmando o modelo assistencial de base comunitária. - Amplia a oferta de leitos hospitalares qualificados (o hospital psiquiátrico é considerado um hospital especializado). Portaria GM/MS n. 3588 de 21 de dezembro de 2017 - Inclusão do hospital psiquiátrico na Rede de atenção Psicossocial (RAPS); - O aumento do valor da diária de internação em hospitais psiquiátricos, cujo reajuste foi efetuado novamente pela Portaria GM/MS n. 2434 de 15 de agosto de 2018; - O não fechamento do leito com a desinstitucionalização do paciente cronicado ferindo o disposto nas portarias 106/2000, 3090/2011 e 2840/2014; - O aumento do número de leitos psiquiátricos em hospital geral de 15% para 20%; - O aumento do número mínimo de 4 para 8 leitos de saúde mental em hospital geral para recebimento de custeio; - Exigência de taxa de ocupação de 80% em leitos de saúde mental em hospital geral, como condicionante para recebimento de recursos de custeio; - Retorno de serviços obsoletos, como as unidades ambulatoriais especializadas, quando as equipes do NASF, Saúde da Família e do CAPS poderiam ser incrementadas e ampliadas para atender a esta demanda.</p>
2018	<p>Recomendação n. 1 de 31 de janeiro de 2018 - Inclusão do hospital psiquiátrico na Rede de atenção Psicossocial (RAPS); - O aumento do valor da diária de internação em hospitais psiquiátricos, cujo reajuste foi efetuado novamente pela Portaria GM/MS n. 2434 de 15 de agosto de 2018; - O não fechamento do leito com a desinstitucionalização do paciente cronicado ferindo o disposto nas portarias 106/2000, 3090/2011 e 2840/2014; - O aumento do número de leitos psiquiátricos em hospital geral de 15% para 20%; - O aumento do número mínimo de 4 para 8 leitos de saúde mental em hospital geral para recebimento de custeio; - Exigência de taxa de ocupação de 80% em leitos de saúde mental em hospital geral, como condicionante para recebimento de recursos de custeio; - Retorno de serviços obsoletos, como as unidades ambulatoriais especializadas, quando as equipes do NASF, Saúde da Família e do CAPS poderiam ser incrementadas e ampliadas para atender a esta demanda.</p>
2019	<p>Nota Técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental.</p>

Fonte: Elaborada pela autora

Apêndice F - Tabela: Análise Quantitativa da Região Norte

UF	Fase processual, n. do processo e ano de julgamento	Demanda	Normas de Referência	Decisão
AC	2012/2017 Apl n. 0001707-49.2012.8.01.0011	Implementação caps i e srt (município)	Decreto Lei n. 7508/2011 Portarias 3088/11, 336/2002	Implementar CAPS no município – fato incontroverso: confirma a sentença, mantendo a condenação, mas amplia o prazo para cumprimento.
	2015/2015 AGI n. 1000275-06.2015.8.01.0000	Implementação caps i ad	Portaria 336/02, Lei n. 10.216 (art. 3º), art 2º CF/88	Juiz <i>a quo</i> deferiu a liminar, tribunal reforma sob a justificativa de irreversibilidade da decisão
AL	2014/2015 AGI n. 0800842-44.2014.8.02.0900	Fornecimento de insumos ao caps	CF/88 197	Defere o pedido apenas para dilatar o prazo para sua consecução; mantém a execução.
AM	2012/2014 APL n. 0003558-96.2012.8.03.0002,	Instalação caps i	Segredo de justiça	Extinção prematura do processo sem exame de mérito
MA	2004/2017 APL n. 0102649-19.2004.8.04.0001	Reforma do sistema de atendimento dos pacientes diagnosticados com transtornos mentais	Sem acesso ao inteiro teor	Pretensão juridicamente impossível – há limitação da pretensão jurisdicional de políticas públicas quando não se configura a omissão do ente público responsável
	2013/2017 APL n. 0604901-20.2013.8.04.0001	Modificações estruturais em centro de atenção psicossocial específico	Sem acesso ao inteiro teor	Pretensão juridicamente impossível – há limitação da pretensão jurisdicional de políticas públicas quando não se configura a omissão do ente público responsável

PA	2012/2013	Dever da municipalidade prestar assistência aos substituídos , através do Centro de Atenção Psicossocial, regulado pela Portaria	30, VII, 6º, 196 CF Portaria snas 224/94	Defere o pedido para que o tratamento ocorresse no CAPS
Quali	Rex ²⁷ 2012.3.025228-5			
Quali	2013/2014 Apl 2013.3029861-8	Verificação de irregularidades e má prestação de serviço aos usuários do centro de atenção psicossocial “casa mental do adulto” e centro de atenção psicossocial casa ad e diminuição da multa	196, ART 5º e 23 II da CF/88, Lei n. 10.216/01	Fica configurada a omissão do Município. O acórdão afasta a reserva do possível e legitima a atuação do judiciário o que afasta possível invasão dos poderes.
	2014/2018 AGI 2014.3.008879-5	Verificação de irregularidades e má prestação de serviço aos usuários do centro de atenção psicossocial	Jurisprudência	Mantem a sentença que manda executar, diminuir a multa

Fonte: Elaborada pela autora

²⁷ A sigla REX é uma abreviatura para Reexame Necessário. Todas as ações em que o Estado figura como réu a lei processual obriga a revisão pelo Tribunal independentemente da imposição de recursos entre as partes. Se por um lado essa medida confere maior segurança jurídica por revisar as decisões monocráticas dos juízes de primeira instância pelo órgão colegiado, por outro lado, leva-se um tempo maior para que a sentença transite em julgado, o que prolonga o tempo processual. Para fins de análise, REX e APL são consideradas em conjunto devidos aos seus efeitos processuais semelhantes.

Apêndice G - Tabela: Análise Quantitativa da Região Centro-Oeste

UF	Fase processual, n. do processo e ano de julgamento	Demanda	Principais normas de referência	Decisão
DF QUALI (confusão entre os conceitos da rp)	2010/2015 Apl n. 0027365-11.2010.8.07.0001	Implementação caps/srt	Lei n. 10.216; 975/95 Plano diretor de saúde mental 2007-2011	Defere o pedido de implementação
MT	2008/2011 Apl n. 0006117-26.2008.8.11.0040	Contratação equipe caps	Lei n. 10.216 336/02	Em casos especiais é permitida a ingerência do Poder Judiciário, notadamente no caso dos autos, que se trata de direito à saúde e assistência à deficientes mentais, de modo a proporcionar àqueles uma melhor qualidade de vida
	2015/2016 Apl e Rex n. 44085/2015	Irregularidades no CAPS	196 CF Lei n. 10.216, art 2, pu, incisos I e VIII, art 3º, portaria 336/2002, portaria 1077/99	Mantida a condenação para adequação do CAPS
	2014/2016 Apl 0006378-33.2014.8.11.0055	Adequações no caps existente	10216 336/02, 196 cf Portaria n. 1077/99, 341/2001	Procedente para providenciar o necessário para adequar o caps, em reexame necessário a sentença foi mantida (apesar de genérica)
MS Quali (riqueza de detalhes sobre o processo)	2014/2015 Apl n. 0801369-92.2014.8.12.0002	Implementação caps II	Lei n. 8080/90, 37 cf 10216; portaria 95/2001 Portaria n. 816/2002; Portaria n. 3088/2011	Defere o pedido de implementação
GO	2015/2019 Apl n. 0388742.43.2015.8.09.0076	Implementação caps II	196, 197,198 cf 10216 336/02	Indefere o pedido de implementação, sob a justificativa de que não ficou caracterizado omissão que justificasse a intervenção do judiciário.

Fonte: Elaborada pela autora

Apêndice H - Tabela: Análise Quantitativa da Região Sul

UF	Fase processual, n. do processo e ano de julgamento	Demanda	Principais normas de referência	Decisão
PR QUALI	2016/2019 Apl 0002156-80.2016.8.16.0162	Construção caps I	Portaria RAPS, 336/02 5ª, 196, 205, 207, Portaria 2488/2011	Desconstitui a sentença do juiz de piso e manda implementar CAPS (o atendimento de saúde mental não pode ser realizado apenas pelos NAPS)
QUALI	2016/2019 Apl. 0009489-85.2016.8.16.0129	Ampliação caps I implementação caps II e AD	Portaria RAPS, Portaria n. 336/02 186 ART 6 Lei n. 8080/90	Não procedente a demanda, porque não se constatou omissão do Município no curso do processo
SC QUALI	2010/2017 Apl n. 0003606-11.2010.8.24.0012	Fechamento de ala psiquiátrica	Lei n. 10216 1º, 6º, 23, II, 186, 198 CF 8080/90 336/02	ACP proposta por associação Indefere o pedido da associação para proibir a reabertura da ala psiquiátrica, propõe o tratamento em rede
	2013/2019 Rex n. 0900050-32.2013.8.24.0024	Contratação de médico psiquiatra para trabalhar em CAPS	Lei n. 10216/ portaria 336/02	Foi contratado médico clínico geral, não foi considerada omissão do estado e a sentença foi julgada improcedente
	2004/2005 Apl 2004.007539-1	Contratação de pessoal para CAPSi AD	10.216	Havendo o repasse federal para a implementação do CAPS, a implementação é a medida que se impõe
	2012/2012 REx 2012.006613-9	Construção de caps i	10.216 e 196, 198 §1º; 127, 129 III	No caso de omissão municipal constatada no curso do processo a implementação é medida que se impõe

RS	2013 ²⁸ Apl 70047757323	Disponibilizar médico psiquiatra e profissionais de enfermagem CAPS I e AD, capacitação de monitores, técnicos	Princípio da garantia de acesso e respeito à diversidade e a não discriminação nos serviços prestados; princípio da dignidade da pessoa humana; 196, 227, eca, 336, conselho nacional de assistência social	Mantém a sentença que condenou o município a disponibilizar ao menos um médico psiquiatra no CAPS
	2015/2015 APL/REX 0154241-97.2015.8.21.7000	Falta de estrutura física, material e profissionais para o atendimento no CAPSI II	336;2002, 227, art. 3º e 4º ECA	Defere a implementação diante da omissão do município não há ingerência do Judiciário do Executivo.
	2010 ²⁹ APL N. 70039239330	Implementação CAPS I	227 CF, art. 4º ECA, princípio da reserva do possível	Mantém a sentença de condenação para implementação do CAPS I
Quali	2017/2018 Apl 0246001-59.2017.8.21.7000	IMPLEMENTAÇÃO CAPS III	Lei n. 10.216/01, portarias 336/2002, 3088/2011, 3089/2011, 615/2013 196 cf Aponta <i>leading case</i> pelo STF STF - STA n. 175³⁰	Manda implementar, reserva do possível não pode obstar o acesso à direitos fundamentais

Fonte: Elaborada pela Autora

²⁸ No inteiro teor do acórdão não há o número do processo de referência completo o que impossibilita saber quando a ação foi proposta, a data referenciada é da decisão.

²⁹ No inteiro teor do acórdão não há o número do processo de referência completo o que impossibilita saber quando a ação foi proposta, a data referenciada é da decisão.

³⁰ Sequestro de verbas públicas para pagamento de crédito ao portador de moléstia grave sem a observância da regra dos precatórios.

Apêndice I - Tabela: Análise Quantitativa da Região Nordeste

UF	Fase processual, n. do processo e ano de julgamento	Demanda	Norma de Referência	Decisão
AL	2014/2015 Agi n. 0800842-44.2014.8.-02.0900	Estruturar o atendimento do CAPS medicamentos materiais e alimentos	196 cf	Manda implementar e dilata o prazo para 30 dias
CE Quali	2012/2017 Apl. 0009617-29.2012.8.06.0128	Construção e manutenção de clínica para internação crianças e adolescentes	Lei n. 10216 Enunciados nos 1 e 102 da I e III jornadas de direito da saúde do CNJ	Julgou improcedente e em sede de reexame necessário em 2020 foi confirmada
MA	2012/2018 Apl 0000516-15.2012.8.10.0044	Estruturação de caps III	10.216 336/02 189/02	Manda construir
RN	2016/2017 (AGI) QUALI Apl 0101124-05.2016.8.20.0108	Instalação CAPS AD	336/2002 Princípio da moralidade	Intervenção legítima – omissão comprovada = repasse da verba sem a devida implementação por mais de 5 anos
	2011/2015 Apl 0003132-69.2011.8.20.0124	Veículo para suprir a necessidade do CAPS I	Princípio da separação dos poderes, eca art. 4º, 227 CF	Manda implementar
	2015/2017 Quali APL 2015.012164-7	Ausência de repasse de verbas federais ao CAPS	Portaria 2103 /2002; 3089/2011 Portaria 1569/2012 129,ii e iii, 197 CF	Condena a manter o repasse aos caps
SE	2018/2018 Quali (2 acórdãos) APL 201800803295	Atendimento CAPS II	6º e 196 CF, 2º, 5º XXXV, 167, 168	Mantém a condenação, expande o prazo
	2017/2018 AGI 201700720798	Reforma CAPS	197	Manda reformar
	2013/2014 Quali (2 acórdãos – agi e apl) AGI 201300218434	Irregularidades nos serviços CAPS	196,198,5,6, 8080/90	Procedente para concluir as obras e manter em condições ideais de funcionamento
	2012/2012 AGI 2012213641	Adequações em dois CAPS	Dignidade da pessoa humana Separação dos poderes,	Confirma a sentença de condenação do município à implementação e diminui a multa diária

			direito à saúde, obrigação municipal, 196, Lei n. 10216	
2017/2017 AGI 201700720798	Adequação Sanitária no CAPS (dois recursos)	Art. 196, 129, IV; separação dos poderes, reserva do possível, art. 5º xxxv	Mantém a sentença que mandou implementar/ dilação do prazo para execução	
2013/2014 AGI 201300225401	Reforma CAPS	196, 198, art5º, 6º, 8080/90 art.1 e2	Procedente para condenar, diminui a multa	
2015/2015 AGI 201500803431	Criação e implementação de CAPS e Unidade de Acolhimento	Discussão de aspectos processuais	Execução provisória. Não concedida. O MP deve aguardar a sentença para exigir a condenação. A execução provisória traria danos irreparáveis ao Município. Ausência de título executivo hábil para iniciar a execução.	
2015/2018 Quali APL 201500811465	Custeio de tratamento em clínica particular até a implementação de CAPSi AD III na região	Portaria GM 130/2012	Reforma a sentença de improcedência para fornecer tratamento especializado em tempo integral ao adolescente pelo tempo que se fizer necessário ao reestabelecimento de sua saúde.	
2016/2018 APL 201600714764	Execução de obras de acessibilidade no CAPS	227 §2º, 224, teoria da reserva do possível	Mantém a condenação, dilata o prazo para execução	

Fonte: Elaborada pela Autora

Apêndice J - Tabela: Análise Quantitativa da Região Sudeste

UF	Fase processual, n. do processo e ano de julgamento	Demanda	Normas de Referência	de	Decisão
MG	2009/2010 (agi) Quali (confunde CAPS com SRT + inclui o hospital psiquiátrico com rede de atendimento) AGI 1.0317.09.117569-3/001	Construção de Residências Terapêuticas	Portaria 106/2000		Indeferimento da tutela de urgência. Justificativa processual: irreversibilidade da medida; possibilidade de tratamento em outra região
	2011/2011 AGI 1.0035.11.007492-5/002	Instalação e manutenção de CAPSAD II, III E i	Jurisprudências		Indefere a tutela de urgência para obrigar a implementação dos dispositivos
	2009/2012 REX/APL 1.007.9.09.939272—6/004	Implantação CAPS III e AD	Art. 6º e 196 CF, princípio da separação dos poderes		Manda implementar
	2011/2014 APL 1.0439-11.012449-2/001	Implantação CAPS e Comunidade Terapêutica	Art. 227§3º 7º, 336/02		Omissão estatal, é dever do Judiciário ingerir, manda implementar
	2016/2016 AGI 1.070416003057-0/001	Instalação e manutenção de CAPS AD	Jurisprudências		Manda implementar nos termos do TAC
	2013/2017 Quali APL/REX 1.024513019455-9/002	Interdição de instituição de saúde mental e transferência dos internos às custas do Município	Portaria 336/02		Reforma a sentença para desonerar o Município a realocar os internos, devendo, no máximo, devolvê-los ao seio familiar
	2015/2017 AGI 1.070115004264-9/001	Irregularidades nas instalações de CAPS AD	Jurisprudências		Mantém a condenação à correção das irregularidades; afasta o argumento de falta de dotação orçamentária
	2014/2018 Quali (Revela em profundidade como a ppsm é internalizada pelas instituições)	Internação compulsória em comunidade terapêutica sem determinação judicial – encaminhamento à CAPS	Lei Estadual SM de MG Lei n. 10.216		Proíbe o funcionamento da clínica médica, afastando o coordenador, compete ao município o encaminhamento do paciente ao CAPS AD
ES	2017/2018 (quali – direito como vocalizador de demandas – inexigibilidade de audiência pública para implementação de CAPS)	ACP proposta por associação contra a instalação/inauguração do CAPSi	--		Afasta a pretensão da associação, mantém a construção do CAPS

	AGI 56.2017.8.08.0048	0018495-			
	2015/2018 Quali (narrativa de um paciente que não se adapta ao tto no CAPS e possui várias internações psiquiátricas) APL 32.2015.8.08.0013		Fornecer ao paciente tratamento	196 CF	Sentença reformada. Fica confirmado que o Município fornece toda assistência necessária ao autor e que este possui dificuldades de adesão ao tratamento
RJ	2018/2019 AGI 26.2018.8.19.0000	0033041-	Precariedade de CAPS II e necessidade de implementação de CAPS AD	3088/2011	ACP proposta pela Defensoria Pública, nega a liminar, já houve TAC com o MP para a implementação do CAPS AD
	2018/2019 AGI Talvez quali (irregularidades pífias) 0044279-42.2018.8.19.0000		Corrigir irregularidades no CAPS	336/02	Parcial provimento ao recurso. Providencias demandam planejamento e execução
SP	2012/2013 AGI 89.2012.8.26.0000	0070829-	Implantação de CAPS AD	336/02 230 Constituição Estadual	Indefere a liminar para implementação de CAPS AD. Pedido inexecutável em 60 dias porque demanda tempo e planejamento do Município
	2012/2013 Quali (exemplo de que a argumentação jurídica não passa pelos objetivos da ppsm que nem é mencionada)		Criação e implementação de serviço hospitalar especializado em tratamento de crianças e adolescentes com problemas psiquiátricos e/ou dependência química	Princípio da reserva possível; ausência de omissão estatal	Indefere o recurso e reforma a sentença que condenou à implementação
	APL 83.2012.8.26.0000	0014278-			
	Quali (explica como a lei deve ser implementada, reforçando os ideais da RP) AGI 15.2015.8.26.0000	2001347-	Pretende a suspensão da decisão que determinou a remoção de “doentes mentais” para estabelecimento adequado	Lei n. 10216, 196, 23, II CF	Não suspende a decisão e condena o Município para inseri-los em local adequado.
	2016 AGI 59.2016.8.26.0000	2117768-	Tomada de Providências para sanar irregularidades no CAPS II	Jurisprudência	Concede e mantém a tutela de urgência para que sejam tomadas providências com a finalidade de sanar irregularidades no CAPS
	2016 AGI 2019770.86.2016.8.26.0000		Equipar adequadamente CAPSi	Jurisprudência	Conflito de competência manda para uma das Câmaras de Direito Público

2016 AGI 60.2016.8.26.0000	2090821-	Instalação de CAPSi e CAPS ad	Jurisprudência	Reformou a decisão que concedeu a tutela, torna improcedente os pedidos autorais.
2016 AGI 65.2016.8.26.0000	2000158-	Instalação e implementação de CAPS	336, 189, 245/05	Revoga a tutela de urgência concedida,
2016 AGI 86.2016.8.26.0000	2019770-	Sanar irregularidades no CAPSi II	Art. 4º ECA, portaria 336/02	Condena à implementação, porém dilata o prazo
2013/2016 APL 23.2013.8.26.0000	0003595-	Construção CAPSi AD	Jurisprudência	Conflito de Competência – encaminha para a Câmara Especial – não há julgamento de mérito.
2016/2017 APL 21.2016.8.26.0615	1002574-	Implementação CAPS I	336/2002	Manda implementar, mas amplia o prazo para inauguração e reduz a multa diária – não há julgamento de mérito
2015/2018 Quali (argumento que CAPS não precisa de SRT) APL 32.2015.8.26.0444	0002809-	Implementação SRT (cumprimento de TAC)	Lei n. 10216 e portaria 52/04	Fase de execução. Mantém a execução (para a implementação), limita a multa diária a 500k para afastar a oneração excessiva do município
2015/2018 APL 74.2015.8.260044	1000557-	Implantar CAPS I, SRT e providenciar quatro leitos psiquiátricos	66º, 196,197,198,II, 227,§ 1º II, portaria 106, 336, 142, Eca e Constituição Estadual	Condena à implantação, reduz a multa
2018 (quali – ausência de CAPS III manutenção de internação particular) AGI 21.2018.8.26.0000	2173282-	Providencie e custeie o acolhimento da substituída em serviço residencial terapêutico	--	Condena o município providenciar serviço residencial terapêutico
2017/2019 Quali (sentença de piso vai contra a luta antimanicomial) APL 98.2017.8.26.0053	1006462-	Implementação de SRT	Ausência violação dos poderes, portaria 3099/11, Lei n. 10216 (art. 5º a 9º) Enunciado 1 da Jornada de Direito à Saúde do CNJ	Impede a internação psiquiátrica do paciente até que surja vaga em Serviço Residencial Terapêutico
2018/2019 AGI 10.2018.8.26.0000	2248988-	Fornecimento de equipamentos e insumos, mobiliário e material adequado a CAPS II	--	Condena o município ao fornecimento de materiais, insumos e mobiliários para adequar o CAPS
2015/2019		Criação CAPS I	Art. 5º CF, 196,	Sentença de

APL 52.2015.8.26.0366	005270-		336, 189, 245	improcedência mantida, sem omissão, sem interferência do judiciário nas políticas públicas de saúde mental.
2013/2019		Implementação e instalação de CAPSi ad II	--	Conflito de Competência – sem julgamento de mérito,
APL 23.2013.8.26.0108	0003595-			
2017/2019		Ampliação do número de profissionais de CAPS ad III	336, teoria da reserva do possível, art. 6º e 196 CF	Reforma a sentença para julgar procedente e determina a adequação do número de funcionários do CAPS
APL 36.2017.8.26.0477	1012751-			

Fonte: Elaborada pela Autora

Apêndice K - Indicador Caps/100 Mil Hab 2008-2015 Por Região e Unidade Federativa

UNIDADE FEDERATIVA								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Região Norte								
AM	0,10	0,12	0,23	0,25	0,33	0,39	0,39	0,39
AC	0,29	0,29	0,27	0,27	0,26	0,26	0,44	0,62
AP	0,16	0,32	0,45	0,44	0,43	0,41	0,40	0,46
PA	0,38	0,44	0,48	0,46	0,58	0,62	0,66	0,70
RO	0,8	0,76	0,80	0,70	0,82	0,78	0,77	0,79
RR	0,00	0,00	0,11	0,33	0,75	1,23	1,21	1,29
TO	0,35	0,50	0,47	0,46	0,60	0,71	0,73	0,96
Região Centro-Oeste								
GO	0,38	GO	0,38	GO	0,38	GO	0,38	GO
DF	0,22	DF	0,22	DF	0,22	DF	0,22	DF
MT	0,68	MT	0,68	MT	0,68	MT	0,68	MT
MS	0,51	MS	0,51	MS	0,51	MS	0,51	MS
Região Sul								
PR	0,66	PR	0,66	PR	0,66	PR	0,66	PR
SC	0,72	SC	0,72	SC	0,72	SC	0,72	SC
RS	0,81	RS	0,81	RS	0,81	RS	0,81	RS
Região Nordeste								
AL	0,82	AL	0,82	AL	0,82	AL	0,82	AL
BA	0,60	BA	0,60	BA	0,60	BA	0,60	BA
MA	0,59	MA	0,59	MA	0,59	MA	0,59	MA
CE	0,75	CE	0,75	CE	0,75	CE	0,75	CE
RN	0,69	RN	0,69	RN	0,69	RN	0,69	RN
SE	0,90	SE	0,90	SE	0,90	SE	0,90	SE
PB	0,99	PB	0,99	PB	0,99	PB	0,99	PB
PI	0,56	PI	0,56	PI	0,56	PI	0,56	PI
PE	0,46	PE	0,46	PE	0,46	PE	0,46	PE
Região Sudeste								
MG	0,53	0,57	0,67	0,69	0,69	0,84	0,95	1,03
ES	0,41	0,46	0,46	0,44	0,44	0,46	0,46	0,56
RJ	0,49	0,50	0,55	0,55	0,57	0,69	0,72	0,74
SP	0,56	0,61	0,65	0,65	0,64	0,75	0,76	0,78

Fonte: Elaborada pela autora³¹

Parâmetros de Cobertura do Indicador CAPS/100 mil habitantes:

Cobertura muito boa (**acima de 0,70**)
 Cobertura boa (**entre 0,50 e 0,69**)
 Cobertura regular/baixa (**entre 0,35 a 0,49**)
 Cobertura baixa (**de 0,20 a 0,34**)
 Cobertura insuficiente/crítica (**abaixo de 0,20**)

Fonte: Elaborada pela autora

³¹ Dados obtidos pelo Ministério da Saúde.