

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)
CENTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO SOBRE AS AMÉRICAS (CEPPAC)
MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

SUELEN DE AZEVEDO

LEIS QUE NÃO PEGAM:
O CASO DA LEI 10.216/01 EM BRASÍLIA

BRASÍLIA

2017

SUELEN DE AZEVEDO

LEIS QUE NÃO PEGAM:

O CASO DA LEI 10.216/01 EM BRASÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - graduação – *Stricto Sensu* - Mestrado em Ciências Sociais na Universidade de Brasília- UnB, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais. Área de concentração – Estudos Comparados Sobre as Américas

Orientador: David Verge Fleischer

BRASÍLIA

2017

SUELEN DE AZEVEDO

**LEIS QUE NÃO PEGAM:
O CASO DA LEI 10.216/01 EM BRASÍLIA**

Dissertação aprovada em 23/06/2017 na Universidade de Brasília, pela banca examinadora como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais.

David Verge Fleischer
Professor Emérito Doutor em Ciência Política, Orientador, CEPPAC, UnB

Paulo Carlos du Pin Calmon
Professor Doutor em Ciência Política, IPOL, UnB

Camilo Negri
Professor Doutor em Ciências Sociais, CEPPAC, UnB

Simone Rodrigues Pinto
Professora Doutora em Ciência Política, membro suplente, CEPPAC, UnB

BRASÍLIA

2017

Catálogo na fonte.

Universidade de Brasília (UnB)

Centro de Pesquisa e Pós-Graduação sobre as Américas- CEPPAC

**AZEVEDO, Suelen de. Leis que não pegam: o caso da Lei 10.216/01 em Brasília.
Orientador Prof. David Verge Fleischer, Dissertação (mestrado em ciências sociais),
Universidade de Brasília- UnB, 2017. 144p**

**Dissertação de Mestrado Acadêmico em Ciências Sociais apresentada ao Departamento
de Estudos Latino Americanos da Universidade de Brasília**

**1. Institucionalização 2. Governança 3. Implementação 4. Instituições 5. Políticas
Públicas 6. Representação**

CDU

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa ao Brasil e a Universidade de Brasília, que investiram em mim acreditando no meu trabalho, e a todos aqueles que se perguntam o porquê das nossas conquistas legais não gerarem o efeito que esperamos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao orientador e amigo, Prof. Emérito Dr. David Verge Fleischer, pelo apoio, inspiração, incentivo, disponibilidade, paciência, simpatia e presteza no auxílio às atividades e discussões no andamento e normatização desta dissertação de mestrado.

Agradeço à Universidade de Brasília, seus funcionários, ao Brasil, e especialmente às coordenadoras do curso, professoras Dra. Rebecca Igreja e Dra. Simone Rodrigues Pinto, pelo apoio emocional e estrutural oferecidos durante meus estudos, que me fizeram sentir não estar sozinha nessa caminhada, independente do abandono familiar e das precárias condições financeiras que vivi.

Agradeço aos professores Dr. Paulo Carlos Du Pin Calmon e Dr. Camilo Negri, que me inspiraram com seus estudos e me forneceram a atenção necessária na banca examinadora. Agradeço também à Dra. Tânia Maria Nava Marchewka por trocar ideias e bibliografias. Sozinhos podemos até ir a algum lugar, mas juntos vamos mais longe.

Agradeço aos meus amigos, em especial, Fabrício Aragão, Andreia Costa Lima, Bruno Sant'anna Chaves, Gustavo Rocha, Clarice Freitas Carneiro, Ricardo Paiva, Caroline Gogola Ferreira, Luíza Helena Almeida, Sani Peixoto, Sônia Lima Oliveira, Maria Tereza M. C. Cunha, Sirley Morato, Ana Carla D. Araújo, Alexandra Josias, Cláudia Cury, Gláucia Valadares, Júnia Melo, Maísa Machado, Rejane Peixoto, e todos os outros seres de luz, que acreditaram no meu potencial, e estiveram presentes nos melhores e piores momentos, emanando vibrações positivas independente da minha situação, sempre com encorajamento, numa rara demonstração de amizade, solidariedade e amor. Vocês me ensinaram que família não é aquela formada por laços de sangue, mas sim pelo amor, e que podemos ter famílias onde menos esperamos.

Agradeço a meu querido namorado Willian W. Wives, por ter me mostrado a cada dia a existência, a beleza e a força do amor.

Agradeço, por fim, ao universo, ao acaso, à vida e às experiências, os quais me fortaleceram, e me mostraram a importância de promovermos mudanças. Também, por me mostrarem que mais difícil não é a caminhada, mas sim deixar de seguir.

“Fazei com que as leis sejam claras e simples.”
(Cesare Beccaria)

RESUMO

O presente trabalho parte da intensa e discutida questão dos direitos humanos das pessoas portadoras de doença mental em Brasília. Portanto, se propõe investigar os obstáculos à implementação da Lei 10.216/01 em Brasília, respondendo perguntas de pesquisa para se explorar o fenômeno a fim de compreender o porquê da Lei 10.216/01 ser uma lei que ‘não pega’ na região do planalto central, mesmo após quase 20 anos de sua vigência. A implementação, nos últimos anos, tem sido um tema discutido, mas pouco estudado. O poder executivo em geral, possui ideias para se alcançar uma implementação, mas nenhuma análise concreta sobre seus aspectos, e as queixas sobre a implementação por si só não são suficientes para lidar com o problema. Nesse estudo, se considera implementação o que se considerou na obra de Pressman e Wildavsky (1974): realizar, cumprir, produzir, completar. E nesse sentido, a implementação se refere à criação de condições iniciais. Como não se pode terminar o que não se começou, a falta de implementação não deve se referir à incapacidade de ir, mas à incapacidade de seguir adiante, pois é o que vem antes da política pública, e nasce com a aprovação da lei. Assim, para se analisar o fenômeno segundo a eficácia legal, é realizado um estudo de caso do tipo exploratório, sobre a implementação da Lei 10.216/01 em Brasília, o qual busca proporcionar familiaridade com o objeto de estudo, explorando os aspectos que o envolvem, contrastando com possíveis hipóteses já levantadas sobre o tema. Também é feita inferência causal através do método indutivo para se gerar hipóteses para estudos posteriores. Diante dos dados colhidos hipóteses foram confirmadas e estratégias de governança foram propostas a fim de se sugerir uma possível amenização do fenômeno, problema social em Brasília.

Palavras- chave: institucionalização- governança- implementação- instituições- políticas públicas- representação

ABSTRACT

This work is based on the intense and controversial issue of the human rights of people with mental illness in Brasilia. Therefore, it is proposed to investigate the obstacles to the implementation of law 10.216 / 01 in Brasilia, answering research questions to explore the phenomenon in order to understand why the law 10.216 / 01 is a law that does not "catch" in the region of Brasília, even after almost 20 years of its validity. Implementation in recent years has been a subject very discussed but little studied. The Brazilian State, in general, has ideas for achieving an implementation, but no concrete analysis of its aspects. Moreover, complaints about implementation alone are not enough to deal with the problem. So, this study is based on Pressman and Wildavsky (1974) work, which considers implementation: to accomplish, to fulfill, to produce, to complete. In this sense, the implementation refers to the creation of initial conditions. As one cannot finish what has not been started, the lack of implementation should not refer to the inability to go, but to the inability to move on, since it is what comes before public policy, and is born with the approval of the law. Thus, in order to analyze the phenomenon according to legal effectiveness, an exploratory case study is carried out on the implementation of Law 10.216 / 01 in Brasília. Causal inference is also made through the inductive method to generate hypotheses for further studies. So, hypotheses were confirmed and governance strategies were proposed in order to suggest a possible mitigation of the phenomenon, which is a social problem in Brasilia.

Keywords: institutionalization- governance- implementation- institutions- public policies- representation

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
I. METODOLOGIA	17
Descrição do fenômeno a ser estudado	17
Perguntas de pesquisa e hipóteses	17
Objetivos Gerais e Específicos.....	18
Abrangência	19
Estratégias de análise de dados	19
Fontes	22
II. DELIMITAÇÃO DO OBJETO	23
História da Lei 10.216/01.....	23
Estrutura da Lei 10.216/01	25
Atores sociais que se envolveram na formulação e tramitação da Lei 10.216/01	29
Atores sociais responsáveis pela implementação da Lei 10.216 em Brasília	29
III. ANÁLISE DOS DADOS	40
Relatório do processo legislativo de tramitação na Câmara e no Senado.....	40
Relatório de análise das instituições que implementam a Lei 10.216/01.....	64
IV. RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS DE PESQUISA	94
Pergunta 1.....	94
Perguntas 2 e 3	105
Pergunta 4.....	109
Pergunta 5.....	110
Pergunta 6.....	114
CONCLUSÃO, RESULTADOS E CRÍTICA	124
BIBLIOGRAFIA	135

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Estrutura básica do marco lógico	22
Figura 2- Parte preliminar da Lei 10.216/01	26
Figura 3- Parte Normativa da Lei 10.216/01 (texto e conteúdo das normas)	27
Figura 4- Parte Normativa da Lei 10.216/01 (continuação do texto e conteúdo das normas).....	28
Figura 5- Parte Final da Lei 10.216/01	29
Figura 6- Oferta de serviços em saúde mental no Distrito Federal considerando o tema.....	68
Figura 7- Comparação dos serviços em saúde mental (casos de transtorno mental) em Hospitais versus CAPS I, II, III no Distrito Federal	69
Figura 8- Evolução na Ala de Tratamento Psiquiátrico- dados 2011	96
Figura 9- Quantidade de artigos da Lei 10.216/01 que ‘pegam’ e ‘não pegam’ em Brasília.....	106
Figura 10- Fatores que contribuem para artigos da Lei 10.216/01 ‘peguem’, ou não peguem’ em Brasília	108
Figura 11- Ciclo vicioso de barreiras à implementação da Lei 10.216/01 em Brasília	122

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Principais estratégias realizadas pelo Estado e pelo Gabinete do Ministro da Saúde para a implementação da Lei 10.216/01, após sua vigência e validade. Dados até abril de 2017.....	30
Tabela 2- comparação das redações do texto original e texto final do Projeto de Lei 3.657/89	61
Tabela 3- Serviços do Ministério da Saúde para implementação da Lei 10.216/01 no DF	66
Tabela 4- Comparação dos artigos da Lei 10.216/01 que ‘pegaram’ para os que ‘não pegaram’ em Brasília	107
Tabela 5- Posicionamento dos atores sociais na tramitação do Projeto de Lei 3.657/89	109

INTRODUÇÃO

‘Leis que não pegam’ é um tema que sempre me chamou atenção, a princípio, por ser uma peculiaridade que parece existir no Brasil. Somos um país com muitas leis, válidas, vigentes, mas que a eficácia depende de alguns fatores que parecem pertencer a uma ordem maior do que o próprio poder legislativo e judiciário.

Se assim não fosse, as leis federais entrariam em perfeita eficácia após sua vigência, com aplicação de todos os seus artigos, em todos os estados da federação, em um mesmo período de tempo, e sem sofrer variações de um estado para outro, variações talvez relacionadas a fatores culturais, históricos e sociais. Contudo, não é assim que acontece, e talvez a ineficácia das leis possa interferir no próprio desenvolvimento social e econômico do país.

As regras vêm da necessidade de organização social, exatamente porque não há regras sem sociedade e vice versa. Assim, a vivência em sociedade exige normas disciplinadoras do comportamento humano, fixando direitos e deveres, mesmo que estes não estejam por escrito. O país progride com respeito às instituições e às regras estabelecidas por governos democraticamente eleitos. Existem vários tipos de normas, as quais podem se classificar em: sociais, religiosas, morais, e jurídicas.¹

As normas jurídicas, objeto deste trabalho, são as normas vindas do Estado, através das leis, formuladas pelo poder legislativo, e promulgadas pelo Presidente da República. As leis são dirigidas a toda comunidade política. Caso o indivíduo não obedeça à norma jurídica, será julgado, ante a um tribunal, com o que a lei determina.

Também, há o que se chama de hierarquia de normas, ou seja, nem todos os regulamentos formulados pelo poder legislativo e promulgados pelo presidente são iguais. Alguns inclusive têm maior importância que outros e são classificadas em diferentes espécies, sendo a hierarquia de normas da maior para a menor: constitucional (Tratados Internacionais, Constituição, Emenda Constitucional), supra legal (Lei Complementar), legal (Lei Ordinária), infralegal (Lei Delegada, Medida Provisória, Portarias, Instruções Normativas, Memorandos,

¹ Enciclopedia de Clasificaciones. Tipos de normas. Recuperado de: <<http://www.tiposde.org/escolares/129-tipos-de-normas/>> 2016. Acessado em 25/04/2017.

etc)². Além da hierarquia das normas jurídicas, estas se classificam em: a) válidas/ inválidas³; b) vigentes/ não vigentes⁴; e c) eficazes/ ineficazes⁵.

Deste modo a eficácia social depende da aplicação da norma para todos na sociedade, e, além disso, muitas normas novas que entram em vigência gerarão além da eficácia social, a eficácia jurídica, revogando ou mudando os efeitos de outras normas já existentes. Portanto, nesse contexto, caracterizam-se leis que não pegam as normas jurídicas que possuem validade, vigência, mas não têm eficácia.

Nesse contexto, esse trabalho se propõe a investigar a eficácia/implementação da Lei 10.216/01 em Brasília. A implementação, nos últimos anos, tem sido um tema discutido, mas pouco estudado. O poder executivo em geral, possui ideias para se alcançar uma implementação, mas nenhuma análise concreta sobre seus aspectos, e as queixas sobre a implementação por si só não são suficientes para lidar com o problema.

Nesse estudo, se considera implementação o que se considerou na obra de Pressman e Wildavsky (1974): realizar, cumprir, produzir, completar. E nesse sentido, se implementam leis e suas políticas públicas, ocasião em que é importante diferenciar políticas públicas de metas. As políticas contêm metas e os meios para alcançá-las. E nesse sentido, a implementação não se refere à criação de condições iniciais. Então, como distinguir entre uma política pública e a implementação? Nesse caso, segundo Wildavsky, a implementação já nasce antes, quando a legislação é aprovada e os fundos garantidos. Como não se pode terminar o que não se começou, a falta de implementação não deve se referir à incapacidade

² Critério segundo à natureza.

³ Quanto à validade, segundo Giuseppe Lumia³, a validade de uma norma equivale à sua existência, e depende de esta estar em conformidade com normas de produção próprias do sistema normativo da qual faz parte. Dessa forma, somente pode ser válida a lei que conta com compatibilidade constitucional (carta magna) e internacional (tratados ratificados pelo país). Para ser válida, portanto a lei deve apresentar essas condições e requisitos para a sua perfeita e competente produção e exteriorização.

⁴ Quanto à vigência, é a possibilidade da norma de produzir efeitos, limitando comportamentos e ser usada pelos tribunais. Assim, a vigência é o que demarca o tempo de validade de uma norma, a sua exigência perante todos. Quando a norma já passou pela vacatio legis (a lei entra em vigor após transcorridos alguns dias específicos de sua publicação oficial), e já cumpriu os requisitos para sua exigibilidade, é considerada vigente. Isso significa que uma norma pode ser válida, mas pode não ser vigente.

⁵ Quanto à eficácia, segundo Hans Kelsen⁵, será eficaz aquela norma que é efetivamente cumprida, aplicada. Nesse sentido, a eficácia é uma condição da validade. Ainda, o autor Souza esclarece que há diferença entre eficácia social e eficácia jurídica: “A eficácia social se verifica na hipótese de a norma vigente, isto é, com potencialidade para regular determinadas relações, ser efetivamente aplicada a casos concretos. Eficácia jurídica, por sua vez, significa que a norma está apta a produzir efeitos na ocorrência de relações concretas; mas já produz efeitos jurídicos na medida em que a sua simples edição resulta na revogação de todas as normas anteriores que com ela conflitam.”

de ir, mas à incapacidade de seguir adiante. A implementação é o que vem antes da política pública, e nasce com a aprovação da lei, a qual já deverá ter a previsão de recursos para sua implementação. (PRESSMAN, J. L. & WILDAVSKY, 1974)

Assim, esta lei, proveniente do movimento antimaniconial brasileiro⁶, redirecionou o modelo assistencial de saúde mental, com a finalidade de substituir os manicômios por meios de tratamento humanitários e preventivos. Contudo, as organizações no formato dos antigos manicômios ainda existem após quase duas décadas de vigência e validade da lei. Observa-se, ainda, que a lei parece pegar diferentemente em cada Estado do Brasil, parcial, ou total, talvez por influência institucional, ligada ao poder executivo, ou cultural/histórica, ou porque, apesar do aparato legislativo, o manicômio tem uma demanda social. Portanto, também além das características formais inerentes à implementação, será observado se as decisões dos atores constituem barreiras para a eficácia legislativa, segundo a teoria da racionalidade limitada⁷ e implementação de políticas públicas.

Segundo dados da IV Conferência Antimanicomial, realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e pela Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), em 2010, o poder executivo, das três esferas da federação, ainda não deu a devida prioridade ao assunto da implementação da lei nos seus orçamentos, prevendo os recursos necessários para instrumentalizar uma rede comunitária de serviços (Centros de Atenção Psicossocial - Caps, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Serviços de Saúde Mental, Emergências Psiquiátricas em Hospital Geral e atendimento em saúde mental na rede básica de saúde) que venha a substituir os hospitais psiquiátricos.

Nesse contexto, segundo visita e entrevista realizada pela mídia “O Globo”, em 2011⁸, acredita-se que o problema de implementação estaria ligado ao fato de o Sistema Único de Saúde (SUS) não ter conseguido multiplicar as experiências positivas na área para atender toda a demanda.

⁶ O Movimento Antimanicomial, também conhecido como Luta Antimanicomial, se refere a um processo organizado de transformação dos serviços psiquiátricos, buscando-se extinguir os manicômios em troca da oferta de serviços dignos na saúde mental. O movimento está elencado a uma série de eventos políticos nacionais e internacionais.

⁷ A teoria da racionalidade limitada (bounded rationality) considera que as organizações são formadas por seres humanos, os quais são influenciados pelas suas experiências e vivências construídas ao longo de sua vida. Segundo a teoria, existem limitações do pensamento humano que afetam o funcionamento das organizações.

⁸ Disponível em <<http://oglobo.globo.com/politica/brasil-ainda-tem-instituicoes-publicas-funcionando-no-modelo-de-antigos-manicomios-2760680>> Acessado em 25/04/2017.

Não obstante, profissionais da saúde que se manifestaram no Seminário “A desconstrução da lógica manicomial: construindo alternativas”, em 2015, acreditam que o problema de implementação estaria ligado à falta de interesse em se desinstitucionalizar os manicômios, uma vez que ainda há presente o desejo de punição pela sociedade. Para enfatizar este ponto, Vigília Rauter, professora da Universidade Federal Fluminense (UFF), afirmou ainda que “é necessário criar novas maneiras, novas ondas, para envolver as pessoas nessa luta”.

Assim, para se analisar o fenômeno segundo a eficácia legal, será realizado um estudo de caso do tipo exploratório, sobre a implementação da Lei 10.216/01 em Brasília, o qual buscará proporcionar familiaridade com o objeto de estudo, explorando os aspectos que o envolvem, e contrastar com possíveis hipóteses já levantadas sobre o tema. Também, se buscará entender o porquê de uma determinada situação acontecer (por que após 20 anos de vigência a Lei 10.216/01 não tem eficácia?), ocasião em que serão feitas inferências causais a partir do método indutivo. O foco do trabalho se baseará na bibliografia existente sobre instituições, implementação e políticas públicas.

A especificidade da estratégia se legitima em virtude do ineditismo do estudo proposto, pois após um amplo levantamento da bibliografia sobre implementação, não se identificou qualquer trabalho brasileiro que se propusesse explicar, além da delimitação das dificuldades existentes, as causas dessa lei não pegar segundo uma análise de instituições e implementação de políticas públicas. O objetivo deste estudo, portanto, é criar-se uma base, através de um estudo preliminar do poder executivo, para trazer reflexões e motivar estudos posteriores.

Diante disso, a dissertação se desenvolverá em 4 (quatro) capítulos que tratarão da metodologia, delimitação do objeto, análise dos dados, respostas às perguntas de pesquisa e considerações finais.

I. METODOLOGIA

i. Descrição do fenômeno a ser estudado

O fenômeno que orientou o desenvolvimento desta presente dissertação foi a seguinte questão: Por que ainda existem instituições públicas em Brasília, capital do Brasil, funcionando nos modelos de privação de direitos como nos antigos manicômios?

Quase 20 anos após a reforma psiquiátrica, movimento que buscou substituir as internações psiquiátricas por um tratamento mais humanizado, o Brasil ainda abriga instituições públicas em que não se implementa os aspectos antimanicomiais da Lei 10.216/01. Uns desses lugares são o Hospital São Vicente de Paula (antigo Hospital Pronto Atendimento Psiquiátrico), em Taguatinga, e a Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), no Gama, Distrito Federal. Essa realidade se multiplica em um Brasil cuja expectativa, há duas décadas, era de extinguir os manicômios através da implementação da Lei 10.216/01.

Dessa forma, o trabalho será conduzido através de um estudo de caso exploratório, sobre o fenômeno da implementação da Lei 10.216/01 em Brasília. Segundo Robert Yin, o estudo de caso exploratório, também chamado de estudo crítico, tem como objetivo aprofundar a compreensão de um fenômeno pouco investigado, levando à identificação de categorias de observação ou à geração de hipóteses para estudos posteriores. O estudo de caso, ainda, possibilita que a investigação científica mantenha características significantes e holísticas dos eventos da vida real, tais como um processo de implementação de leis. (YIN, 2005) Além disso, ao final, são levantadas inferências causais através do método indutivo, para se levantar outras características e explicações para o fenômeno.

ii. Perguntas de pesquisa e hipóteses

Portanto, para investigar o fenômeno é utilizado um estudo de caso do tipo exploratório, o qual não se limita a uma única tipologia de análise, portanto, são incorporados aspectos de revisão documental, levantamento de dados, exame e comparação de arquivos, revisão de literatura, elaboração de relatórios, entrevistas e visitas a campo, haja vista a preocupação com a validade interna e externa, e a confiabilidade do estudo.

Assim, serão respondidas as seguintes perguntas de pesquisa abaixo, na seguinte ordem, e com as seguintes estratégias de análise empírica:

1. Quais são os artigos da Lei 10.216/01 não pegam em Brasília e o que contribui para isso acontecer? (levantamento de dados, visitas a campo, elaboração de entrevistas)
2. Quais são os artigos da Lei 10.216/01 que pegam em Brasília e quais são os procedimentos que ajudam estes funcionarem? (levantamento de dados, visitas a campo, elaboração de entrevistas)
3. O que diferencia os artigos que pegaram dos que não pegaram em Brasília? (exame e comparação de dados)
4. Quais são os atores sociais envolvidos e seus posicionamentos, tanto na formulação da Lei (poder legislativo), quanto na sua aplicação (poder executivo)? (levantamento de dados, revisão de literatura, elaboração de relatórios)
5. O que a literatura define como barreiras para a implementação? (revisão de literatura)
6. Há a presença de barreiras para a implementação desta Lei em Brasília? Se sim, quais são? O que foi feito para resolver o problema de implementação? (levantamento de dados em campo, elaboração de entrevistas e relatórios)

Após respondidas as perguntas de pesquisa, se buscará verificar a aplicação ou não das seguintes hipóteses: i) a Lei pode ter sido feita para não pegar; ii) há falta de interesse público, que impede a Lei pegar em Brasília; iii) a Lei não pega em Brasília devido à presença de barreiras à implementação. Por fim, para se explorar outros aspectos do tema, serão feitas inferências causais através do método indutivo, com base nos resultados encontrados, para se compreender o porquê de ainda existirem manicômios em Brasília.

iii. Objetivos Gerais e Específicos

Este estudo tem como objetivo geral, trazer uma contribuição para incentivar outras pesquisas sobre o fenômeno ‘leis que não pegam’, pois este tipo de investigação é pouco realizada no Brasil. Porém, nosso país precisa de mais estudos nessa área, pois esse tipo fenômeno parece frequente em nossa realidade, em que há várias leis sem eficácia. Se existissem mais estudos que mostrassem o porquê do fenômeno acontecer, haveria a possibilidade do fenômeno ser combatido por intermédio de um respaldo científico e racional.

Em objetivos específicos, por possuir o foco na questão da saúde mental, esta pesquisa busca identificar quais são os atores sociais envolvidos na formulação da lei, seus comportamentos e atribuições durante os dossiês de tramitação e audiências públicas (poder legislativo). Após isso, são analisados os discursos desses atores até a data da efetiva

aprovação e vigência da Lei 10.216/01. A finalidade é fazer um levantamento de dados e exame das possíveis influências do poder legislativo na existência do fenômeno e verificar se existe a possibilidade da Lei ‘ter sido feita para não pegar’. Se essa hipótese for confirmada, após responderem-se as perguntas de pesquisa relacionadas a ela, serão pensadas possíveis estratégias que amenizariam esta situação no futuro.

Posteriormente, serão identificados, ainda em objetivo específico, os atores sociais responsáveis para a sua implementação (poder executivo). Os dados colhidos em campo serão analisados segundo a bibliografia que envolve o tema dos estudos sobre Instituições e Implementação de Políticas Públicas, ocasião em que, após reflexão, serão elaboradas considerações sobre um possível modelo que explique especificamente o porquê da Lei 10.216/01 ser uma ‘Lei que não pega’ em Brasília, segundo sua implementação. Através do modelo sugerido, serão oferecidas possíveis sugestões de amenização dos problemas existentes.

iv. Abrangência

O presente estudo se limita à implementação da Lei 10.216/01, no Distrito Federal, no âmbito do poder público. O corte temporal está relacionado ao início da tramitação e período de implementação da lei até a atualidade, ou seja, no intervalo de 1989-maio de 2017.

v. Estratégias de análise de dados

Segundo Yin, os estudos de caso, da mesma forma que os experimentos, são generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações ou universos. Assim, o estudo de caso não traz amostragens, e por isso, seu objetivo é expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística). Por sua natureza, os estudos de caso, representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se concentra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real (YIN, 2005), que é o caso das condições encontradas nesse estudo.

A pesquisa em questão focaliza três unidades de análises, o que caracteriza o desenho do estudo de caso como simples e incorporado, isto é, dentro de um caso único, se dá atenção às várias unidades. As unidades de análise são: instituições de contato direto com o público (hospitais públicos psiquiátricos/ instituto de saúde mental/ alas psiquiátricas), Ministério da Saúde e o Poder Legislativo. Segundo Antônio Carlos Gil, a delimitação das unidades de análise permite boa representatividade dentro do estudo de políticas públicas, superando as dificuldades de generalização dos resultados imposta pela metodologia de estudo de caso. (GIL, 1994)

A opção por este recorte se deve em razão das atribuições de implementação conferidas pelo art. 12 da Lei 10.216/01 e da participação polêmica de atores sociais no Congresso Nacional durante a tramitação da lei, os quais tinham conflito de interesses em promulgar uma lei que pegasse ou não.

O Ministério da Saúde, através dos seus conselheiros, é considerado instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde (SUS) de caráter permanente e deliberativo, que tem como missão a deliberação, a fiscalização, o acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. Além das competências conferidas pela Lei 10.216/01, o Conselho Nacional de Saúde, assim como o Ministério da Saúde, devem aprovar o orçamento segundo suas atribuições e acompanhar a sua execução orçamentária.

O Congresso Nacional, composto pela Câmara dos Deputados e Senado Federal, é onde se exercem as atividades do poder legislativo, que consiste em exercer atribuições legislativas⁹, de fiscalização e controle¹⁰. Geralmente, a Câmara dos Deputados e o Senado Federal funcionam juntos no processo de elaboração das leis complementares e ordinárias (o

⁹ Quanto à função legislativa, cabe ao Congresso Nacional legislar sobre as matérias de competência da União, mediante elaboração de emendas constitucionais, de leis complementares e ordinárias, e de outros atos normativos com força de lei. O art. 48 da Constituição lista diversos assuntos que podem ser objeto de leis, que dependem da aprovação do Congresso Nacional e da sanção do Presidente da República. Por sua vez, o art. 49 da Constituição Federal traz a relação das competências exclusivas do Congresso Nacional, que são veiculadas por decreto legislativo, para o qual não é exigida a sanção presidencial.

¹⁰ Sobre a função fiscalizadora, o art. 70 da Constituição estabelece a competência do Congresso Nacional para a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta. Para que possa exercer essa função, o Congresso Nacional é auxiliado pelo Tribunal de Contas da União. O Congresso Nacional e suas Casas dispõem, ainda, de outros mecanismos de fiscalização e controle, entre os quais podemos mencionar: a possibilidade de convocação de Ministro de Estado ou de titulares de órgãos diretamente vinculados à Presidência da República para prestar informações sobre assunto previamente determinado; o encaminhamento de pedidos de informações a essas autoridades pelas Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal; a instalação de comissões parlamentares de inquérito pelas Casas, em conjunto ou separadamente, para apuração de fato determinado e por prazo certo.

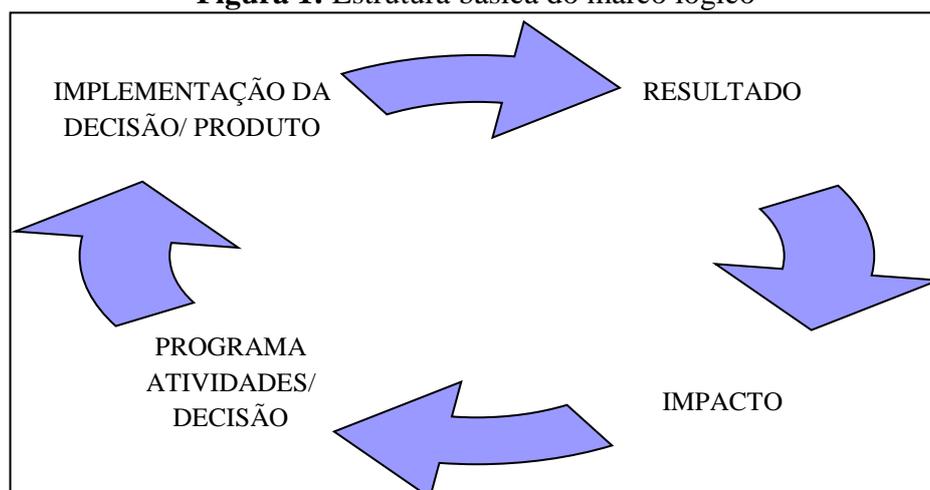
caso da Lei 10.216/01), em que uma Casa funciona como iniciadora e a outra como revisora. Assim, nenhuma lei é aprovada ou enviada para sanção presidencial sem que tenham ocorrido oportunidades de discussão e negociação e entre os atores das duas casas.

As instituições de contato direto com o público (hospitais públicos psiquiátricos/ instituto de saúde mental/ alas psiquiátricas) são os locais em que se perceberão as consequências da implementação da lei.

Assim, neste estudo, para analisar os dados, serão observadas as estratégias, os discursos, os procedimentos e arranjos (inclusive institucionais) adotados na tramitação legislativa e implementação das políticas públicas da Lei 10.216/01 pelo Ministério da Saúde. O objetivo destas análises será de identificar os pontos onde podem ser obtidos ganhos de eficiência e eficácia. Também serão observadas e identificadas as oportunidades e dificuldades ocorridas durante a realização das atividades previstas, através de entrevistas, relatórios, questionários, e exame dos documentos publicados em diário oficial, sites do Congresso Nacional, Câmara e Senado.

Segundo a lógica deste modelo, a plena realização das atividades leva a um produto (*output*), que se realizado, leva a um resultado (*outcome*), o qual por sua vez pode gerar o impacto esperado ou não. Dependendo da avaliação desse resultado, gera-se um novo programa de atividades, que sucessivamente repete o ciclo até que se alcance o resultado esperado. Além dos elementos acima, são também parte desse modelo alguns indicadores que permitem mensurar o alcance das etapas do programa, bem como a influência de fatores externos intervenientes nos resultados e impactos da política. (FREIRE, 2006)

Portanto, o marco lógico de análise de baseará inspirado nos seguintes mecanismos a partir da metodologia adotada pelo escritório do Brasil do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), segundo os principais elementos:

Figura 1: Estrutura básica do marco lógico

Fonte: A autora com base na metodologia adotada pelo escritório do Brasil do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)

Como mencionado, o desenho do modelo acima mostra que a adequada implementação dos produtos leva ao alcance do resultado pretendido. Assim, o modelo de análise se baseia no pressuposto da relação causal entre produtos, resultado e impacto, pois a concretização dos produtos se refletirá na implementação efetiva da lei e extinção progressiva dos manicômios.

vi. Fontes

Neste estudo foram utilizadas fontes primárias e secundárias. Dentre as fontes primárias, encontram-se o relatório de tramitação da lei, entrevistas e relatórios de visita de campo. Como fontes secundárias estão dados estatísticos, documentos públicos, estudos acadêmicos, relatórios de organismos internacionais, notícias de jornal e internet, livros, artigos e periódicos.

II. DELIMITAÇÃO DO OBJETO

Neste capítulo, serão abordados os aspectos que classificam o objeto de estudo desse trabalho, abrangendo desde a parte histórica e estrutural da Lei 10.216/01, até os atores sociais que se envolveram no objeto de estudo. Assim, tal capítulo é importante para, seguindo-se a metodologia, e percebendo os limites do objeto de estudo, possam-se verificar as conceituações e referências que serão retomadas posteriormente na análise dos dados.

i. História da Lei 10.216/01

A trajetória do movimento antimaniconial, que gerou a promulgação da Lei 10.216/01 começou na época do regime militar, em 1976, tempo em que haviam diversos movimentos sociais no Brasil, principalmente os relacionados ao setor da saúde¹¹. Tais movimentos na área se intensificaram com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), do movimento de Renovação Médica (REME), e do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. No início do movimento o foco das entidades era pedir aumento salarial, redução no número excessivo de consultas por turno de trabalho, bem como em denunciar e acusar o governo militar em seus programas de assistência psiquiátrica, os quais incluíam práticas de tortura, fraudes e corrupção nos tratamentos de saúde mental.

Havia exigências para que o serviço de saúde mental fosse mais humanizado, tanto para os trabalhadores, quanto para os pacientes. Tais reivindicações começaram com uma greve de oito meses, em 1978, e passou a chamar a atenção da imprensa. As primeiras repercussões da greve na mídia aumentaram as expectativas de discussão política sobre o assunto da saúde mental, ocasião em que foram organizados congressos acadêmicos, em especial, o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 1978, cujo foco não era necessariamente limitado ao campo da saúde mental em si, mas também ao debate sobre o regime político nacional. Além disso, tais eventos intelectuais sobre a saúde mental, passaram a serem recorrentes, e trouxeram autores importantes como Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman ao Brasil (São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte), trazendo novas discussões e paradigmas sobre possíveis tratamentos mais humanitários aos pacientes portadores de doença mental.

¹¹ Amarante P, coordenadores. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

Esse intercâmbio de pensamentos moldaram as exigências já presentes nos movimentos sociais, e repercutiu na criação de associações de usuários e familiares, como a “Loucos pela Vida” de São Paulo e a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA) do Rio de Janeiro.

O crescimento do número de associações, congressos e eventos no tema de saúde mental, somado às manifestações populares, constituiu um movimento nacional que buscava a transformação das políticas e práticas psiquiátricas, marcando um distanciamento do Estado e aproximação da sociedade. Posteriormente, instalou-se um lema em comum: “por uma sociedade sem manicômios”.

A partir de então, o movimento antimanicomial tomou forma e força, sinalizando uma discussão da questão da loucura para além do limite auxiliar. Foi oficializado documentalmente com o Manifesto de Bauru, o qual consolidou um compromisso entre os profissionais e a sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e suas formas de tratamento. Suas características o definiram como um movimento social, plural, independente, autônomo e em parceria com outros movimentos sociais.

A partir deste manifesto, surge outro movimento social, chamado Articulação Nacional da Luta Antimanicomial, que organizou a sociedade em prol da causa através de articulações sociais, encontros acadêmicos, aumento de representações em conselhos municipais e estaduais de saúde, fóruns sociais, entidades de categorias, e setores políticos.

Segundo o autor Amarante¹², a reforma psiquiátrica, portanto, foi um processo social complexo que articulou várias dimensões simultaneamente, envolvendo movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria poderia captar e compreender em sua complexidade e totalidade. Tão é complexa, que os próprios participantes da reforma psiquiátrica, nas décadas de 1970 e 1980, constituíram um campo de ações e lutas sociais, divulgando, mobilizando, implantando práticas transformadoras, refletindo, e criticando o antigo modelo de psiquiatria.

São estes participantes que, com suas ideologias, perspectivas e práticas diferentes construíram um cenário conflitante, de enfrentamento. Em um plano geral, os conflitos

¹² Amarante P. [Clínica] e a Reforma psiquiátrica. In: Amarante P, organizadores. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003

referentes à questão do louco e da loucura se tornaram mais evidentes entre os setores que estão localizados em campos antagônicos: os antimanicomialistas versus os manicomialistas.

Em 1989, no Congresso Nacional foi dada a entrada do Projeto de Lei 3657/1989 do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. O movimento assume de vez as instituições, através do poder legislativo. Em 2001, após 12 anos de tramitação e debates no Congresso Nacional, a Lei Federal 10.216 foi sancionada, com um texto diferente do texto original, no país, pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso, entrando em vigência em sua publicação em Diário Oficial, qual seja dia 09/04/2001.

ii. Estrutura da Lei 10.216/01

O procedimento de elaboração de leis segue as regras estabelecidas pela Lei Complementar nº 95/1998. Segundo esta lei, devem ser obedecidos certos requisitos, ou seja, as leis devem ser estruturadas em três itens: 1. Parte Preliminar (epígrafe, ementa, preâmbulo, enunciado do objeto ou indicação de aplicação); 2. Parte Normativa (texto e conteúdo das normas); e 3. Parte Final (medidas de implementação, disposições transitórias, cláusula de vigência, cláusula de revogação).

A parte preliminar é formada de 4 (quatro) elementos: epígrafe, ementa, preâmbulo e sugestão de aplicação. Nesse sentido, a epígrafe revelará a categoria normativa e sua localização no tempo, trazendo o número e ano da lei. A ementa, por sua vez, trará o resumo da lei, apresentando em redação concisa os motivos e objetos da norma. O preâmbulo indicará o órgão ou instituição competente para a prática do ato e sua base legal. A sugestão de aplicação, por fim, é trazida no primeiro artigo da lei, o qual deve explicar a área de aplicação da lei.

Nesse sentido, a Lei 10.216/01 possui como parte preliminar (epígrafe, ementa, preâmbulo e indicação de aplicação) os seguintes textos:

Figura 2: Parte preliminar da Lei 10.216/01

<p>Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (EPÍGRAFE)</p> <p style="text-align: right;">Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (EMENTA)</p> <p>O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei: (PREÂMBULO)</p> <p>Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (INDICAÇÃO DE APLICAÇÃO)</p>

Fonte: BRASIL, 2001. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acessado em 21/05/2017

Continuando, a referida lei federal, contém em sua parte normativa (texto e conteúdo das normas) 10 artigos. A parte referente ao texto e conteúdo das normas é composta pelas redações das normas objeto da lei. Ainda, segundo a Lei Complementar nº 95/1998, as normas jurídicas devem obedecer aos princípios da integralidade, irredutibilidade, coerência, correspondência e realidade.

O princípio da integralidade exige que a lei seja suficiente e íntegra para suprir as necessidades sociais a que se refere. O princípio da irredutibilidade exige que a lei expresse apenas o pertinente aos objetivos e fins a que visa, evitando excessos legislativos e reiterações. O princípio da coerência exige que a lei traduza uma unidade de pensamento sem contradições lógicas e conceituais. O princípio da correspondência exige que a lei dialogue harmonicamente com as demais normas que compõem as normas jurídicas. Por fim, o princípio da realidade exige que a lei leve em conta a realidade social, política e econômica que visa a regular, evitando disposições irreais, arbitrariedade e irresponsabilidade legislativas.

Assim sendo, vejamos a seguir a parte normativa da Lei 10.216/01:

Figura 3: Parte Normativa da Lei 10.2016/01 (texto e conteúdo das normas)

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Fonte: BRASIL, 2001. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acessado em 21/05/2017

Figura 4: Parte Normativa da Lei 10.216/01
(continuação do texto e conteúdo das normas)

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Fonte: BRASIL, 2001. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acessado em 21/05/2017

Por fim, a parte final das leis é composta de medidas de implementação, disposições transitórias, cláusula de vigência, cláusula de revogação, fecho e assinatura. As medidas de implementação se caracterizam como as maneiras que o Estado articulará a aplicação e eficácia da lei nas instituições. As disposições transitórias são as intervenções do Estado para resolver a situação temporariamente. A cláusula de vigência se referirá à data em que a lei entrará em vigor, e a de revogação será a declaração expressa de que a lei revoga leis anteriores ou normas em contrário. O fecho é o encerramento da proposição, o qual incluirá a data e local da apresentação da lei. Por fim a assinatura selará o ato legislativo conferindo legitimidade, e deve conter a assinatura do chefe de Estado, do presidente da Câmara dos Deputados, do Senado, e do Ministro de Estado responsável pelo tema da lei, o qual passa a ser responsável pela sua observação e coobservância.

Assim, vejamos os textos referentes à parte final da Lei 10.216/01:

Figura 5: Parte Final da Lei 10.216/01

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei. **(MEDIDAS DE IMPLEMENTAÇÃO)**

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. **(CLÁUSULA DE VIGÊNCIA)**

Brasília, 6 de abril de 2001; 180^º da Independência e 113^º da República. **(FECHO)**

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO **(ASSINATURAS)**

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

Fonte: BRASIL, 2001. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acessado em 21/05/2017

iii. Atores sociais que se envolveram na formulação e tramitação da Lei 10.216/01

Envolveram-se diretamente na formulação e tramitação da Lei 10.216/01, Paulo Delgado (deputado federal representante de MG, e que fez o Projeto de Lei), Jose Gregori (Ministro da Justiça), José Serra (Senador), Roberto Brant (Ministro da Previdência Social), Fernando Henrique Cardoso (Presidente, sancionou a lei), a liderança do Partido dos Trabalhadores (PT), os deputados Carlos Mosconi, Harlan Gadelha, Juarez Marques Batista, Inocêncio Oliveira, Eduardo Jorge, Dr. Rosinha, Jandira Feghali, Marcos Rolim, Paulo Baltazar, Mozarildo Cavalcanti, Ricardo Fiuza, Bonifácio de Andrada, Sandra Cavalcanti, Roberto Jefferson, Salomão Gurgel, Damião Feliciano, Regis Cavalcante, e os senadores João Paulo Bisol, Lucídio Portella, Beni Veras, Lourival Baptista, Gilvam Borges, Gerson Camata, Emília Fernandes, Lúcio Alcântara, José Eduardo Dutra e Sebastião Rocha.

iv. Atores sociais responsáveis pela implementação da Lei 10.216 em Brasília

A tarefa de implementação e fiscalização desta lei está assegurada ao Ministério da Saúde, através do Conselho Nacional de Saúde, que por portarias, resoluções, normas técnicas, e organização interna através das Secretarias Estaduais, Municipais e Distritais de Saúde, atribuem gestão e fiscalização das ações do Estado, o que inclui o Sistema único de Saúde (SUS), as CAPS, as residências terapêuticas e hospitais.

Com relação ao Ministério da saúde, fez-se um apanhado das portarias que o mesmo fez, para a implementação da Lei 10.216/01 em Brasília, discriminado na tabela abaixo, a ser analisada posteriormente.

Tabela 1: Principais estratégias realizadas pelo Estado e pelo Gabinete do Ministro da Saúde (GM) para a implementação da Lei 10.216/01, após sua vigência e validade. Dados até abril de 2017.

REFERÊNCIA	PROGRAMA	RESUMO
Portaria GM 251/2002	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria	Estabelece critérios de avaliação e supervisão dos hospitais psiquiátricos, sendo que os considerados de baixa qualidade seriam extintos e os pacientes transferidos para os que se adequam aos critérios da portaria. Justificou-se que estabelecer critérios de classificação reestruturaria o sistema hospitalar psiquiátrico, permitindo nova configuração com redução progressiva dos leitos e melhoria na qualidade da assistência hospitalar psiquiátrica.
Portaria GM 336/2002	Expansão e qualificação da rede CAPS	Acrescenta serviços substitutivos aos de internação psiquiátrica, ao aumentar a abrangência do tratamento ambulatorial, e direciona outros serviços para tratar problemas relacionados ao álcool e outras drogas, na infância e adolescência. A portaria também permite existência de uma espécie de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS.
Lei 11.705/2008 e Portaria GM 816/2002	Política de Álcool e outras Drogas	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas.
Portaria GM 817/2002	Política de Álcool e outras Drogas	Inclui na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares

		(SIH-SUS) procedimentos de internação por uso prejudicial de álcool e drogas.
Portaria GM 1.467/2002	Comissão Nacional para acompanhar a implementação da Lei 10.216/01	Cria comissão de revisão, acompanhamento e monitoramento do processo de avaliação (PNASH/Psiquiatria) da rede de hospitais psiquiátricos públicos, privados e filantrópicos conveniados ao SUS.
Portaria GM 2.391/2002	Política Nacional de Saúde Mental	Busca mostrar diretrizes para implementar a Lei 10.216/01, e permitir o acompanhamento sistemático, pelo Ministério Público e gestores do SUS, nas internações psiquiátricas involuntárias.
Portaria GM 457/2003	Política de Álcool e outras Drogas	Cria grupo de trabalho intraministerial (GAOD) para estabelecimento de uma política de saúde para a área de álcool e outras drogas.
Portaria GM 1.455/2003	Expansão e qualificação da rede CAPS	Define fundo de um apoio financeiro para compra de equipamentos para os serviços da CAPS cadastrados em 2002 e 2003.
Portaria GM 1.946/2003	Política Nacional de Saúde Mental	Cria Grupo de Trabalho destinado a elaborar proposta de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes como espaço de articulação intersetorial
Portaria GM 1.947/2003	Expansão e qualificação da rede CAPS	Plano Estratégico para expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para a Infância e Adolescência, prevendo a implantação de 70 CAPS em municípios estratégicos, até 2004.
Lei 10.708/ 2003	Programa de Volta para Casa	Prevê um auxílio-reabilitação psicossocial para acompanhamento e integração social de pessoas portadoras de doença mental, para serem tratados fora da unidade hospitalar. O auxílio é previsto para pessoas com história de longa internação psiquiátrica (dois anos ou mais de internação).

Portaria GM 2077/2003	Programa de Volta para Casa	Regulamenta a Lei no 10.708/03 (“De Volta Para Casa”) definindo os critérios de cadastramento dos beneficiários do Programa, de habilitação dos municípios e de acompanhamento dos benefícios concedidos.
Portaria GM 2.078/2003	Programa de Volta para Casa	Institui a Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”.
Lei nº 10.792/2003	Política Nacional de Saúde Mental	Altera a Lei de execuções penais estabelecendo que presos com problema mental terá uma estrutura estatal formada por no mínimo, 2 (dois) chefes de serviço, 1 (um) psiquiatra, 1 (um) psicólogo e 1 (um) assistente social, quando se tratar de condenado à pena privativa de liberdade.
Portaria GM 52/2004	Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS	Estabelece um mecanismo organizador do processo de redução de leitos, com apoio financeiro pela redução (priorizando os hospitais de menor porte) e pela melhor qualidade de assistência, aferida pelo PNASH – Psiquiatria.
Portaria GM 53/2004	Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS	Estabelece procedimentos administrativos para organizar o SIH-SUS
Portaria GM 358/2004	Política Nacional de Saúde Mental	Estabelece recursos para implementar a Lei 10.216/01
Portaria GM 595/2004	Programa de Volta para Casa	Habilita municípios para realizarem o programa “de volta para casa” (Brasília – DF/Manaus –AM/ Itaitinga – CE/ Itamaracá –PE/ Natal – RN/ Florianópolis –SC/ Aracajú –SE/ Taubaté –SP)
Portaria GM 1.174/2004	Expansão e qualificação da rede CAPS	Apoio financeiro para Centros de Atenção Psicossocial - CAPS,
Portaria GM 1608/2004	Política de Saúde Mental Infanto-juvenil	Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes para funcionar como espaço de discussão e criação de diretrizes de políticas nacionais para a saúde mental infanto-juvenil
Portaria GM 1935/2004	Expansão e qualificação da rede CAPS	Apoio financeiro antecipado

		para Centros de Atenção Psicossocial em fase de implantação
Portaria GM 2.068/2004	Programa de Volta para Casa	Apoio financeiro para a realização das residências Terapêuticas (casas, locais de moradia, destinadas a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem)
Portaria GM 2.069/2004	Programa de Volta para Casa	Habilita mais municípios para realizarem o programa “de volta para casa”
Portaria GM 2.197/2004	Política de Álcool e outras Drogas	Amplia a administração interna institucional para proporcionar atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS
Portaria GM 245/2005	Expansão e qualificação da rede CAPS	Apoio financeiro para implantação de novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
Portaria GM 246/2005	Programa de Volta para Casa	Apoio financeiro para implantação de novos serviços residenciais terapêuticos
Portaria GM 429/2005	Política de Álcool e outras Drogas	Cria o Comitê Técnico Assessor da Política de Álcool e outras drogas do Ministério da Saúde
Portaria GM 1.028/2005	Política de Álcool e outras Drogas	Regulamenta ações para reduzir os danos sociais e à saúde, decorrente do uso de álcool e outras drogas.
Portaria GM 1.059/2005	Política de Álcool e outras Drogas	Apoio financeiro a ser repassado aos Estados e Municípios que desenvolvam ações de redução de danos vinculadas ao trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
Portaria GM 384/2005	Política de Álcool e outras Drogas	Organizar a administração interna das CAPS que trabalham com álcool e outras drogas
Portaria GM 395/2005	Política Nacional de Saúde Mental	Determina que os hospitais psiquiátricos dos grupos II a IV, que não aderiram ao Programa de reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS-2004, voltem a ser remunerados

Portaria GM 1.169/2005	Política Nacional de Saúde Mental	Apoio financeiro para municípios que, no âmbito da saúde mental, desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho
Portaria GM 1.174/2005	Expansão e qualificação da rede CAPS	Apoio financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS
Portaria GM 1.612/2005	Política de Álcool e outras Drogas	Normas de Funcionamento e funcionamento dos Hospitalares que atendem os usuários de Álcool e outras Drogas
Portaria GM 2.542/2005	Formação Permanente em Saúde Mental	Estabelece um grupo de trabalho para elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio
Portaria GM 678/2006	Política Nacional de Saúde Mental	Estratégias para avaliação, monitoramento, supervisão aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros serviços da rede pública de saúde mental do SUS.
Portaria GM 1.876/2006	Política Nacional de Saúde Mental	Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. Esta portaria apresenta o primeiro produto do GT da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. Oferece uma série de ações, que envolve promoção da qualidade de vida, prevenção primária, secundária e terciária, tratamento e reabilitação psicossocial, que têm impacto na redução das taxas de mortes por suicídio e nos danos causados aos familiares, amigos e colegas de trabalho das vítimas.
Portaria GM 748/2006	Programa de Volta para Casa	Estratégias administrativas para identificar e quantificar as residências terapêuticas implantadas no país, buscando conhecer a sua localização e a sua capacidade operacional.
Portaria GM 2.488/2007	Política Nacional de Saúde Mental	Reajuste financeiro de diárias em psiquiatria
Portaria GM 2.759/2007	Política Nacional de Saúde Mental	Estabelece as primeiras diretrizes para a atenção à saúde mental da população indígena
Portaria GM 3.211/2007	Formação Permanente em Saúde	Institui Grupo de Trabalho

	Mental	sobre a atenção aos portadores de autismo na rede pública de saúde
Portaria GM 3.237/2007	Política Nacional de Saúde Mental	Regras administrativas internas para ter acesso e administrar medicamentos de saúde na população
Decreto nº 6.085/2007	Política Nacional de Saúde Mental	Promulga o Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes
Portaria GM 154/2008	Núcleos de Apoio a Saúde da Família	Traz a recomendação de que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) conte com pelo menos um profissional de saúde mental
Portaria GM 1.899/2008	Formação Permanente em Saúde Mental	Institui o Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental em Hospitais
Portaria GM 1.954/2008	Política Nacional de Saúde Mental	Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei nº 10.708/03
Portaria GM 2.867/2008	Política Nacional de Saúde Mental	Promove o Pacto de Gestão, realocando os recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) destinados ao pagamento dos procedimentos cobrados pelos CAPS para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios
Portaria GM 1.190/2009	Política de Álcool e outras Drogas	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS
Portaria GM 1.191/2009	Política de Álcool e outras Drogas	Reajuste financeiro nos valores dos procedimentos para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas
Portaria GM 1.195/2009, 1.196/2009, 1.197/2009, 1.198/2009	Política Nacional de Saúde Mental	Complementar os recursos já repassados aos estados e municípios
Portaria GM 2.629/2009	Política Nacional de Saúde Mental	Reajusta os valores dos procedimentos para a atenção em saúde mental em Hospitais e incentiva internações de curta duração
Portaria GM 2.6644/2009	Política Nacional de Saúde Mental	Organização administrativa

		em que os hospitais passam a serem classificados em quatro classes, definidas por porte
Portaria GM 2.647/2009	Política Nacional de Saúde Mental	Apoio financeiro a ser incorporado ao teto financeiro anual dos Estados, Distrito Federal e Municípios.
Portaria GM 404/2009	Política Nacional de Saúde Mental	Reclassifica os Hospitais Psiquiátricos nas Classes N I, N II, N III e N IV. Na tabela oferecida, foi classificado o Hospital são Vicente de Paula de Brasília, de acordo com o porte, na classe NI (porte pequeno), pois possui 85 leitos. A Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) de Brasília não recebeu classificação.
Portaria GM 426/2009	Política Nacional de Saúde Mental	Organização administrativa, estabelecendo que os hospitais que realizarão o descredenciamento permaneçam nas classes em que se encontravam em outubro de 2009.
Portaria GM 2.841/2010	Política de Álcool e outras Drogas	Institui o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas
Portaria GM 2.842/2010	Política de Álcool e outras Drogas	Estabelece regras de funcionamento dos Serviços Hospitalares de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas
Portaria GM 2.843/2010	Política de Álcool e outras Drogas	Cria no SUS estabelecimentos que atendam prioritariamente os usuários de crack, álcool e outras drogas
Portaria GM 3.088/2011	Política de Álcool e outras Drogas	Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
Portaria GM 3.090/2011	Programa de Volta para Casa	Estratégia de desinstitucionalização, em que se estabelece repasse de recursos financeiros para implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos
Portaria GM 3.089/2011	Expansão e qualificação da rede CAPS	Financiamento dos Centros

		de Atenção Psicossocial (CAPS)
Portaria GM 130/2012	Expansão e qualificação da rede CAPS	Redefine o CAPS AD III e os apoios financeiros
Portaria GM 854/2012	Expansão e qualificação da rede CAPS	Alteração tabela de procedimentos dos CAPS
Portaria GM 148/2012	Política de Álcool e outras Drogas	Define as normas de funcionamento para atenção a pessoas com transtorno mental e necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.
Portaria GM 1.615/2012, 349/2012	Política Nacional de Saúde Mental	Apresenta informações sobre a implantação de leitos de saúde mental em Hospital Geral
Portaria GM 857/2012	Programa de Volta para Casa	Habilita tabela de incentivos financeiro e organização dos procedimentos de Serviços Residenciais Terapêuticos
Portaria GM 953/2012	Política de Álcool e outras Drogas	Inclui Serviços Hospitalares específicos para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.
Portaria GM 132/2012	Política Nacional de Saúde Mental	Apoio financeiro para as instituições de Reabilitação Psicossocial da Rede do Sistema Único de Saúde (SUS)
Portaria GM 1.966/2013	Expansão e qualificação da rede CAPS	Altera custeio dos CAPS 24h
Portaria GM 615/2013	Expansão e qualificação da rede CAPS	Apoio financeiro para construção de novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial
Portaria GM 2.495/2013, 3.168/2013, 342/2013	Expansão e qualificação da rede CAPS	Processo seletivo de propostas para Construção de Centros de Atenção Psicossocial CAPS
Portaria GM 118/2014	Política Nacional de Saúde Mental	Desativa automaticamente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os Estabelecimentos de Saúde que estejam há mais de 6 (seis) meses sem atualização cadastral
Portaria GM 94/2014	Política Nacional de Saúde Mental	Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aos pacientes em medida de segurança
Portaria GM 95/2014	Política Nacional de Saúde Mental	Apoio financeiro para

		realização de avaliação e acompanhamento ao paciente em medida de segurança
Portaria GM 2.840/2014	Programa de Desinstitucionalização	Apoio financeiro, criação do Programa de desinstitucionalização para tirar dos hospitais psiquiátricos as pessoas com doença mental ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
Portaria GM 1.082/2014	Política Nacional de Saúde Mental	Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em medida de segurança
Portaria GM 482/2014	Política Nacional de Saúde Mental	Define equipes de saúde mental para casos de medida de segurança
Portaria GM 305/2014; 142/2014	Política Nacional de Saúde Mental	Regras administrativas internas para cadastrar equipes nos tratamentos de medida de segurança
Portaria GM 6/2015; 616/2015	Política Nacional de Saúde Mental	Estabelece recurso financeiro para custear o Programa de Trabalho 10.302.2015-8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade - Saúde Mental
Portaria GM 405/2015	Política Nacional de Saúde Mental	Habilita Centro de Atenção Psicossocial para realizar os procedimentos específicos previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria GM 1.654/2016	Expansão e qualificação da rede CAPS	Habilita Estados e Municípios a receberem, em parcela única, o incentivo de implantação de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, CAPS AD III, SRT, Unidade de Acolhimento e Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais.
Portaria GM 966/2016	Política Nacional de Saúde Mental	Habilita os Municípios e os Estados a receberem recursos destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para estabelecimentos de saúde.
Portaria GM 834/2016	Política Nacional de Saúde Mental	Redefine os procedimentos relativos à certificação das

		entidades beneficentes de assistência social na área de saúde.
Portaria GM 849/2017	Política Nacional de Saúde Mental	Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Fonte: A autora

Assim, observa-se que houve a elaboração de várias normas infralegais do Ministério da saúde, para permitir a implementação da Lei 10.216/01 em Brasília, sendo em 2003 o período com maior atividade para inauguração de programas e políticas. A inauguração de novas estratégias de implementação parece ter diminuído nos anos mais recentes, uma vez que observa-se na tabela acima, que nos últimos 3 anos, as portarias do Gabinete do Ministro raramente propõem ideias novas para implementação, apenas buscando aperfeiçoar os programas e políticas já existentes.

Portanto, após feita a coleta e análise preliminar, passemos para o próximo capítulo da dissertação, em que são coletados e analisados os dados de campo e realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade com os atores sociais que possuem contato com a gestão e implementação da lei 10.216/01 em Brasília.

III. ANÁLISE DOS DADOS

Nesta parte do trabalho, são analisados e resumidos os acontecimentos publicados em diários oficiais, dossiês e outros documentos públicos disponibilizados na mídia sobre a tramitação do projeto de lei 3.657/89, que posteriormente virou a Lei 10.216/01, no Congresso Nacional, discursos, pareceres comportamentos e votos dos parlamentares. O objetivo é delimitar os atores, grupos de interesses e cenários envolvidos no debate legislativo para buscar elementos que possam responder algumas das perguntas de pesquisa expostas na metodologia.

i. Relatório do processo legislativo de tramitação na Câmara e no Senado

PROJETO DE LEI Nº 3.657-A/89

Em 12 de setembro de 1989, o deputado federal Paulo Delgado (MG) apresentou o Projeto de Lei nº 3.657-A/89, de sua autoria, visando à extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais. Em sua justificativa, disse que os hospitais psiquiátricos são os recursos inadequados para o atendimento de pacientes com distúrbios mentais, uma vez que geram mais doenças do que cura, e que, além disso, o mundo estava já estava optando pela substituição dos manicômios por serviços alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos e mais terapêuticos. Fez referência à experiência italiana (idealizada por Franco Basaglia incorporada na referida Declaração de Caracas) e americana, que proíbem o sequestro para fins psiquiátricos. Alarmou sobre os números existentes, alegando que a situação manicomial apenas cresce sustenta a privação dos direitos e liberdade dos pacientes (parque manicomial de quase 100.000 leitos, 20.000 leitos estatais, e mais de 600.000 internações anônimas, silenciosas, noturnas, violentas, e na calada obediência dos pacientes). Termina afirmando que a questão psiquiátrica é complexa, por suas interfaces com a Justiça e o Direito, com a cultura, com a filosofia, e com a liberdade.

Contudo, reafirma que o próprio projeto que propõe é conservador, pois é gradual e permite que as Administrações Regionais de Saúde disponham do prazo de um ano para a reorganização do Sistema Assistencial, enquanto os hospitais psiquiátricos já existentes não terão o seu funcionamento interrompido, uma vez que o projeto regulamenta apenas a criação de novos leitos. Justifica ainda que o projeto pretende unicamente melhorar o atendimento

psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e se proteger daqueles que, por serem loucos, não deixaram de ser cidadãos. Citou a legislação do decreto nº 24.559/34, que há época dispunha sobre a profilaxia mental, assistência, proteção à pessoa, aos bens dos psicopatas, e a fiscalização dos serviços psiquiátricos (revogado respectivamente, nessa ordem, pelos decretos nº 99.678/90, nº 1.917/96, nº 2.147/97, nº 2.890/98, nº 3.501/00, nº 3.772/01, nº 4.637/03, nº 4.791/03, nº 5.159/04, nº 6.320/07, nº 7.480/11, e nº 7.690/12, este último em vigência).

Assim, o projeto inicial tinha dois eixos principais: o primeiro apresentava uma reorientação do modelo assistencial, enfocando principalmente o rompimento com o modelo hospitalar e a construção de uma rede substitutiva de serviços; o segundo, relacionado com a garantia de direitos civis dos cidadãos internados, no qual se introduz a instância judiciária como ator no processo de revisão das internações psiquiátricas realizadas “sem o expresse desejo do paciente”, denominadas como compulsórias. (PEREIRA, 2004)

No dia 28/09/1989 tal projeto foi lido, publicado, e despachado às comissões¹³ de Constituição, Justiça e Redação (CCJR), e de Seguridade Social e Família (CSPAS). Diante disso, nos dias 20/10/89, 29/03/90 e 04/04/90, respectivamente, a Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania da Câmara dos deputados se pronunciou pelos membros Juarez Marques Batista (MS), e Harlan Gadelha (GO), os quais concordaram e afirmaram que o projeto continha constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa, pedindo apenas uma correção técnica no projeto (*“cabe corrigir pequeno erro existente no art. 4º: a menção deve ser feita ao Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934 e não, conforme ali consta; ao decreto-lei de mesmo número e data”*). Em votação na casa, tais pareceres foram aprovados unanimemente pela câmara dos deputados.

Em 18/04/90 e 06/06/90, dando continuidade, a Comissão de Seguridade e Família da Câmara dos Deputados, desta vez representada por Carlos Mosconi (MG), se pronunciou pedindo para se corrigir, segundo sugestões do deputado Lúcio Alcântara (CE), o art. 1, §

¹³ As Comissões são órgãos colegiados, podendo ser permanentes ou temporárias. As Comissões Permanentes são integrantes da estrutura institucional da Câmara dos Deputados, participando de elaboração de normas legais mediante exame e deliberação acerca das proposições a elas submetidas. A Comissão de Constituição e Justiça e de Redação (CCJR), assim como a Comissão de Finanças e Tributação (CFT), desempenha papel singular no andamento das proposições, pois seus pareceres podem influir definitivamente no rumo da tramitação, sendo denominados pareceres terminativos. A CCJR emite pareceres terminativos quanto à constitucionalidade ou juridicidade, e a CFT, quanto à adequação financeira ou orçamentária da proposição (Câmara dos Deputados, 2002, p.6 e 7).

único a ser reescrito da seguinte forma: “*Qualquer exceção determinada por necessidade regional, deverá ser objeto de lei estadual.*” Em votação, o projeto original foi aprovado unanimemente pela câmara dos deputados, com a inclusão da emenda sugerida.

Em 05/12/1990, foram oferecidas na Câmara dos Deputados, 7 (sete) emendas modificativas ao projeto antimanicomial pelos deputados Jorge Viana (AC), Ricardo Fiúza (PE), Mozarildo Cavalcanti (RR), Bonifácio de Andrada (MG), e 1 (uma) emenda aditiva pelos deputados Mozarildo Cavalcanti (RR), Luiz Roberto Ponte (CE) e Amaral Netto (RJ).

As emendas modificativas pediram novas redações no preâmbulo¹⁴, nos arts. 1¹⁵, 2¹⁶, 3, e parágrafos do art. 3¹⁷. A emenda aditiva pedia acréscimo de parágrafo no art. 1¹⁸. Em 11/12/90, os deputados participantes das lideranças de seus partidos¹⁹ pediram tramitação urgente urgentíssima para o Projeto de Lei nº 3.657-A/89. Contudo, devido às 8 (oito) propostas de emenda oferecidas, em 14/12/90, Jorge Viana, para obedecer o regimento interno da Câmara (arts. 121 e 152 §1, I) pediu para que se adiasse o projeto para se publicarem, julgarem e analisarem as emendas em plenário, e durante o pedido foi contraditado por Paulo Delgado, da seguinte forma:

¹⁴ No preâmbulo pediu-se nova redação na seguinte forma “Dispõe sobre a regulamentação dos manicômios e a criação de outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (EMENDA 4).

¹⁵ No art. 1º pediu-se para se modificar das seguintes formas: “O Órgão competente do Sistema Único de Saúde, deverá estabelecer a política e a normatização da assistência psiquiátrica, assim como definir os recursos necessários que garantam o funcionamento terapêutico dos hospitais psiquiátricos” (EMENDA 2), ou “A construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação de novos hospitais psiquiátricos somente poderá ocorrer após aprovação de Plano de Saúde Mental, elaborado pelo Ministério da Saúde e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde” (EMENDA 3).

¹⁶ No art. 2º, pediram-se as seguintes novas redações: “As administrações regionais de saúde, (secretarias estaduais e secretarias municipais de saúde), estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não manicomial de atendimento, como hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centro de convivência, pensões e outros” (EMENDA 1), ou “As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais e municipais de saúde) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não manicomial de atendimento, tais como, unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência e outros (EMENDA 5).

¹⁷ No art. 3º pediu-se a seguinte nova redação: “A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a prescreveu, no prazo de 48 horas, à autoridade judiciária local ou à Defensoria Pública, quando houver” (EMENDA 6). Nos parágrafos 2º e 3º do art. 3 pediu-se as seguintes novas redações: “§2º O defensor público, ou a autoridade judiciária, poderá ouvir a todos que julgar conveniente, de forma a emitir parecer em 24 horas sobre a legalidade da internação § 3º O defensor público, ou a autoridade judiciária, poderá proceder auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal, e zelar pelos direitos do cidadão internado” (EMENDA 7)

¹⁸ “Nas regiões onde não houver estrutura ambulatorial adequada a implantação do disposto no caput do artigo, se fará de maneira gradativa, sem colapso para o atendimento” (EMENDA 8).

¹⁹ Ibsen Pinheiro (PMDB), Arnaldo Faria de Sá (PRN), Euclides Scalco (PSDB), José Maria Eymael (PDC), Augusto Carvalho (PCB), Gumercindo Milhomem (PT), Luiz Eduardo (PFL), Célio de Castro (PSB), Gastone Righi (PTB), Afif Domingos (PL), Miro Teixeira (PDT), e Haroldo Lima (PCdoB).

“Sr. Presidente, trata-se de projeto que já tramitou em todas as Comissões. Está na pauta da Ordem do Dia há três sessões consecutivas. Quando da discussão de plenário em que foram apresentadas as oito emendas o nobre Deputado Jorge Vianna não se encontrava presente à sessão, realizada terça-feira, quando foi discutido o projeto. S. Ex' não se achava sequer em Brasília. Há um amplo acordo de todas as Lideranças, para que seja aceita a emenda do Deputado Mozarildo Cavalcanti; inclusive, sem oposição por parte do Ministro da Saúde. O projeto tem sido amplamente discutido com todos os setores interessados e, na tramitação seguinte houve um acordo com o Deputado Roberto Jefferson, do PTB; de que a Fundação Brasileira de Hospitais - FBH, poderia ser ouvida, e seria ouvida na tramitação seguinte do projeto. Isso é que nos faz contestar a tentativa extemporânea de obstrução por parte do Deputado Jorge Vianna, que inclusive foi procurado por mim pessoalmente, para que pudéssemos também incluí-lo no acordo que está possibilitando votar não só este projeto, mas todos os outros constantes da pauta.”

Após a contradita, Jorge Viana pediu para se cumprir o regimento. O presidente (Inocência Oliveira) analisou a situação²⁰, ocasião em que o projeto não foi adiado, mas mantido em urgência, e prosseguiu chamando os deputados Geraldo Alckmin, Adylson Mota, e Mozarildo Cavalcanti, representantes de Comissões, para darem seu parecer e sugestões sobre as emendas oferecidas, no mesmo instante.

Em seu discurso, Alckmin se manteve favorável apenas à emenda nº 8, que adicionava um parágrafo ao art. 1, e disse que as outras se mantinham distantes da intenção do projeto de acabar com os manicômios. Adylson Mota se manteve favorável a todas as emendas. Mozarildo Cavalcanti defendeu a manutenção dos manicômios.

Em seguida, seguiram-se as votações e justificativas, ocasião em que o deputado Roberto Jefferson votou contra o PL 3657-A, justificando que o projeto atrapalha a organização administrativa de saúde já existente, pois cria atribuições desorganizadas às instituições públicas. Os questionamentos afirmavam que não era possível executar o fechamento dos hospitais psiquiátricos, ocasião em que houve demonstração de forte antagonismo do PTB, que pedia inclusive que a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) fosse ouvida na tramitação do projeto, como forma possível de acordo para a votação final. Eduardo Jorge votou a favor do PL 3657-A, e defendeu que a proposta não mostrava conflito

²⁰ “Nobre Deputado, Vossa Excelência só poderá fazer pedido com o apoio de 30 parlamentares. Os Srs. Parlamentares que concordam em que o projeto tenha sua emenda relatada em Plenário, como vem sendo feito até o presente momento, queiram permanecer como se acham, ou seja, os Srs. Parlamentares que apoiam a proposta de que as emendas sejam relatadas em Plenário, para que se cumpra o ritual, como tem sido feito até agora, como a Presidência anunciou, permaneçam como se encontram. (Pausa.) Aprovado, contra o voto do PTB.”

de atribuições à administração pública²¹. Nas votações finais, as emendas modificativas foram rejeitadas, ao contrário da vontade do partido PTB e da deputada Sandra Cavalcanti (PFL).

Após votação e acordo das lideranças²², realizou-se mudança na redação, atribuindo uma versão final intitulada ‘Projeto de Lei nº 3.657-B’, apenas com o acréscimo da proposta de emenda nº 8 dos deputados Mozarildo Cavalcanti, Luiz Roberto Ponte, e Amaral Netto, para ser enviada ao Senado Federal a fim de continuar sua discussão nas bancadas partidárias na legislatura seguinte.

Vale lembrar que à época desta votação, o Congresso Nacional estava na sua 48ª Legislatura (1987-1991), mesma legislatura da Assembleia Nacional Constituinte (1987/1988), ou seja, o plenário de deputados que analisou inicialmente a proposição era o mesmo que participou do processo de elaboração da nova Constituição Brasileira. Além disso, vivia-se um cenário político marcado pela primeira eleição direta para Presidente da República após longo período de autoritarismo. (PEREIRA, 2004)

PROJETO DE LEI Nº 3.657-B/89

Enviado ao Senado em 1991, e após uma discussão de mais 8 (oito) anos, o projeto foi modificado novamente, desta vez pelo Senado, o que gerou uma nova versão final intitulada ‘Projeto de Lei nº 3.657-C’, que foi reencaminhada para a Câmara dos Deputados para anuência e discussão a fim de manter ou formular uma nova versão. Foi nesta fase que houve forte influência da imprensa.

No Senado Federal, o Projeto de Lei 3.657/89 recebeu a numeração: Projeto de Lei da Câmara (PLC) 8/91. Inicialmente, foi encaminhado à Comissão de Assuntos Sociais (CAS), tendo o Senador José Paulo Bisol como relator, para dar suas primeiras opiniões em um parecer. Em seu parecer, Bisol, aparentemente conservador, argumentou que *“no atual estágio histórico da atenção aos doentes mentais, é precipitado dissolver ou tentar dissolver o*

²¹ “Inclusive eu havia tentado explicar isso ao Deputado do PTB. O que vai acontecer é o seguinte: em termos de governo estadual, o Conselho Estadual de Saúde pode criar conselhos setoriais e comissões setoriais na área de saúde mental, de vigilância epidemiológica, de medicamentos etc. Esse conselho estadual de reforma psiquiátrica nada mais é do que um conselho setorial subordinado ao Conselho Estadual de Saúde. Não há aí qualquer conflito. Quero tranquilizar o Deputado do PTB e os demais deputados e parabenizar o nobre Deputado Paulo Delgado pela aprovação desse projeto, que representará grande avanço no sistema de saúde brasileiro.”

²² Acordo feito entre os líderes das bancadas e blocos parlamentares para a solução de questões.

hospital psiquiátrico” (Senado Federal, 1991d, p.137), e assim, propôs uma substituição ao projeto original, sugerindo um outro com premissas diferentes.

Assim, manteve a proposta original de substituição do modelo hospitalar (art.14), com a proibição de: construção de novos hospitais, criação de novos leitos nos hospitais já existentes (art. 15) e contratação ou financiamento pela administração pública, de novos leitos em hospitais psiquiátricos (art. 16). Contudo, a proibição de expansão da rede hospitalar deveria apenas respaldar a etapa de construção da nova rede de serviços, servindo como uma forma de realocação de recursos, garantindo assim a viabilidade financeira dessa proposta. A disponibilidade dos novos recursos assistenciais traria condições para evitar um grande número de internações, e com isso se observaria uma redução da necessidade de leitos hospitalares. Entretanto, não implicaria na dissolução do hospital psiquiátrico, mas em uma quebra da sua hegemonia. (Senado Federal, 1991d, p.139). A postura do Senador demonstrou que ele acreditava na importância do hospital psiquiátrico como recurso para a atenção e tratamento do doente mental, a ponto de que o próprio hospital seria importante para o próprio processo de Reforma Psiquiátrica. Portanto, a proposta de limitação da expansão dos hospitais psiquiátricos seria provisória na medida em que depois de transformados, seriam incorporados como uma das formas de assistência:

“O hospital psiquiátrico, se for capaz de inverter a substância estigmatizante e opressiva de sua institucionalidade, poderá vira ser, em futuro próximo, um importante instrumento da própria reforma psiquiátrica.” (Senado Federal, 1991d, p.139).

Dentre outras propostas sugeridas, o senador Bisol sugeriu que se retirasse a Defensoria Pública para defender, rever e controlar as internações, para que esse papel se exercesse pelo Ministério Público, ou por algum órgão privado, contradizendo o espírito de garantia de direitos civis do projeto original.

Assim, em 1991 os debates sobre o tema aumentaram no senado, ocasião em que se se propuseram três emendas modificativas, 2 (duas) do Senador José Fogaça²³ e 1 (uma) do Senador Lourival Baptista²⁴.

²³ As duas emendas propostas tinham a finalidade de diferenciar manicômio de hospital psiquiátrico, e modificar a redação de dois artigos do projeto original. A primeira emenda dava ao artigo 1º a seguinte redação: “Art. 1º -

Contudo, ao dar o próprio parecer sobre as emendas oferecidas a sua proposta substitutiva, o senador Bisol rejeitou as duas emendas propostas por José Fogaça, e incluiu parcialmente a emenda de Lourival Baptista²⁵. Posteriormente, alguns meses depois, Lucídio Partella e Beni Veras, apresentaram seus “votos em separado²⁶”, demonstrando o crescimento de forças de oposição ao projeto original, seja ampliando o poder médico no processo de internação, ou a participação da iniciativa privada nos fóruns avaliativos do processo de Reforma Psiquiátrica, como propondo estratégias de manutenção dos recursos públicos.

Findo o ano de 1991, a discussão sobre o Projeto de Lei 3.657/89 ficou 4 (quatro) anos sem tramitação no Senado Federal, e só no segundo semestre de 1995, a discussão foi retomada.

A rediscussão do tema veio através de outras 2 (duas) novas propostas: as emendas de um ex deputado que participou da discussão do projeto na Câmara dos Deputados em 1990, ora senador, Lúcio Alcântara, e proposta de substitutivo de Lucídio Portella (Senado Federal, 1995a). (PEREIRA, 2004)

Assim, Lúcio Alcântara passou a agir emitindo pareceres favoráveis à aprovação do projeto antimanicomial, requerendo a substituição progressiva dos manicômios, ao invés da sua extinção, conforme o projeto original, estabelecendo portanto, instrumentos para garantir a execução e a viabilidade. Segundo seus argumentos, caberia ao poder público a coordenação do processo de planejamento da substituição dos leitos manicomiais por serviços não

Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos manicômios públicos” (Senado Federal, 1991a, p.159). E a segunda, apresentava a seguinte redação ao artigo 2º: “Art. 2º - As Administrações Regionais de Saúde (Secretaria Estaduais, Comissões Regionais e locais, Secretarias Municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não manicomiais de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, centro de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial” (Senado Federal, 1991b, p.162).

²⁴ A emenda visava modificar o prazo do artigo 3º, §2º, de 24 horas, para 72 horas, buscando delimitar um prazo que fosse exequível para a internação psiquiátrica compulsória, e assim, assegurar o cumprimento da determinação restritiva (Senado Federal, 1991c, p.165)

²⁵ Ao justificar a não aprovação das emendas afirma que elas se configuram como “expedientes e instrumentos de luta contra a implantação do modelo não hospitalocêntrico de atendimento aos doentes mentais” (Senado Federal, 1991d, p.150).

²⁶ Lucídio Portella posicionou-se contrariamente ao projeto original e ao parecer do relator Senador Bisol, afirmando que o projeto de lei viria contrariar os princípios técnicos e científicos norteadores da prática psiquiátrica, conforme observados no mundo. Já que o hospital psiquiátrico seria um dos estabelecimentos para tratamento de doenças mentais, dever-se-ia defender a garantia de acesso a todas as alternativas de tratamento possíveis neste campo. Já Beni Veras sugeriu a criação de um critério quantitativo para a substituição gradual dos leitos, buscando: impedir o risco, mesmo que improvável, de desospitalização brusca e estabelecer garantias para a rede conveniada de assistência. Propunha ainda a ampliação para 48 horas do prazo de comunicação da internação involuntária à autoridade judiciária. (PEREIRA, 2004)

manicomiais. Sugeriu que os órgãos do SUS teriam o prazo de um ano, a partir da publicação da lei, para apresentarem ao poder legislativo, em seu nível, planejamento e cronograma de implantação dos novos serviços.

Lúcio Alcântara também abordou como seria feita a garantia de recursos do poder público, pelos cinco anos seguintes à publicação da lei, para financiamento do processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomiais através de prioridade na contratação ou financiamento pelo setor público para os prestadores que substituíssem os seus leitos manicomiais por serviços alternativos:

“Concordando com a preocupação de um número significativo de pessoas – familiares e amigos de doentes mentais, psiquiatras e organizações – que fizeram chegar a esta Casa, à Comissão de Assuntos Sociais e a esta Relatoria suas opiniões e apreensões sobre os possíveis reflexos de uma desinstitucionalização brusca sobre os doentes com grave dependência institucional, em razão do seu quadro clínico ou ausência de suporte sócio-familiar, estamos acrescentando, no texto de uma das emendas que oferecemos, dispositivo que garanta que esses doentes serão objeto de políticas e programas de ressocialização, sob responsabilidade sanitária municipal.” (Senado Federal, 1995c, p. 5516).

Manteve o papel do Ministério Público, conforme proposto por Bisol, e sugeriu o aumento de prazo de 72 horas para manifestação do Ministério Público sobre a legalidade da internação. A proposta de Alcântara, embora atendesse alguns dos pontos levantados por grupos contrários ao projeto original, não tocava em algumas questões fundamentais que, para esses grupos, eram inadmissíveis. O ponto principal de seus argumentos era a substituição da rede psiquiátrica para esta mesma ser superada. (PEREIRA, 2004)

Já Lucídio Portella²⁷, por sua vez, ressaltou a importância das contribuições científicas e técnicas no campo das doenças mentais, e tentou distinguir a “boa” e a “má” assistência hospitalar, ocasião em que isso seria motivo para manter os hospitais psiquiátricos como um dos recursos não manicomiais da assistência psiquiátrica. Também, Gilvam Borges disse que não concordava com “qualquer proposta que visasse extinguir a construção de novas unidades

²⁷ O Senador Lucídio Portella na argumentação de seu voto em separado apresentado à CAS, considera que o projeto de lei original era inspirado em “posturas ideológicas que reduzem as doenças mentais a simples conseqüências da chamada ‘repressão político-social dominante’” (Senado Federal, 1995a, p.5507). Toda a argumentação buscava ressaltar a importância das contribuições científicas e técnicas no campo das doenças mentais, o que não teria sido levado em consideração na elaboração do referido projeto. (PEREIRA, 2004)

manicomiais”, pois “o projeto acabaria com o único tipo de assistência organizada para o doente mental” (Senado Federal, 1995b, p.5519), ambos votando contra o projeto original.

Suas propostas aparentam buscar a manutenção dos benefícios de alguns grupos em decorrência da continuidade do sistema hospitalar, sejam benefícios de natureza financeira, que é o caso dos prestadores de serviços, ou mesmo pessoais, como no caso de determinados grupos de familiares, que sustentam a impossibilidade de cuidar dos doentes mentais fora do âmbito hospitalar. Esses três discursos se complementam e se sustentam reciprocamente. (PEREIRA, 2004)

Em novembro de 1995, a Comissão de Assuntos Sociais do senado rejeitou o relatório de Lúcio Alcântara e aprovou o voto em separado de Lucídio Portella, que então recebeu sete emendas: quatro de Lúcio Alcântara e duas de José Eduardo Dutra. Alcântara tentou resgatar seus principais pontos apresentados anteriormente, e que foram rejeitados pela CAS, tais como a substituição progressiva dos manicômios por outros recursos assistenciais, e reafirmar o papel do poder público no processo de instalação de uma nova rede assistencial para o processo de desospitalização, e garantir a prioridade de contratação pelo poder público dos prestadores que substituam os seus leitos manicomiais por serviços alternativos. Por sua vez, José Eduardo Dutra propôs em sua proposta de emenda a substituição do sistema manicomial atual através de critérios de planejamento, com limite de tempo para a desativação, e que essa desativação mantivesse no máximo um décimo do total de leitos existentes no estado, ao ano. Também pediu por uma coordenação pública, formada pelos gestores de saúde dos três níveis do governo, para o processo de substituição dos leitos psiquiátricos manicomiais, bem como que se criassem Conselhos para a Reforma Psiquiátrica, estaduais e municipais, com representação de vários grupos da sociedade²⁸, bem como que se garantisse facilidade de comunicação da internação involuntária à autoridade judiciária local.

Após 6 (seis) meses, as 7 (sete) emendas foram objeto de interferência do senador Lucídio Portella, ocasião em que este pediu pela reprovação de 5 (cinco) delas à Comissão de Assuntos Sociais do senado, que iria julgá-las. Das duas que pediu para aprovar, eram somente aquelas que não comprometiam o teor das suas argumentações anteriormente

²⁸ Neste ponto, José Eduardo Dutra se referiu a representantes dos técnicos, usuários, familiares, poder público, prestadores de serviços, e Ordem dos Advogados.

apresentadas, e que não traziam modificações na sua proposta²⁹. O exame dessas emendas, contudo, demorou cerca de dois anos, até que o senador Sebastião Rocha assumisse a relatoria do projeto uma vez que Lucídio Portella ficou impedido de assumir funções no Senado Federal e de emitir pareceres às Emendas de Plenário. (PEREIRA, 2004)

Apenas no final de 1998, Sebastião Rocha propôs um novo substitutivo inspirado em uma revisão do texto de Lucídio Portella para incorporar as emendas propostas por ele em Plenário, e resgatar algumas características, consideradas por ele, relevantes. O projeto substitutivo de Sebastião Rocha teve um efeito conciliador entre os grupos opositores e defensores do projeto original, pois entendeu a situação psiquiátrica como frágil e ineficiente³⁰, o que tornava o Projeto de Lei relevante, mas não estabeleceu uma proposta de extinção do tratamento hospitalar de internação³¹. Apoiou a apresentação da proposta de lei³², e afirmou que o modelo comunitário de atendimento foi apresentado como uma estratégia viável, com o objetivo de sociabilizar o doente mental. (PEREIRA, 2004)

Para o Senador Rocha o principal propósito do projeto seria 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 manicomiais por

²⁹ uma era de Lúcio Alcântara, que propunha a participação do poder público no processo de reorganização da assistência psiquiátrica, e a outra era de José Eduardo Dutra que afirmava o papel dos gestores do SUS na coordenação da substituição de leitos psiquiátricos manicomiais, e que para isso deveria criar Conselhos de Reforma Psiquiátrica pelas Secretarias Estaduais e Municipais.

³⁰ “a predominância do tratamento em instituições psiquiátricas são de caráter meramente asilar, cuja atuação não tem como objetivo tentar recuperar ou reinserir os doentes em seu meio, mas apenas segregá-los. Estas instituições limitam-se a práticas excessivamente voltadas para a farmacoterapia, com pouca utilização de procedimentos sócio ou psicoterápicos. (...) Em tais circunstâncias, são frequentes as denúncias (de tempos em tempos registradas nos jornais) de maus tratos e violência contra os pacientes. E, à parte essas ocorrências comuns, é habitual os doentes serem mantidos em péssimas condições de higiene, em precário estado nutricional e sem o mínimo cuidado de saúde” (Senado Federal, 1998a, p. 18.687). (...) “Assim como não se admite como normal uma família abandonar qualquer de seus membros portadores de doença crônico-degenerativa (parkinsonismo e Alzheimer, por exemplo), ou de dependência de álcool ou drogas, ou de deficiência mental (síndrome de Down etc), ou de paralisia cerebral, e dela se espera que cuide desse familiar e represente o ‘lugar seguro’ para onde ele possa retornar após receber o tratamento necessário, também não se pode mais aceitar que as famílias de portadores de doença psiquiátrica (cujo comprometimento neuropsicológico possui semelhanças com o que ocorre nas doenças supracitadas) apenas abandonem esses doentes em uma instituição em caráter definitivo. (Senado Federal, 1998a, p. 18688).” (...) “pode-se inferir que as principais forças perpetuadoras do estado de coisas atual no campo da assistência psiquiátrica se baseiam no tripé omissão dos familiares, interesses de donos de hospital e conviência do Poder Público como responsável pelo suporte financeiro.” (Senado Federal, 1998a, p. 18.691).

³¹ Sebastião Rocha se remeteu ao medo da oposição, de que “o projeto poderia colocar todos os doentes mentais nas ruas, onde eles ficariam sem qualquer assistência e ameaçariam a própria integridade e a dos demais cidadãos”, embora se manifestou de que o projeto não permitia que isso acontecesse (Senado Federal, 1998a, p. 18.692).

³² “o processo de reforma psiquiátrica em andamento no País requer outros instrumentos, inclusive a norma legal pertinente, que lhe possam atribuir a celeridade e a efetividade necessárias.” (Senado Federal, 1998a, p. 18691).

leitos em estabelecimentos de saúde mental de caráter comunitário. Neste ponto o Senador destacou dois pontos do tripé apresentado por ele como obstáculos para o processo de Reforma Psiquiátrica: conivência do setor público e interesses dos donos dos hospitais. Ou seja, a grande parte do problema para a transformação da assistência psiquiátrica estaria ligada à forma de financiamento adotada historicamente no país que teria reforçado uma relação em que a lógica do lucro e a ausência de controle e de participação estatal prevaleceriam. (PEREIRA, 2004)

Sobre as falhas apontadas, que deveriam ser resolvidas no projeto original, Sebastião Rocha elencou que não se deveria *“haveria inconstitucionalidade por vício de iniciativa, classificar todas as internações não voluntárias como compulsórias, ignorando a diferença entre as internações determinadas pelo Poder Judiciário e aquelas solicitadas por familiares e/ou médicos e impor atribuições à defensoria pública ou autoridade judiciária que a substitua.”* (Senado Federal, 1998a, p. 18692)

Nisso, Sebastião Rocha elogiou o projeto substitutivo do Senador Lucídio Portella, pois este era *“mais abrangente e conceitualmente mais apropriado”*, e representava um *“real aperfeiçoamento no que tange a estabelecer diretrizes para uma política de saúde mental e para um modelo abrangente de atenção ao doente mental”* (Senado Federal, 1998a, p. 18692) Afirmou que o modelo de Portella era *“modelo abrangente em saúde mental”* contido no substitutivo aprovado era:

“(...) o modelo de assistência ideal, já que prevê essa complementaridade entre o atendimento em hospitais psiquiátricos (prestado de forma integral) e as demais formas de atendimento. Isso, porém, demandaria um significativo crescimento dos recursos gastos com saúde mental, o que o afasta da realidade de saúde no Brasil” (Senado Federal, 1998a, p. 18693).

Desta forma, já que a proposta contida no substitutivo de Portella seria inexecutável, buscou-se demonstrar que a lei se aprovada, traria instrumentos de garantia para a transformação do modelo assistencial, através da reorientação dos recursos do sistema hospitalar para o sistema de base comunitária. Assim, do ponto de vista de Sebastião Rocha, uma lei ideal de saúde mental deveria abranger cinco requisitos básicos: *1) elaboração das diretrizes para uma política de saúde mental; 2) definição do modelo mais abrangente e ideal possível de atendimento à saúde mental; 3) a determinação da forma de transição da situação atual para o modelo ideal; 4) a previsão dos meios financeiros para fomentar a*

transição; 5) a estipulação das penas para quem praticar atos lesivos à integridade dos doentes mentais ou violar os dispositivos contidos na lei.” (PEREIRA, 2004)

Como nem o projeto original, que somente atendia os itens 3 e 4, nem o substitutivo aprovado na CAS, que apenas contemplava os itens 1 e 2, abordavam todos os cinco aspectos enumerados por Sebastião, o senador defendeu a necessidade de apresentação de um novo substitutivo que pudesse responder a todos esses pontos. Incorporar todos esses itens, portanto, era indispensável para a aplicabilidade e eficácia da lei aprovada, evitando assim que ela se tornasse *“letra morta, como milhares de outras leis brasileiras”*³³. Assim, aproveitou-se bastante do texto de Portella, com algumas mudanças: o Ministério Público seria fiscal dos casos psiquiátricos e também autoridade sanitária na criação de políticas de reabilitação psicossocial³⁴, e haveria critérios de alta para os pacientes internados³⁵.

Fazer acordo era como pisar em ovos. Mais do que isso, as discussões também aumentavam não só quando se discutia sobre os critérios para a alta, mas intensamente quando se discutia sobre a extinção dos hospitais psiquiátricos, ocasião em que muitos dos senadores, a maioria com formação médica³⁶, apresentavam suas avaliações pessoais sobre as emendas, propostas e substitutivos. Nisso, Sebastião Rocha, conseguiu manter um início de conciliação com sua proposta incluindo discurso de ambos os lados, incluindo o Ministério da Saúde através da interferência do senador Sérgio Machado. Paulo Delgado esteve presente durante os debates, e Lúcio Alcântara registrando tal ato, gerou novamente manifestações de apoio e protesto³⁷ nos discursos proferidos³⁸.

³³ Desde essa época já se reconhecia a possibilidade de uma lei ser feita para não pegar, simplesmente pelo jogo dos atores e suas tomadas de decisões.

³⁴ Portella pedia que existisse uma comissão composta apenas por representantes da classe médica para fazer esse trabalho de fiscalização.

³⁵ Condições de alta: a) sua saída não lhe venha acarretar interrupção do tratamento necessário e agravamento dos sintomas; b) sua saída não o leve ao abandono material ou afetivo; c) sua saída não o entregue, direta ou indiretamente, à exploração interesseira de terceiros; d) sua saída obedeça à legislação vigente relacionada a cada caso; e) sua reabilitação psicossocial seja assistida por equipe multi profissional. (art. 5º, §4º).

³⁶ Carlos Patrocínio (médico, PFL/TO), Lucio Alcântara (médico, PSDB/CE), Sebastião Rocha (médico, PDT/AP), Lucídio Portella (médico, PPB/PI), Emilia Fernandes (professora, PDT/RS), Gerson Camata (economista, jornalista, PMDB/ES), Hugo Napoleão (advogado, PFL/PI).

³⁷ O Senador Lucídio Portella defendia a manutenção do acordo, e a não interferência do Deputado Paulo Delgado nas discussões no âmbito do Senado Federal. Essa posição do Senador Portella pode ser observada em duas colocações feitas na discussão em plenário: “declaro que não aceito, absolutamente, que pessoas como o Deputado Paulo Delgado queiram influir na redação de um projeto tão discutido aqui no Senado”; “Sr. Presidente, sugiro ao Deputado Paulo Delgado que se reserve para o retorno do projeto à Câmara dos Deputados para modificar na forma que lhes aprouverem” (Senado Federal, 1998b, p.18.942).

³⁸ O Senador Sebastião Rocha considerou ter sido um equívoco a não participação do deputado Paulo Delgado nas negociações, o que teria gerado um impasse com relação ao artigo 5º, que criava as condições de alta para os

A presença de Paulo Delgado, fez com que Sebastião Rocha considerasse que o acordo deveria ter sido feito com a participação de um representante legítimo do Movimento de Luta Antimanicomial, possibilitando assim: “*a participação das duas correntes interessadas e que há muito tempo vêm trabalhando e se posicionando a respeito desse projeto*”, uma vez que havia presença mais forte dos representantes que buscavam a manutenção dos hospitais psiquiátricos (Senado Federal, 1998b, p.18.940). Contudo, não poderia ser desfeito o acordo já feito, pois o processo legislativo poderia perder credibilidade, e segundo o procedimento, havia outras oportunidades para estabelecer novos acordos e entendimentos no âmbito do Senado, ou no segundo turno de discussão na Câmara dos Deputados. Assim, Rocha não propôs diretamente o rompimento do acordo, mas sim a possibilidade de rediscuti-lo e modificar o parágrafo modificado no texto final.

Devido aos fatos, Sebastião Rocha reforçou a necessidade de conciliação entre interesses contrários, informando inclusive que já estava tendo uma flexibilização do grupo favorável ao projeto original, que já estava aceitando a continuidade dos hospitais psiquiátricos como uma das formas de atendimento no campo da psiquiatria³⁹. Nesse contexto, solicitou ao senador Lucídio Portella, analisasse novamente seus dispositivos sugeridos para perceber que a sua retirada não prejudicaria a tese da continuidade dos hospitais⁴⁰.

Nessa discussão, alguns senadores também se manifestaram sobre a posição de Sebastião, defendendo a manutenção do hospital psiquiátrico, dentre eles Gerson Camatta e Emília Fernandes, que criticaram a comparação feita da doença mental e outras doenças crônicas, exaltando a dificuldade vivenciada pelas famílias do doente mental, pois o hospital

pacientes há longo tempo internados, e a inclusão do Ministério Público. “No momento, estou convencido de que o Ministério Público não tem razão para participar desse processo. Reconheço que a argumentação, tanto do Deputado Paulo Delgado, autor da proposição na Câmara dos Deputados, quando do Movimento de Luta Antimanicomial, procede, mas alguns incisos, que eu na condição de Relator incluí no meu parecer, dificultam o processo da alta hospitalar de pessoas que estão há longo tempo hospitalizadas e o transforma em uma medida muito difícil de se estabelecer, favorecendo, portanto, o prolongamento da internação.” (Senado Federal, 1998b, p.18.940).

³⁹ “Então houve uma certa coerência e, eu diria, uma grande disposição do Movimento pela Luta Antimanicomial e do Deputado Paulo Delgado em aceitar a continuidade dos hospitais psiquiátricos como estabelecimentos de saúde mental” (Senado Federal, 1998b, p.18.940).

⁴⁰ O Senador Lucídio Portella apresentou a sua aprovação ao texto consolidado, que refletiria “uma harmonia e um consenso, raros de se obter no debate de temas tão polêmicos e sobrecarregados de posições ideológicas como este”. Entretanto, procurou ressaltar alguns pontos do parecer do Senador Sebastião Rocha, dos quais ele afirmou discordar, rechaçando-os veementemente (Senado Federal, 1998b, p.18.941).

evita os problemas que o doente causa na família.⁴¹ Tão grande era a oposição aos argumentos de Sebastião, que este era o único a argumentar considerado próximo ao projeto original, no senado, e embora não tivesse participado do projeto original na câmara, teve até que se justificar ter a opinião que tinha⁴².

Finalizada a discussão, seguiu-se com a votação dos requerimentos 628/98 (pedia preferência para votação do substitutivo do Senador Sebastião Rocha) e 629/98 (solicitava destaque para votação em separado da expressão: “revogando-se as disposições em contrário”, constante do artigo 14 da Emenda nº 9-Plen, para adequação ao art.9º da Lei Complementar nº 95). Ambos os requerimentos foram aprovados e a expressão “revogando-se as disposições em contrário” foi retirada do projeto substitutivo. Após aprovação do substitutivo do Senador Sebastião Rocha foram encaminhadas 10 (dez) emendas pelo Plenário, 2 (duas) da Senadora Emília Fernandes (emendas 4 e 5) e 8 (oito) do Senador José Eduardo Dutra (emendas 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10).

As emendas de Dutra, aliado da proposta antimanicomial, buscavam um aprimoramento do projeto para reforçar o caráter substitutivo da rede de serviços e diminuir o peso da hospitalização na sociedade. Desta forma, o senador apresentou propostas que foram reconhecidas como estratégias de resgate do espírito do projeto original pelos opositores históricos do projeto. Apresentavam-se sugestões de mudança na redação, de modo a garantir mais clareza nas proposições⁴³, e considerando a forte oposição do senado à proposta antimanicomial, geraram-se muitas discussões. As emendas de Emília Fernandes, ao contrário, buscavam reforçar a garantia de continuidade do modelo hospitalar⁴⁴.

⁴¹ “A doença mental pode se manifestar precocemente, e o doente pode viver até 60 anos. A família se extingue, e ele continua provocando problemas não só na família, mas na vizinhança. São aspectos diferentes. A família não tem aquela noção de um membro que se vai desprendendo e perdendo a chama da vida; ela tem um membro com a chama da vida intensa, acesa e queimando toda a família e toda a vizinhança. É bom observarmos isso.” (Senado Federal, 1998b, p.18.942). Segundo Emília Fernandes, “Não podemos punir essas famílias como consequência dos desmandos que existem pela ausência de uma política de saúde mental em nosso País e que, agora, estamos tentando recuperar” (Senado Federal, 1998b, p.18.947).

⁴² “embora tenha praticamente aderido a essa tese da ‘desospitalização’ com responsabilidade, não estive na origem do processo, não posso me considerar integrante da corrente do Movimento pela Luta Antimanicomial” (Senado Federal, 1998b, p.18.940).

⁴³ Sugeriu-se modificar o polêmico art. 5º, retirando o seu parágrafo 4º, que introduzia critérios para a alta dos pacientes de longo período de internação, e a participação do Ministério Público nesse processo. Sugeriu-se também nova redação ao art. 5º, modificando o conteúdo dos parágrafos, a partir da supressão do §4º. Além disso, Dutra propôs a regulamentação da atuação do Ministério da Saúde nos procedimentos de avaliação da rede de serviços em saúde mental, no prazo de sessenta dias da promulgação da lei.

⁴⁴ Emília propôs uma modificação no texto do art.4º, a fim de permitir a construção de novos leitos psiquiátricos em regiões que estivessem em fase de implementação da nova estrutura assistencial e não apenas naquelas que

As emendas foram remetidas para apreciação da Comissão de Assuntos Legislativos e analisadas pelo relator da matéria, Sebastião Rocha, que buscou garantir acordos através de um processo de conciliação de forças⁴⁵. As emendas de nº 8 e 9, do Senador Eduardo Dutra, foram parcialmente aprovadas, sendo objeto de uma subemenda do relator, que incorporou a retirada do Ministério Público do processo de alta, e retirou dois dos cinco incisos⁴⁶, por considerá-los de natureza essencialmente subjetiva. Sebastião também foi parcialmente favorável à emenda nº 7, de Dutra, transferindo do Ministério da Saúde para o Poder Executivo o poder de regulamentação dos parâmetros assistenciais e procedimentos avaliativos da rede de saúde mental. Uma emenda de Emilia Fernandes foi rejeitada e a outra (de nº 4) foi parcialmente aprovada, sem incluir a sugestão da proposta de substitutivo de Lucídio Portella. Contudo, embora Sebastião Rocha tivesse buscado a construção de um consenso possível entre as correntes divergentes, a sua análise das emendas não foi aceita pelo Senador Lucídio Portella na votação em Plenário, em 1999⁴⁷, o qual fez retomar novamente os temas da periculosidade social da doença mental. A conciliação entre as propostas parecia estar longe de ser alcançada.

Diante da resistência de esforços em fazer acordos, Sebastião Rocha lembrou que buscou incluir as duas correntes no processo de discussão, e assim construir uma proposta que acatasse, parcialmente, os argumentos apresentados. Entretanto, disse que acordo havia sido rompido, não por sua responsabilidade, mas porque as duas correntes não haviam conseguido chegar a um ponto comum⁴⁸. Após isso, as lideranças dos partidos enviaram requerimento (nº

não dispusessem dessa estrutura. Também sugeriu modificações no art. 3º, de forma a descrever os estabelecimentos de saúde mental, mantendo proposta semelhante à apresentada anteriormente por Lucídio Portella.

⁴⁵ Favorável a Emenda nº 1; contrário às Emendas nº 5, 6 e 10; parcialmente favorável às Emendas nº 2, 3, 4, 7, 8 e 9 (Senado Federal, 1999a).

⁴⁶ Art. 5º § 4. II - sua saída não o leve ao abandono material ou afetivo; III - sua saída não o entregue, direta ou indiretamente, à exploração interesseira de terceiros.

⁴⁷ “Infelizmente, o parecerista escolheu acatar emendas que desfiguram o substitutivo já aprovado em primeiro turno, atentando contra o seu mérito e buscando fazer ressurgir o espírito do projeto original, para isto envolvendo sutilezas técnicas difíceis de serem detectadas pelo legislador não afeito a matéria.” (Senado Federal, 1999b, p.1447). O Senador fazia referência às emendas do Senador José Eduardo Dutra, as quais procuravam garantir uma proposta na qual prevalecesse o sistema comunitário de atendimento e não o hospitalar, buscando reforçar o caráter de transição entre o sistema hospitalar e o sistema substitutivo, transição esta que deveria ser garantida por intermédio de ações do poder público. As emendas da Senadora Emilia Fernandes eram avaliadas como formas de aprimorar o texto, e claramente configuravam-se como uma tentativa de incorporação das teses apresentadas no substitutivo Senador Lucídio Portella, derrotado na votação em plenário. (PEREIRA, 2004)

⁴⁸ “Devemos pensar aqui no melhor para o Brasil; e o melhor para o Brasil, a meu ver, é exatamente um sistema híbrido, um sistema combinado em que o modelo hospitalar esteja presente, mas não seja o ponto fundamental do sistema; que a busca seja sempre pela implantação, pela implementação e pela utilização desses modelos

12/99) à Mesa para adiar a votação do projeto enquanto negociassem. O requerimento foi aceito e a votação adiada para o início de 2000.

Após tais esforços, Sebastião registrou o esforço de conjunto de *“todos os atores interessados no assunto, em especial o Deputado Paulo Delgado, autor do projeto, o Senador Lucídio Portella, relator da matéria na CAS, o Ministério da Saúde, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e a Federação Brasileira de Hospitais, estes últimos por meio de legítimos representantes que se despojaram de posições, até determinado momento, intransigentes, para em favor de uma lei equilibrada assentada não na unanimidade dos protagonistas, mas sim no sentido elevado quanto a necessidade do entendimento e no reconhecimento de que o texto resultante desse parecer representa a necessária fase de transição para que o Brasil conquiste no menos espaço de tempo um nível de tratamento mais adequado, e sobretudo mais humanitário para as pessoas portadoras de transtornos psíquicos.”* (Senado Federal, 1999c, p.1959)⁴⁹. Logo em seguida, Lucídio Portella fez um retrospecto da sua participação no debate do projeto, ressaltando as dificuldades do tema que era complexo⁵⁰, pois para ele, nenhum acordo satisfaria nenhum dos grupos, mas que o diálogo era possível e suficiente para constituir um documento relevante, *“judicioso e sensato, resultado de laborioso acordo entre os segmentos envolvidos”* (Senado Federal, 1999d, p.1964).

substitutivos, que, no entendimento deste Relator, são necessários e mais adequados para a recuperação plena da pessoa portadora de transtornos psíquicos e sua reinserção na sociedade.” (Senado Federal, 1999b, p.1450).

⁴⁹ O relator incluiu no adendo a aprovação parcial da emenda nº 8, do Senador José Eduardo Dutra, transformando o parágrafo 4º, do art. 5º, em artigo autônomo, mantendo assim o papel do Poder Executivo na elaboração de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. A Emenda nº 7 foi rejeitada por ter prevalecido o entendimento que a lei mereceria regulamentação em diversos dispositivos. Sendo assim, a especificação da necessidade de regulamentação pelo Ministério da Saúde dos critérios de avaliação da rede de serviços em saúde mental seria dispensável no escopo da lei. Foram ainda incluídas três emendas do relator: A emenda nº 12, que modificava o art. 9º, passando a incluir a comunicação da alta ao Ministério Público Estadual no caso das internações involuntárias. A emenda nº 13, que alterava o texto da alínea i, do parágrafo único do art. 2º, substituindo a frase “ser tratada, preferencialmente, em estabelecimentos de saúde mental da sua comunidade”, pela “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”. Neste momento foi feita uma mudança significativa no texto, pois o termo “serviços de saúde mental da sua comunidade”, diz respeito apenas à localização do serviço e não à sua caracterização como comunitário, ou extra-hospitalar, como estava colocado na proposta da lei. E, a última emenda do relator, nº 14, propunha uma modificação no art. 12, incluindo os diversos conselhos profissionais, na avaliação das pesquisas científicas, e não apenas o conselho da medicina. Foi o espírito de conciliação evocado pela apresentação inicial do relator da matéria, Senador Sebastião Rocha, que marcou os encaminhamentos para votação feitos na discussão em plenário. As posições divergentes foram explicitadas, porém a conciliação alcançada era valorizada em cada discurso. (PEREIRA, 2004)

⁵⁰ “De um lado, aguerrido movimento que se intitulava antimanicomial, de composição heterogênea quanto à origem e formação profissional dos seus membros, mas comungando uníssonos os princípios da antipsiquiatria. De outro lado, psiquiatras e professores de psiquiatria, reforçados por familiares de doentes mentais e diretores de hospitais psiquiátricos ameaçados ‘pela pretendida extinção progressiva’.” (Senado Federal, 1999d, p.1963).

Assim, a nova redação do Senado Federal ao projeto foi encaminhada para apreciação da Câmara dos Deputados. Desta vez intitulada Projeto de Lei nº 3.657-C/89, devido às modificações do texto originalmente apresentado, seguiu-se às regras previstas na Constituição de 1988.

PROJETO DE LEI Nº 3.657-C/89

O Projeto de Lei, na forma do substitutivo do Senado Federal, foi encaminhado à Câmara dos Deputados no final de janeiro de 1999 e só foi colocado para discussão em plenário em março de 2001. Mandou-se o projeto às Comissões de Constituição, Justiça e de Redação, e Seguridade Social e Família, para serem analisadas através dos deputados Fernando Coruja e Carlos Mosconi. O projeto foi colocado na “Ordem do Dia”, da sessão de 21 de março de 2001, porém, foi adiado para a semana seguinte por desentendimentos e desacordos entre os deputados que votariam no tema, procurando aumentar as possibilidades de concretização de um acordo (Câmara dos Deputados, 2001a).

Na semana seguinte, o projeto foi amplamente debatido, ocasião em que foram levantados alguns pontos a seu respeito: 1) o projeto era constitucional, jurídico e com boa técnica legislativa, entretanto, o substitutivo do Senado deveria ser rejeitado, porque rompia com o ideário do projeto original⁵¹; 2) O texto aprovado no Senado não foi debatido como deveria ter sido antes de ser enviado à Câmara, e que, além disso, é desatualizado com relação ao que já se tinha na legislação⁵².

Contudo, apesar das comissões requererem que não se votassem nesse momento devido aos desvios de regras regimentais no Senado, o projeto foi colocado em discussão e votação mesmo assim porque o próprio autor, Paulo Delgado, pediu diante da turbulência ocorrida no Senado. Paulo Delgado afirmou que o projeto se comprometeu no Senado, mas ainda assim, conseguiu, com dificuldade, avançar-se em alguns aspectos, embora tivesse

⁵¹ Carlos Mosconi disse “Com surpresa, recebi, na Comissão de Seguridade Social e Família, um texto que, na minha opinião, nada tinha a ver com o projeto original, do Deputado Paulo Delgado, que adotava uma linha de modernização da atenção psiquiátrica, da política de saúde mental no País, que, até aquele momento, não tinha avançado quase nada.” (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7775).

⁵² Carlos Mosconi “observei que se tratava de acordo apenas entre algumas partes, e não de acordo amplo e abrangente” (...)“seria um retrocesso aprovarmos lei, no meu entendimento, desatualizada em relação a Estados que já caminharam mais do que esta Casa” (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7776)

regredido em outros⁵³. Assim, Paulo Delgado discursou para que o substituto do Senado fosse aprovado, ao mesmo tempo em que afirmou o quanto existe preconceito na noção de periculosidade e de incapacidade civil permanente, geralmente associadas ao doente mental⁵⁴.

Dessa forma, após colocado em votação, o substitutivo do Senado Federal foi aprovado, com ressalvas, ocasião em que se destacaram alguns itens que precisavam ser retirados do texto final. Pediram para que fossem retirados: 1) A ideia de proibir a ampliação da rede existente, pois o projeto original buscava extinguir todos os hospitais psiquiátricos; 2) A ideia de existir uma instituição que revisaria as internações involuntárias, pois não precisava existir; 3) Retirar o art. 4º e o art. 10⁵⁵, pois estes nada tinham a ver com o projeto original.

Concordou-se em retirar os artigos 4 e 10 antes mesmo de serem discutidos em plenário uma vez que acreditava-se que o Senado estava retirando da Câmara suas propostas originais⁵⁶. Além disso, o artigo 4º era encarado como uma forma de perpetuar os investimentos públicos nas construções de hospitais psiquiátricos. Contrariamente, alguns deputados argumentava que era necessário construir de novos hospitais psiquiátricos em

⁵³ “Tanto no projeto original, fruto do esforço do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, de familiares, de usuários, de profissionais da área e da sociedade que quer ver o louco integrado na vida social, como o substitutivo do Senado são produtos de grande esforço. Se há deficiências – e certamente as há – não são as que se podem atribuir a má-fe daqueles que elaboraram o substitutivo, e sim as decorrentes de dificuldades próprias de projeto dessa natureza” (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7778).

⁵⁴ “A industria da loucura percebeu a insuficiente maturidade da sociedade para compreender o grau de humanidade que precisávamos fazer crescer para incorporar mais cidadãos ao convívio social e passou a lucrar com o preconceito (...) a evolução da Medicina, da Psiquiatria, da Psicologia, da terapia ocupacional e da assistência social tem provado que tratar doente mental com isolamento, encarceramento, sedação permanente e preconceito é a melhor forma de matá-lo em vida e não permitir, jamais, a sua recuperação.” (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7778).

⁵⁵ “Art. 4º. O Poder Público destinará recursos orçamentários para a construção e manutenção de uma rede de serviços de saúde mental diversificada e qualificada, sendo que a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo Poder Público, de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente será permitida nas regiões onde não exista estrutura assistencial adequada, desde que aprovada pelas Comissões Intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do SUS.”

“Art. 10. A internação psiquiátrica involuntária, deverá, no prazo de 72 horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§1º. O Ministério Público, ex officio, atendendo denúncia, ou por solicitação familiar ou do representante legal do paciente, poderá designar equipe revisora multiprofissional de saúde mental, da qual necessariamente deverá fazer parte um profissional médico, preferencialmente psiquiatra, a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação daquela internação involuntária.

§2º. O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação por escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

⁵⁶ Nesse momento, a deputada Jandira Feghali afirmou que não seria momento de: “fazer grandes modificações no texto, exceto o que foi objeto de acordo, a supressão do art. 4º, porque contraria o objeto essencial do projeto, que é evitar a construção de novos manicômios e garantir o atendimento humano e antimanicomial do paciente com transtorno mental.” (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7788).

alguns lugares, geralmente se referindo a perda de garantia de atendimento e impossibilidade de estabelecer estruturas substitutivas⁵⁷.

Posteriormente, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados iniciou o projeto de Caravanas Nacionais de Direitos Humanos, com o objetivo de aproximar a população dos responsáveis pelo processo legislativo⁵⁸. Assim, em 2000, realizou-se a I Caravana Nacional de Direitos Humanos, que mostrou resultados tais como salientar o papel dos hospitais psiquiátricos enquanto coniventes com o desrespeito dos direitos humanos, tal qual como era colocado no âmbito do movimento social da saúde mental⁵⁹. A aproximação dos parlamentares com o cotidiano dos hospitais psiquiátricos brasileiros⁶⁰ teve um efeito facilitador para a discussão da proposta de enfrentamento da hospitalização psiquiátrica contida na discussão do Projeto de Lei. (PEREIRA, 2004)

A referida comissão fez um relatório com recomendações ao Poder Público, entre essas incluía-se a necessidade de apoio do Ministério da Saúde para a aprovação do Projeto de Lei em tramitação: “Que o Ministério da Saúde se posicione publicamente em favor da reforma psiquiátrica brasileira emprestando seu apoio a todas as tratativas políticas necessárias

⁵⁷ A fala do Deputado Damião Feliciano (PMDB/PB) pode ser exemplar dessa proposta: “Querem tirar a possibilidade da construção de nosocômios em cidades onde não existem esse atendimento. E os pacientes que precisam de internação? E os pacientes que precisam de contenção? Onde vamos colocá-los? Em casa? Em hospitais normais? Vamos colocar esses pacientes em enfermarias inadequadas? Não, é preciso levar em consideração a necessidade da comunidade. (...) O que não se pode é deixar de construir hospitais nos locais que deles necessitam (...) Se há alteração no tratamento psiquiátrico, vamos aumentar a fiscalização. (...) Apenas quem é psiquiatra ou possui paciente na família com esse tipo de distúrbio sabe que, quando os problemas chegam, são necessárias soluções imediatas, precisas e ideais. Não podemos simplesmente, transferir um problema para outro.” (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7782). O Deputado Salomão Gurgel (PPS/RN) retoma o próprio gesto fundador da psiquiatria: “Não podemos partir da concepção, principalmente nós, que formamos o bloco da Esquerda, de que devemos extinguir, ao longo dos anos, os hospitais psiquiátricos. Nem mesmo Pinel, quando tirou as correntes dos pacientes mentais na França após Revolução Francesa, sugeriu o fim dos manicômios, que, naquele tempo, eram verdadeiros infernos psiquiátricos. (...) “Na época da ditadura, nobres Deputados, empresários da saúde construíram verdadeiros depósitos de pacientes mentais. Não os vamos confundir com o verdadeiro hospital, que tem a finalidade de curar, recuperar e retornar à sociedade o paciente mental” (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7783).

⁵⁸ “Estar presente nos locais onde as violações mais comuns aos direitos humanos são praticadas é um desafio permanente para aqueles que se dispõem a mudar a realidade brasileira” (Câmara dos Deputados, 2000).

⁵⁹ Liderança do PT afirmou “Esse projeto tramita há mais de 11 anos no Congresso Nacional e, durante este tempo, os hospitais psiquiátricos não conseguiram provar que são ‘suficientes’ e capazes de modificar o modelo de atenção, desumano e excludente em vigor, como ficou demonstrado durante a Primeira Caravana Nacional de Direitos Humanos”. (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7785).

⁶⁰ Dr. Rosinha afirmou “Felizmente, fiz parte dessa caravana e observei o verdadeiro tratamento dado a pessoas consideradas fora da ordem desde a Idade Média. Encontramos homens e mulheres sem roupas, caminhando dentro dos hospitais. A tristeza não só estava no olhar, mas também nos gestos, com o pedido de esperança de sair dali e ter outra chance na vida. Esse tipo de tratamento asilar é inconcebível.” (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7788-89).

para a aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica ainda este ano.” (Câmara dos Deputados, 2000, p.21). Com essa repercussão, o artigo 4º foi extinto após as votações na casa.

Seguindo-se, começaram-se as discussões sobre o papel do Ministério Público⁶¹ na Reforma Psiquiátrica, principalmente na revisão das internações involuntárias, em que se questionava sobre a constitucionalidade dessa atribuição⁶², bem como que a presença do Ministério Público facilitaria a revisão das internações e a verificação de sua legalidade ou abuso⁶³. O pedido de retirada do artigo 10º foi votado e rejeitado, portanto, na redação final este artigo continuou. Assim, começou-se a discussão sobre seu §1º, que Fernando Coruja, afirmava ser inconstitucional, pois dava atribuições ao Ministério Público que, segundo a Constituição Federal, seriam exclusivamente do Poder Executivo. Coruja foi reforçado por Rafael Guerra: “mantemos o comunicado ao Ministério Público no prazo de 72 horas, mas achamos que não faz sentido determinar que ações o Ministério Público deve tomar, pois dessa forma o projeto se tornaria inconstitucional⁶⁴” (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7801).

⁶¹ Marcos Rolim (PT/RS), autor da Lei de Reforma Psiquiátrica do Rio Grande do Sul, ressaltou a importância do Ministério Público na medida em que introduz a garantia constitucional que impede a restrição de liberdade, sem o devido processo legal, para os doentes mentais: “Verificamos, ao longo desses dez anos, quando não se construíram hospitais psiquiátricos no Rio Grande do Sul e não se ampliou a capacidade de leitos, uma diminuição de 30% nas internações psiquiátricas compulsórias. Há um motivo muito simples: a lei gaúcha estabelece a obrigatoriedade de informação ao Ministério Público de toda internação não consentida. Apenas essa determinação, evidentemente somada à criação de serviços alternativos, abertos em vários Municípios do Estado, foi suficiente para que muitas das internações abusivas, até então uma regra, deixassem de existir.” (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7780).

⁶² A fala do Deputado Regis Cavalcante (PPS/AL) ilustrou esse segundo tópico: “iremos verificar que estamos fazendo uma criminalização ao ato médico do psiquiatra. (...) Na Medicina, há decisões que cabem somente aos médicos. (...) Não é o Ministério Público que vai dizer o que o psiquiatra naquele momento tem que julgar e definir” (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7794). Também o Deputado Salomão Gurgel (PPS/RN) afirmou: “Sr. Presidente, Senhoras e Senhores Deputados, é difícil juristas entenderem com profundidade o tratamento psiquiátrico, o relacionamento psiquiatra/paciente. Quem cuida do cérebro humano é o médico psiquiatra. Sr. Presidente, sugiro à Casa que o parágrafo que trata do Ministério Público seja retirado, porque nós, psiquiatras, somos, constantemente, fiscalizados pelas associações de Psiquiatria e pelos Conselhos Regionais de Medicina. Então, por que o Ministério Público, como se os psiquiatras fossem verdadeiros assassinos de pacientes nos hospitais?” (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7783). Não obstante, Jandira Feghali (PCdoB/RJ), médica, disse: “É um absurdo retirar-se do cidadão a possibilidade de recorrer contra uma internação arbitrária, involuntária. Não há aqui competência médica sendo ferida. Não chegou a nós, Parlamentares, posicionamento formal de nenhuma entidade médica. Ninguém está pretendendo criminalizar a conduta médica, mas proteger o direito do cidadão num segmento muito conflituoso, que é o de internação psiquiátrica.” (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7795).

⁶³ Marcos Rolim: “precisamos garantir que na lei não abrigue a ditadura do saber técnico sobre a liberdade ou não de alguém. É fundamental, portanto, mantermos esse parágrafo que possibilita o Ministério Público criar uma junta revisora composta de profissionais de saúde mental, um dos quais, pelo menos, médico, preferencialmente médico-psiquiatra” (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7794)

⁶⁴ Paulo Baltazar (PSB/RJ) afirma que: “Ora, devemos defender a cidadania. Não se trata de nenhuma invasão da competência médica, absolutamente, mas, sim, de assegurar ao cidadão o seu direito (...) Temos que garantir, em lei, o direito de o cidadão, a parte mais frágil, aquele que é internado involuntariamente, ser defendido. Não é o

A importância de definir uma avaliação médica, na esfera do Ministério Público é outro ponto salientado na discussão. A votação da manutenção ou eliminação do § 1º foi inicialmente encaminhada através do posicionamento dos líderes partidários⁶⁵. O Deputado Professor Luizinho (PT/SP) solicitou verificação de votação, o que provocou a necessidade de votação nominal desse ponto por intermédio do sistema eletrônico. Votaram 385 deputados, sendo que 298 votaram em contrário à manutenção do parágrafo e 87 favoravelmente. Desta forma, o §1º, do art. 4º do substitutivo do Senado foi suprimido. Foram acrescentadas duas emendas de redação ao substitutivo que, submetidas ao plenário, foram aprovadas. A primeira solicitava a substituição das expressões “transtornos psíquicos” e “transtornos psiquiátricos”, por “transtornos mentais”, que obedeceria à terminologia aceita internacionalmente. A segunda propunha uma modificação na ordem dos artigos e incisos: O caput do art. 10 passa a vigorar como § 1 do artigo 9º, e o § 2º do art. 10 passa a vigorar como §2 do art. 9º, renumerando os demais (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7818).

Depois de finalizada a votação, o Projeto de Lei foi encaminhado à sanção presidencial, tornando-se a Lei 10216, de 6 de abril de 2001, assinada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, na véspera do Dia Mundial de Saúde, que nesse ano, foi dedicado a Saúde Mental. O texto final aprovado em 2001 tem importantes diferenças em relação ao Projeto de Lei número 3657 de 1989, resultado das diversas mudanças introduzidas, ao longo de 12 anos, por seus relatores na Câmara Federal e no Senado. O projeto original tinha três artigos que, sucintamente, determinavam: (1º) “a extinção progressiva dos manicômios”, expressão que ficou marcada na identidade da proposta em todos os debates dos anos 90, mas que era seguida de “sua substituição por serviços comunitários” de diversas modalidades; (2º) a implantação da rede comunitária de serviços, associados a diversas iniciativas de proteção dos direitos do paciente e promoção de sua integração social, e (3º) regulamentava a internação psiquiátrica involuntária. O debate legislativo que resultou no texto final que se tornou lei é, em si fruto das tendências e concepções em jogo.

Para finalizar, é importante destacar foi salientado pela própria Câmara dos Deputados que o texto da nova lei não expressaria a real necessidade do país; embora trouxesse

Ministério Público quem decide se a internação está ou não correta, mas uma equipe multidisciplinar, que pode e deve ser composta por vários médicos” (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7798).

⁶⁵Orientação das lideranças: Não: PSDB/PTB; PFL/PST; PMDB; PPB; PDT/PPS; e, Governo. Sim: PT; PSB/PCdoB; e, PL/PSL (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7808).

importantes avanços, ela poderia ter potencial para alcançar uma amplitude maior, o que não foi possível devido às características que marcavam o momento histórico em que o projeto tramitou no Congresso Nacional⁶⁶.

Contudo, a mera discussão do projeto produziu ressonâncias sociais destacando-se a aprovação de leis estaduais de reforma psiquiátrica: RS em 1992; CE em 1993; PE em 1994; RN, PR e DF em 1995; ES em 1997. Também, criou-se portarias ministeriais regulamentando a prestação de serviços, bem como alguns municípios implantaram serviços substitutivos e no Brasil começou-se a construir uma nova cultura clínica no campo da saúde mental. Por fim, vejamos abaixo tabela comparativa do texto da proposta original com a redação final da lei após sancionada:

Tabela 2: comparação das redações do texto original e texto final do Projeto de Lei 3.657/89

	Projeto de Lei nº 3.657/89 de 1989, autoria Paulo Delgado	Lei 10.216 de 2001
Ementa	<i>“Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.</i>	<i>“Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.</i>
Artigos	<p>Art. 1º Fica proibido em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental de novos leitos em hospital psiquiátrico.</p> <p>§1º Nas regiões onde não houver estrutura ambulatorial adequada, a implantação do disposto no caput deste artigo se fará de maneira gradativa, sem colapso para o atendimento.</p> <p>§2º Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto da Lei estadual.</p>	<p>Art. 1º - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religiosa, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.</p>
	<p>Art. 2º As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para instalação e funcionamento de recursos não manicomial de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital dia, hospital noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como, extinção dos leitos de característica manicomial.</p> <p>§1º As administrações regionais disporão do</p>	<p>Art. 2º - Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.</p> <p>Parágrafo único: São direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais:</p> <p>I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;</p> <p>II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde,</p>

⁶⁶ O Deputado Rafael Guerra (PSDB/MG) explicitou esse ponto: “Haveria possibilidade de que o projeto fosse mais avançado, mais radical, mas temos que compreender a realidade da história, a realidade do momento. Esse foi o acordo possível, para que pudéssemos avançar. De uma vez por todas, manifestamos nossa posição contrária à construção de manicômios, e à exclusão social do paciente psiquiátrico” (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7790).

<p>tempo de 1 (um) ano a contar da data da aprovação desta lei para apresentarem às comissões de saúde do poder legislativo, em seu nível, um planejamento e programa de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.</p> <p>§2º É da competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação e do Ministério da Saúde ao nível federal.</p> <p>§3º As secretarias estaduais constituirão em seu âmbito, um conselho estadual de reforma psiquiátrica no qual estejam representados voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os familiares de usuários, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais da desospitalização e aprová-los ao cabo de sua finalização.</p>	<p>visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;</p> <p>III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;</p> <p>IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;</p> <p>V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;</p> <p>VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;</p> <p>VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;</p> <p>VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;</p> <p>IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental;</p>
<p>Art. 3º <i>A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, e à autoridade judiciária local preferentemente a Defensoria Pública, quando houver.</i></p> <p>§1º <i>Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expreso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.</i></p> <p>§2º <i>Compete ao defensor público (outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica de serviços, familiares e quem mais julgar conveniente e emitir parecer em 24 (vinte e quatro) horas sobre a legalidade da internação.</i></p> <p>§3º <i>A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de seqüestro ilegal e zelar pelos direitos de cidadão internado.</i></p>	<p>Art. 3º - É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos psíquicos, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais .</p>
<p>Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.</p>	<p>Art. 4º - A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.</p> <p>§1º - O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.</p> <p>§2º - O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos psíquicos, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.</p> <p>§3º - É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou</p>

		seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não asseguram aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.
	Art. 5º <i>Revogam-se as disposições em contrário, especialmente, aquelas constantes do decreto n.º 24.559, de 3 de julho de 1934.</i>	Art. 5º - O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento quando necessário.
	-	Art. 6º - A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.
	-	Art. 7º - A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.
	-	Art. 8º - A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento. <i>§ 1º - A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.</i> <i>§ 2º - O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.</i>
	-	Art. 9º - A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do

		paciente, dos demais internados e funcionários.
	-	Art.10 - Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.
	-	Art. 11 - Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.
	-	Art. 12 - O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implantação desta Lei.
	-	Art. 13 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.”

Fonte: < http://www.psiquiatriageral.com.br/legislacao/saude_mental02.htm>

Portanto, como observado na tabela comparativa acima, observa-se que a proposta original foi mudada substancialmente até a aprovação do texto final. Das mudanças encontradas, observa-se que a versão final: 1) oferece mais artigos operacionais e burocráticos nos procedimentos de internação e pesquisas de diagnóstico com pacientes; 2) contém menos estratégias de implementação; 3) troca a ideia original de extinção progressiva dos manicômios, e a proibição dos existentes por redirecionar o modelo assistencial de saúde mental; e 4) omitiu o que antes era expressa necessidade de participação da defensoria pública na garantia e assistência dos que foram internados compulsoriamente.

ii. Relatório de análise das instituições que implementam a Lei 10.216/01

RELATÓRIO DE VISITA À DIRETORIA DE SAÚDE MENTAL RESPONSÁVEL PELA GESTÃO DA LEI 10.216/01 NO DF

No dia 04/05/2017 foi realizada visita e entrevista em profundidade (semiestruturada) à Diretoria de Saúde Mental do Distrito Federal (DF). A referida instituição é uma unidade da Secretaria de Saúde do DF, uma sub-repartição do Ministério da Saúde, que tem como tarefa

formular as políticas públicas, planos e programas estratégicos para a Saúde Mental do DF, compatibilizando-as com o disposto na Lei 10.216/01 e as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental emanadas do Ministério da Saúde. Além disso, é sua atribuição propor e acompanhar a aplicação de indicadores para a avaliação dos Serviços de Saúde Mental, e desenvolver estudos para ajudar na reestruturação da saúde mental no DF.

Na visita, fui bem recebida pela equipe, que é formada em sua maioria por estudiosos da área da saúde (psiquiatras e psicólogos). Conversei com alguns gestores que aceitaram conceder entrevista mediante anonimato. Não vi em sua composição nenhum estudioso de terapias ocupacionais, da ciência política, ou da gestão de políticas públicas. A equipe, embora aparentemente pequena, parece engajada em formular estratégias de gestão, e fiscalização da gestão. Conhecem e gostam do trabalho do autor Pedro Gabriel Godinho Delgado, que foi lembrado pela mesma em algumas vezes durante a entrevista.

Quando perguntados sobre o que consideram estrutura manicomial, afirmaram ser aquela que embora ofereça algum tipo de tratamento, age para não oferecer autonomia para o paciente. Assim, sem autonomia e ressocialização, o paciente vai sempre precisar da instituição, favorecendo o perpetuamento da mesma. A equipe critica o sistema manicomial que ainda existe em Brasília e deseja que um dia os manicômios sejam extintos por completo.

Quando perguntados sobre quais lugares acreditam ter essa estrutura em Brasília, afirmaram que o Hospital Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP), em Taguatinga-DF, precisa ser extinto, pois contém violações na dignidade humana, e que por mais que já tivessem realizados esforços para que tal instituição fosse extinta, o máximo que aconteceu foi que esta mudou de nome, e hoje se chama Hospital São Vicente de Paulo. Caracterizou-se o referido hospital como “*quadrado, antiquado, irresponsável*”.

Quando perguntados sobre o que achavam da Ala de Tratamento Psiquiátrico, que é uma das instituições que oferecem tratamentos de saúde mental para casos de medida de segurança⁶⁷, afirmaram ser um caso a parte, mas que a diretoria do estabelecimento faz um bom trabalho com os recursos que possui em mãos. Sobre a humanidade do tratamento

⁶⁷ Medidas de segurança são tratamentos estabelecidos em lei para aquelas pessoas que cometem crimes por conta de um surto psicótico, oriundo de doença mental. O tratamento deve respeitar a lei 10.216/01, a Lei de Execuções Penais, a Constituição e os tratados internacionais ratificados pelo Brasil. Medida de segurança não é pena nem sanção, pois não se deve condenar e punir quem não tem capacidade de discernir sobre seus próprios atos. A medida de segurança tem o objetivo de curar o autor do crime ou oferecer tratamento existente, no caso de ser doença mental incurável, até torná-lo apto a conviver em sociedade sem voltar a delinquir por motivo de surtos psicóticos vindos da saúde mental.

conferido nessa Ala, justificaram que “*Bahia é muito pior*”, e que apesar de tudo, “*a lei pegou em Brasília, pois existem outros estados em situação muito pior*”.

Sobre as dificuldades que encontram para implementar a gestão, afirmaram que faltam mais redes CAPS⁶⁸ no DF, pois faltam recursos para criação de mais unidades, principalmente em Samambaia e Santa Maria, e que a quantidade de rede CAPS existente não consegue suprir a demanda da população do DF. Também, afirmaram que existem poucas CAPS específicas para tratamento de doença mental⁶⁹, sendo boa parte da população atendida pela do tipo CAPS AD (álcool e drogas), não tirando a importância da existência dessas, pois muitas doenças mentais existem geralmente, por um consumo prévio de drogas. Contudo, por existir pouca abrangência de serviços específicos para saúde mental nas regiões, ocorre dificuldade estrutural, ocasião em que algumas CAPS, I, II ou III acabam por atender a população de outra região, como por exemplo, a CAPS de Taguatinga, que além de atender Taguatinga, atende Ceilândia. Sobre esse tema, a diretoria informou os seguintes dados sobre as CAPS e serviços de saúde mental disponíveis no DF:

Tabela 3: Serviços do Ministério da Saúde para implementação da Lei 10.216/01 no DF

UNIDADE	SERVIÇO OFERTADO	ÁREA DE ABRANGÊNCIA	ENDEREÇO
Núcleo de Apoio Terapêutico - NAT – HMIB	Ambulatório de psiquiatria e psicologia para gestantes, crianças e puérperas	Todas as regiões do Distrito Federal	SGAS, Quadra 608, Módulo A, Asa Sul
Unidade de Psiquiatria/ HBDF	Ambulatório, emergência e leitos psiquiátricos	Todas as regiões do Distrito Federal	SMHS, A/E, Asa Sul
Adolescento	Ambulatório multiprofissional para adolescentes com transtorno mental	Todas as regiões do Distrito Federal	SGAS 605, Lt 32/33, Asa Sul
COMPP	Ambulatório multiprofissional para crianças e adolescentes com transtorno mental e	Todas as regiões do Distrito Federal	SMHN, Qd. 03, Conj. 1, Bloco A Ed. COMPP, Asa Norte

⁶⁸ As redes CAPS são estabelecimentos que oferecem publicamente vários serviços e atividades terapêuticas que cuidam da saúde mental, desde consultas com psicólogos, terapeutas, como oficinas de artesanato, culinária, eco lavagem automotiva, ou outras atividades que poderia favorecer a geração de emprego, autonomia e renda para os próprios pacientes.

⁶⁹ Existem vários tipos de CAPS: CAPS I (atende pessoas com transtornos mentais em regiões com população acima de 15 mil habitantes- no DF, há uma unidade desse tipo na região do Riacho Fundo), CAPS II (atende pessoas com transtornos mentais em regiões com população acima de 70 mil habitantes), CAPS III (atende 24h pessoas com transtornos mentais em regiões com população acima de 150 mil habitantes - no DF, há uma unidade desse tipo na região de Samambaia), CAPS AD (atende pessoas com problemas decorrentes de álcool e outras drogas em regiões com população acima de 70 mil habitantes), CAPS AD III (atende 24h pessoas com problemas decorrentes de álcool e drogas), e CAPS i (atende crianças e adolescentes que apresentam doença mental ou problemas com drogas)

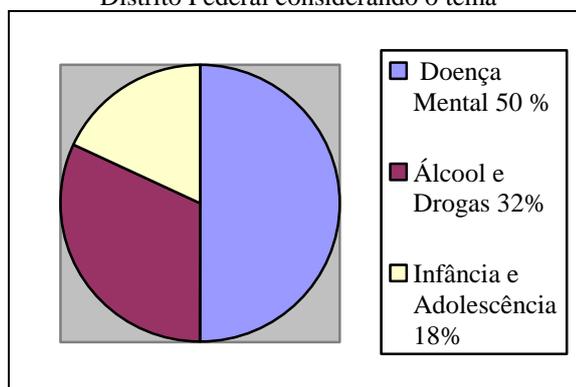
	problemas de aprendizagem		
Hospital São Vicente de Paulo	Ambulatório, emergência e leitos psiquiátricos	Todas as regiões do Distrito Federal	Setor C Sul, A/E, Taguatinga
CAPS AD Sobradinho	CAPS AD	Planaltina, Sobradinho I e II (+ Lago Oeste, Grande Colorado, Torto, Queima Lençol e Rota do Cavalo), Fercal	Área Residencial 17, Chácara 14, Sobradinho II
CAPS AD Santa Maria	CAPS AD	Santa Maria e Gama	Q. 312, Conj. H, Casa 12, Santa Maria Norte
CAPS AD Guará	CAPS AD	Guará, Estrutural, Águas Claras (+Areal), Vicente Pires, Park Way, S.I.A., Riacho Fundo I e II, Núcleo Bandeirante e Candangolândia	QE 23, Área Especial S/N, Subsolo do Centro de Saúde 02, Guará
CAPS AD Itapoã	CAPS AD	Itapoã, Paranoá	Anexo II, Complexo Administrativo do Itapoã, Q. 378, Conj. A, AE 4, Lago Oeste
CAPS AD III Samambaia	CAPS AD III (24h)	Samambaia, Taguatinga, Recanto das Emas	QS 107, Conj. 8, Lotes 3, 4 e 5 Samambaia-DF
CAPS AD III Ceilândia	CAPS AD III (24h)	Ceilândia, Brazlândia	QNN 01, Conj. A, Lote 45/47, Av. Leste, Ceilândia (Ao Lado da Beth & Lili)
CAPS AD III Candango	CAPS AD III (24h)	Brasília (Asa Sul e Asa Norte), Cruzeiro, Octogonal, Sudoeste, Lago Sul, Lago Norte, Varjão, Vila Planalto, São Sebastião, SAAN	SCS, Q. 5, Bloco C, Loja 73, Asa Sul
CAPS i Taguatinga	CAPS i	Taguatinga, Ceilândia, Brazlândia, Vicente Pires, Águas Claras	QNF, Área Especial 24, Taguatinga
CAPS i Asa Norte	CAPS i	Brasília, Núcleo Bandeirante, Park Way, Candangolândia, Lago Norte, Lago Sul, Guará, Cruzeiro, Sudoeste, Octogonal	SMHN, Qd. 03, Conj. 1, Bloco A, Ed. COMPP, Asa Norte
CAPS i Recanto das Emas	CAPS i	Samambaia, Recanto das Emas, Gama, Santa Maria, Riacho Fundo I e II	Quadra 307, A/E 1 (no Centro de Saúde 1 do Recanto das Emas, em frente à Clínica da Família)
CAPS i Sobradinho	CAPS i	Sobradinho I e II, Fercal (+Condomínios), Planaltina, Paranoá, Jardim	Quadra 4, Área Especial, Lotes 1/2, Sobradinho I

		Botânico, Itapoã, São Sebastião	
CAPS Brasília	CAPS II	Sudoeste, Octogonal, Cruzeiro, Brasília (Asa Sul e Asa Norte), Lago Norte, Varjão, Cruzeiro, Sobradinho I e II	SCRLN 904, Centro de Saúde n. 5, Asa Norte
CAPS Taguatinga	CAPS II	Taguatinga, Vicente Pires, Guará, Estrutural, Águas Claras, Ceilândia, Brazlândia	QSA 09, Casa 09, Taguatinga Sul
CAPS Paranoá	CAPS II	Paranoá, Itapoã (+Condomínio Del Lago, Fazendinha e Zona Rural), São Sebastião, Lago Sul	Q. 02, Conj. K, Área Especial 1, Setor Hospitalar do Paranoá
CAPS Planaltina	CAPS II	Planaltina	Via W/L nº 4 Setor Hospitalar Oeste, Área Especial Planaltina DF CEP: 73310-000
CAPS Samambaia	CAPS III (24h)	Recanto das Emas, Samambaia e Ceilândia (QNM e QNN)	Quadra 302 Conjunto 5 Lote 1 - Centro Urbano – Samambaia
CAPS ISM	CAPS I	Riacho Fundo I e II, Recanto das Emas, Núcleo Bandeirante, Candangolândia, Gama, Santa Maria	Granja do Riacho Fundo, EPNB Km 04, AE, Riacho Fundo

Fonte: Diretoria de Saúde Mental do DF

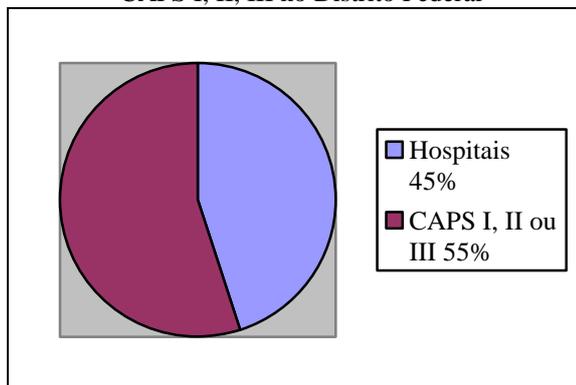
Do quadro oferecido, pode-se fazer os seguintes gráficos da oferta de serviços por tema, e sobre a oferta desses serviços por hospitais versus por CAPS I, II ou III:

Figura 6: Oferta de serviços em saúde mental no Distrito Federal considerando o tema



Fonte: a autora com base nos dados disponibilizados pela Diretoria de Saúde Mental

Figura 7: Comparação dos serviços em saúde mental (casos de transtorno mental) em Hospitais versus CAPS I, II, III no Distrito Federal



Fonte: a autora com base nos dados disponibilizados pela Diretoria de Saúde Mental

Ainda sobre as dificuldades na implementação da gestão, a diretoria afirmou que o poder judiciário e o Ministério Público os fazem gastar muito orçamento para dar o pior tratamento à população. Ao explicarem essa situação, informaram que muitas famílias entram com processos judiciais pedindo a consulta para fins de internação involuntária⁷⁰ de familiares com aparente doença mental em clínicas privadas. Na maioria dos casos tem sucesso no pedido, e “o judiciário dificilmente tenta oferecer outros tratamentos antes, e ainda o Ministério Público concorda porque se acredita que a internação e a saúde privada são a melhor opção para os doentes mentais, que dão trabalho para as famílias e atrapalham a rotina”.

Contudo, segundo a Diretoria de Saúde Mental do DF, tais clínicas privadas oferecem estrutura “pior que a estrutura pública”, com práticas “manicomiais”, que falham e não trazem resultados em saúde. Tanto que os pacientes dessas clínicas, na maioria das vezes ficam eternamente saindo e retornando à internação (“já tem gente na 7ª internação privada, e nunca melhora porque os familiares, quando os recebem de volta, não veem resultado, e acham que o melhor é reencaminhar para internação na clínica privada”).

Informaram que os gastos para manter essa população no pior tratamento disponível custa em torno de 30 mil Reais por mês, por paciente, valor que segundo os gestores, faz falta e poderia ser investido na ampliação de redes CAPS do DF, na oferta de serviços preventivo e

⁷⁰ No art. 6º da Lei 10.216/01, há três tipos de internação: I) internação voluntária (com o consentimento do paciente); II) internação involuntária (sem o consentimento do paciente); e III) internação compulsória (determinada pelo poder judiciário).

alternativos à ideia de internação. Afirmaram ainda, que a maioria dessas internações voluntárias e compulsórias são feitas sem necessidade, e que muitos dos pacientes sequer tiveram a possibilidade de tentar outros tratamentos antes de se submeter à internação. Nem o judiciário ou o Ministério Público ajudam para que os manicômios sejam extintos. Creem que resistência de extinção dos manicômios é mais da justiça do que dos pacientes.

Quando se tocou no assunto ‘papel do Ministério Público’, os gestores o criticaram afirmando que este, por muitas vezes, distorce o objetivo (que deve ser excepcional) da internação psiquiátrica, tentando utilizá-la como pena. Deram como exemplo alguns casos de violência contra o idoso por pessoas comuns, que a lei penal não prevê pena aparentemente relevante⁷¹. O Ministério Público, nessas situações, tenta convencer o juiz que o autor é doente mental e o caso geralmente é rotulado como medida de segurança, e sem necessidade o cidadão fica internado como doente mental em regime de internação compulsória na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), sofrendo violações de sua dignidade por tempo indeterminado (“*usando o orçamento de saúde mental para praticar prisão perpétua e fazer novos doentes mentais*”).

Acreditam que faltam conscientização e sensibilização da população, que por ter preconceito, julga o doente mental como o câncer da sociedade, algo que deve ser escondido, e retirado a todo custo. Raciocinam que a possibilidade de internação voluntária e compulsória favorece também a perpetuação dos manicômios no Distrito Federal.

Inclusive desabafaram que esse preconceito existe não só nas famílias, mas na forma de trabalhar de boa parte dos servidores dos hospitais públicos. Disseram que por mais que existam portarias, dinheiro reservado e também incentivo financeiro⁷², e normas para gerir e implementar estruturas alternativas para saúde mental nos hospitais gerais, as próprias equipes hospitalares e diretores administradores não aceitam a criação dessas estruturas nos locais comuns. Quando perguntados, sobre o que esses hospitais fazem, então, quando os doentes mentais aparecem, fui informada que a solução é sempre a mesma: “*os hospitais gerais*”

⁷¹ As penas para violência contra o idoso estão dispostas no art.95 e seguintes da lei 10.741/03.

⁷² Afirmaram que o incentivo financeiro é que cada Hospital Geral que receber um paciente psiquiátrico, receberá do Estado um suporte financeiro de 3x mais recursos do que receberia por paciente comum. O repasse vai pelo fundo de saúde, e deve ser utilizado respeitando a Lei 10.216/01 e a oferta de tratamentos alternativos à internação. Afirmaram também que não há necessidade de prestação de contas dos hospitais sobre esse incentivo, e mesmo assim tem resistência para receber os pacientes.

simplesmente enviam os pacientes para o Hospital São Vicente de Paulo, o antigo Hospital Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP)”.

Também, informaram que é difícil contratar terapeutas e médicos para trabalhar na área da saúde mental. Embora se faça um concurso público, assim que os médicos ganham estabilidade no serviço, não se consegue realocá-lo para os leitos psiquiátricos carentes, pois os médicos fazem requerimentos e solicitações burocráticas pedindo transferências para os hospitais gerais, e conseguem. Por vezes, é tão possível dar um “jeitinho” de não trabalhar na saúde mental que conseguem a realocação através de acordos políticos fora do alcance da gestão. Acreditam que a burocracia pode ser um fator que atrapalha a implementação.

As soluções que tentam para superar essa dificuldade são através de novos acordos políticos, mas agora entre o gestor e o profissional da saúde. Afirmaram que quando essas novas negociações políticas não convencem o profissional da saúde, pouco adianta mudá-lo à força, pois ele pede demissão e não trabalha nos leitos psiquiátricos de qualquer forma. Portanto, por mais que se contratem médicos, terapeutas e psicólogos, estes também dificilmente trabalharão na rede de saúde mental com estabilidade.

Sobre a fiscalização/supervisão/acompanhamento da gestão, responderam que as próprias equipes internas do CAPS fiscalizam a execução de suas tarefas, e que também a própria Diretoria de Saúde Mental faz uma fiscalização através de ofícios e malotes, pedindo documentos e relatórios das atividades aos CAPS e hospitais, que enviam o requerido com frequência. Também realizam reuniões entre membros da própria diretoria (colegiado gestor) e gestores dos hospitais e CAPS, o que caracteriza um contato basicamente “*gestor para gestor*”. Afirmam que consideram o contato gestor para gestor precário, e que gostariam de ter mais reuniões com os outros servidores, mas que a rotina exigida para as atribuições do cargo não permite, embora já tenham feito poucas.

Lembraram que antigamente, a supervisão da gestão era feita, teoricamente, pela figura do “*supervisor institucional, uma pessoa com notório saber, indicada pelo Ministro da Saúde e financiado por este, mas contratado pela CAPS para fiscalizar a CAPS, embora considerado externo à ela*”. Essa gestão, segundo a diretoria, não deu certo, pois as CAPS nunca faziam a contratação final do supervisor institucional porque questionavam suas habilidades de notório saber. O sistema ficou sem esse ator social até 2014, quando se mudou o sistema supervisional, instituindo os “*percursos formativos*”. Portanto, a partir de 2014, o

Ministro da Saúde indicaria alguém de sua confiança, financiada por ele, mas contratada e treinada pela CAPS (treinamento de aproximadamente 3 meses) para replicar esse treinamento na fiscalização e supervisão. Diante disso, perguntei se finalmente já existe esse ator social, e fui informada que apesar de ter precisão legal disso, não foram abertos editais de contratação, e, portanto, nunca se teve supervisão oficial da gestão da Lei 10.216/01.

No final da visita após mostrados os artigos da Lei 10.216/01 um por um, perguntei quais eles consideram que ‘não pegou em Brasília’, e me indicaram os arts. 2º V (“*não pegou porque os médicos são resistentes e, assim como não há equipe multidisciplinar, também não há equipe 24h*”), VI (“*não pegou para os casos de internação*”), art. 4º (“*não pegou porque a internação é regra*”), e art. 9º (“*os juízes banalizam as necessidades e a segurança da pessoa com doença mental*”), discriminados abaixo:

Art. 2º Lei 10.216/01: Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

Art. 4º Lei 10.216/01: A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visar, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 9º Lei 10.216/01: A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Afirmaram desconhecer a existência da comissão nacional do art. 12 da Lei 10.216/01⁷³, e não sabem dizer se esta comissão está realmente acompanhando a implementação da Lei 10.216/01, conforme é previsto na legislação.

RELATÓRIO DE VISITA AO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA

O hospital São Vicente de Paula foi inaugurado em 18 de maio de 1976, onde era anteriormente o Hospital Maternidade de Taguatinga. Até meados de 2006 se chamou Hospital Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP). A mudança para o nome Hospital São Vicente de Paula representava uma das estratégias para que fosse criada uma nova representação do lugar que gradativamente seria transformado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Nessa perspectiva, criar-se-ia um local para o pernoite de pacientes, implantar-se-ia o hospital-dia, diminuir-se-ia o número de internações, e interromper-se-iam convênios com clínicas privadas como a Clínica Planalto e o Sanatório de Anápolis, para onde pacientes crônicos e com mais dificuldades eram enviados. (AMARAL, 2006)

No dia 11/05/2017, às 10h, semana de homenagem à luta antimanicomial, fui até o Hospital São Vicente de Paula, me dirigi à administração do local para falar com o diretor portando o documento oficial de ‘encaminhamento de pesquisa de campo’ emitido pelo departamento de Ciências Sociais da Universidade de Brasília, mas fui mal recebida pela instituição. Recusaram-se a dar entrevista e me mostrar os aposentos da instituição se justificando que eu deveria abrir um protocolo em outra comissão de ética governamental, não vinculada à Universidade de Brasília. Se o referido protocolo burocrático tivesse sucesso, seria então enviado outro documento ao Hospital, e só então, talvez eu conseguisse ter o privilégio de entrevistar os funcionários e visitar o local.

Depois, desdenharam desta pesquisa e ridicularizaram o documento emitido pelo departamento da Universidade, como se não tivessem o devido valor, e terminaram se despedindo fazendo ataques pessoais a mim⁷⁴. Porém, por sorte, dois trabalhadores (um ex

⁷³ Lei 10.216/01, art. 12: O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

⁷⁴ AMARAL também se dirigiu à referida instituição em 2006 para fazer pesquisa, entrevistas e compreender as atividades do local. Também foi recebida com hostilidade. Em 2006 a autora observou que a causa antimanicomial e a reforma psiquiátrica já eram mal recebidas no local, e disse que a direção atribuiu a ela dose de ignorância médica acerca das reais necessidades de um paciente transtornado, que por muitas vezes, precisa ser amarrado, contido e internado. Além disso, viu pacientes internados com péssima aparência, aparentemente

funcionário e um funcionário atual) do Hospital aceitaram participar de uma entrevista semi estruturada em profundidade, sob condição de anonimato.

O ex funcionário, aparentemente calmo e à vontade, disse que trabalhou no referido hospital de 2009 a 2011, e afirmou que viu de perto as realidades e condições das alas de internação, emergência, bem como as primeiras implantações do “Hospital Dia” e do “Programa Vida em Casa”.

Disse que para trabalhar no Hospital é necessário prestar concurso público da Secretaria de Saúde, com exceção dos cargos comissionados que são compostos pela gerência, chefia de núcleo e direção. Informou que os cargos comissionados são ocupados por servidores concursados da Secretaria de Saúde, que recebem uma promoção/indicação. Raramente os cargos comissionados do Hospital são ocupados por pessoas de fora, pois é mal remunerado, exige-se dedicação exclusiva e muita responsabilidade. Afirmou que da área da saúde, o Hospital oferece serviços dos seguintes tipos profissionais: médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos.

Disse que o local tem precárias condições de trabalho, poucos enfermeiros para a demanda, e que a internet mesmo só chegou ao Hospital em 2009. Além disso, era frequente a falta de material para trabalho (papel, toner), que não se conseguia imprimir os documentos dos pacientes e tirar Xerox. Disse também que não havia mesa e cadeira para todos os funcionários, ocasião em que alguns providenciavam seus materiais no ‘lixo’, e outros, quando tinham material, não eram bem conservados. Afirmou que o local tem poucos recursos para tratar os pacientes com dignidade.

Sobre os locais do hospital, disse que a Área Administrativa é composta pela equipe administrativa, e recursos humanos, o Ambulatório é o local em que os pacientes marcam consultas periódicas (psicologia e psiquiatria), e a Emergência é composta pelo pronto socorro, sala do médico, e leitos para internação ou medicamento. A internação é composta de duas alas (masculino e feminino) que contém os leitos/macacões, um pátio, uma enfermaria, e uma sala de convivência (que só tem sofá e cadeiras em mau estado de conservação). Disse que os pacientes internados usam uniformes e só recebem medicação como tratamento, além de tomar sol, comer, dormir, tomar banho e receber visitas nos horários programados. Os

dopados, embora não tivesse nenhuma pessoa enjaulada, amarrada explicitamente. Disse que parte dos internos pedia ajuda para contatar suas famílias, comida e cigarro. Naquela época não havia outros médicos que não fossem da psiquiatria. (AMARAL, 2006)

pacientes internados raramente são tratados por outros métodos terapêuticos que não a medicação.

Quando perguntado como é o acesso aos medicamentos, disse que é comum os pacientes precisarem de um medicamento que não tem disponibilidade, e por isso, os médicos se sentem obrigados a prescreverem outra medicação equivalente. A instituição possui pouco acesso aos medicamentos mais novos da ciência, que produzem menos efeitos colaterais e costumam ser mais eficazes, pois estes não estão na lista do SUS, a qual raramente muda e é antiquada para realidade atual. Em termos de remédios, os pacientes não têm acesso ao melhor tratamento disponível.

Disse que na internação tem leito para todos, que os pacientes dormem em macas. Que antes de 2009 existia o que se chamava “leito chão”, mas foi extinto e possivelmente hoje não existe mais. Afirmou que as alas masculina e feminina possuíam a mesma estrutura, sendo a feminina mais cheia. Disse que “ninguém gosta de estar lá” e “a maioria está lá sem desejar, porque foram pedidos para ser internados por outros”. Informou que a maioria dos internados piora após a internação, e que o local “possui muitos pacientes crônicos graves”, e que ficaram assim “por culpa da instituição”. Disse que as internações duram em média o tempo de 3 (três) a 20 (vinte) dias, e que os pacientes que recebem alta “voltam bem, mas impregnados de remédios”, mas que após um período certamente voltarão à internação do Hospital por não terem melhora, ou nos raros casos, os pacientes procuram uma rede CAPS e fazem um tratamento mais multidisciplinar e se reintegram à sociedade. Disse que acredita no trabalho das redes CAPS.

Quando perguntado sobre a realidade de vida dos pacientes, disse que grande parte possui problemas familiares (família doente, família que abandona, família extremamente pobre, violência doméstica). Ressaltou que dos problemas familiares vivenciados pelos pacientes, a violência doméstica é o mais comum. Que já presenciou situação de pacientes ficarem internados 3 (três) anos no Hospital e não voltarem para casa por não terem para onde ir. Afirmou que sabe da existência de um Instituto de Saúde Mental no Riacho Fundo (“*Casa de Passagem*”) que está destinado a receber esses pacientes que estão em alta e não tem lar.

Criticou o uso de uniformes pelos internados, pois disse que percebia que o uniforme os estigmatizavam, os discriminavam, e aumentava a relação de poder dos servidores para com os pacientes. Tal relação, gerada pelo uniforme, afastava o afeto e o vínculo,

transformando os pacientes num grupo à parte que não se mistura com os servidores. Criticou o uso de jalecos também, pelos mesmos motivos (aumentam a relação de dominação e poder), ressaltando que um local psiquiátrico não trata necessariamente de bactérias e infecções, mas sim, doenças da mente que não se transmitem como bactérias. Disse que não há necessidade de uso do jaleco, pois este mesmo não vai impedir infecção dos médicos. Contudo, como na prática sabe que o ambiente é geralmente superlotado e insalubre mesmo, afirmou que infelizmente é melhor os médicos usarem o jaleco, pois devem ter micro-organismos no ambiente.

Criticou o trabalho dos técnicos de enfermagem, afirmando que estes tinham, entre 2009-2011, o costume de serem “*pouco sensíveis, grosseiros, ameaçarem os pacientes (prender e amarrar), tratarem os pacientes numa relação de hierarquia, e não conversarem com os familiares*”. Quando perguntado sobre o que é feito diante dessas situações abusivas, disse que poucos funcionários têm coragem de denunciar na ouvidoria, mas soube de alguns casos enviados aos tribunais, contudo as punições foram brandas (“*somente administrativas*”⁷⁵, em que perder o cargo nunca acontecia”). Informou que ainda acontecia o “*efeito rebote*”, em que os funcionários que denunciaram sofriam repressão social da instituição por terem denunciado, ficaram mal vistos, e mesmo quando a denúncia era anônima, arrumava-se um jeito (“*rádio corredor e fofoca*”) para se descobrir quem denunciou para puni-lo socialmente.

Contudo, as denúncias eram poucas perto das violações que existem, e se não fosse feita por um funcionário da instituição, mas sim pelo paciente, ninguém lhe dava importância, pois se costumava acreditar que tais denúncias de pacientes são fruto dos surtos psicóticos. Disse que o tema envolvido (doença mental) dificulta a fiscalização e denúncia dos abusos.

Quando perguntado sobre o que vivenciou da Implementação do Programa Vida em Casa, disse que em 2011 viu o Hospital disponibilizar atendimento em regime domiciliar aos pacientes com dificuldade de locomoção, e crônicos que não aceitavam voltar ao Hospital. Afirmou que esse programa começou com a iniciativa de uma voluntária que trabalhava na instituição (Maria da Anunciação), já falecida, mas que hoje não atinge tantas pessoas (200), por falta de equipe e recursos, como atingia na época de Maria da Anunciação (400). Acredita que o programa tenha enfraquecido, ou que talvez tenha sido substituído por algum serviço CAPS, que talvez tenha adquirido esse serviço.

⁷⁵ Consideram-se punições administrativas: locomoção, afastamento, advertência, e processo disciplinar.

Quando perguntado sobre o que é o Hospital Dia, disse que é um programa do próprio Hospital São Vicente de Paula, que busca inserir atividades terapêuticas diferenciadas para os internados que “*só comem, dormem e tomam remédios*”. Descreveu como um espaço em que alguns voluntários e servidores oferecem terapias e oficinas que são frequentadas pelos internos. Contudo, afirmou que viu apenas o começo desse programa, que na época tinham poucas pessoas gerenciando e trabalhando nas atividades, e que não supria-se a demanda. Afirmou que era uma boa iniciativa, que quando funcionava era prazerosa e muitos queriam estar ali vivendo as atividades, e talvez até desejassem estar internados por ter o privilégio de participar, pois na comunidade não se oferecia esse serviço.

Sobre os trabalhos e profissionais envolvidos, afirmou que infelizmente, segundo sua visão, são apenas os voluntários e terapeutas ocupacionais que tentam deixar o Hospital São Vicente de Paula melhor, fazendo oficinas com recursos escassos vindos de doação. Disse que o local tem poucos terapeutas ocupacionais, pois esse tipo de profissional é pouco valorizado no Brasil. Quando perguntado sobre o que acredita ser o fator para o Hospital São Vicente de Paula ainda existir, disse que não existe nenhum outro lugar no DF que consegue oferecer os serviços 24h que ele oferece, e suprir a demanda que ele supre.

O segundo entrevistado, atual funcionário do hospital, aparentemente contido (“*prefiro não usar adjetivos*”, “*prefiro não usar proporções*”, “*melhor não fazer estimativas*”) esperando falar apenas após as perguntas, disse que trabalha no referido hospital a aproximadamente 4 (quatro) anos, e afirmou que viu de perto as realidades e condições das alas de internação, emergência, pronto socorro, e que conhece o “Hospital Dia” e o “Programa Vida em Casa”. Disse que para trabalhar no Hospital prestou concurso público difícil e concorrido, que gosta de trabalhar com a saúde mental. Afirmou que também vivenciou a realidade do antigo CAPS Adi3 que havia em Taguatinga antes de ser extinto.

Quando perguntado sobre as condições de trabalho, ressaltou a precariedade da estrutura disponível, afirmando que existem funcionários que não possuem sala para atender os pacientes. Também, o hospital não tem mesa ou cadeira para todos os funcionários, e a internet não funciona. Lembrou que nem sempre há papel ou outros materiais de escritórios importantes para se administrar os prontuários dos pacientes e outros documentos. Disse que alguns profissionais da psicologia, por não terem sala para atendimento, acabam por atender debaixo de árvores, ou em praças e ambientes externos dentro do hospital. Se fosse dar uma

nota para a estrutura da sala dos médicos, daria a nota 4 de 10, pois até os profissionais que tem alguma sala, a sala é insuficiente de recursos, pouco ventilada e desagradável de se estar. Quando perguntado sobre a quantidade de profissionais, disse que faltam profissionais de todos os setores da saúde, pois a demanda do São Vicente de Paula é grande, o hospital vive lotado, e a equipe não é suficiente para atender tantas pessoas.

Afirmou que a estrutura do local é antiga e precária, e isso não se reflete só nas condições de trabalho, mas também no conforto e acomodação dos pacientes internados, os quais têm à disposição apenas o mínimo do mínimo da estrutura para se viver, quando menos, pois também há casos de se faltarem remédios, embora a equipe tente sempre “*dar um jeito*” na medida do possível. Afirmou que os quartos dos internos possuem em torno de 4 a 5 camas de ferro com colchão e capa de proteção, que ficam acomodadas em um aposento com aproximadamente 40m²/50 m², e que os locais são limpos com frequência, mas que “*não é o quarto que você gostaria de dormir.*”

Quando perguntado sobre a realidade dos pacientes internados, disse que a maioria é diagnosticada com esquizofrenia ou transtorno bipolar, que alguns não possuem apoio da família, as quais os abandonam na instituição. Na ocasião, lembrou que há pacientes atuais que embora tenham recebido alta, estão a mais de 200 dias internados porque não têm para onde ir. Indigna-se por não existir residências terapêuticas em Brasília. Lembrou que soube de um abaixo assinado que foi feito por moradores no bairro Asa Sul contra a implantação de uma residência terapêutica numa região residencial do plano piloto.

Acredita que as residências podem não ter sido implantadas no Distrito Federal porque as pessoas não querem morar perto de outras com transtornos mentais, que há preconceito, estigmatização e resistência para que estes tenham esse serviço disponível, restando novamente, a saída social de internar no São Vicente de Paula, longe de suas residências, onde a sociedade permanece segura e confortável.

Afirmou que, em média (casos dos pacientes que têm para onde ir), a internação no hospital pode durar de 72h à 20 dias, e que os pacientes saem bem (“*é possível ver uma transformação e uma melhora significativa*”). Sobre a rotina dos pacientes internos, afirmou que eles comem, dormem, tomam remédios nos horários programados e fazem algumas atividades do Hospital Dia no Galpão Terapêutico (“*oferecido àqueles que já têm condição de passar pelas atividades multidisciplinares*”). As atividades são compostas de oficinas,

bazares, terapias ocupacionais, etc. Disse que hoje existem atividades de lazer: campo para jogar bola, oficina de arte e atividades musicais.

Quando perguntado sobre situações de maus tratos, disse que nunca viu ou ouviu relatos de maus tratos dos funcionários aos pacientes, acredita que as pessoas são sensíveis, mas não pode afirmar com certeza se maus tratos existem na instituição. Acredita que assim como ele gosta, os funcionários gostam de trabalhar no hospital também.

Quando perguntado se a internação é a última opção, disse que depende: 1) a pessoa que chega com surto psicótico vai para a internação; 2) a pessoa pode receber medicação e ficar 72h sob observação, se melhorar, não fica internada e volta para casa ou é encaminhada para CAPS, mas; 3) se piorar vai para internação, e após sair da internação é encaminhada para CAPS. Disse que nem sempre a pessoa vai para as CAPS, pois elas não têm condições de atender a todos, e existem pacientes que voltam à internação após algum tempo, por novos surtos que surgem.

Sobre os resultados terapêuticos dos internos após saírem da internação, disse que (alguns) voltam para serem novamente tratados em regime de internação, outros vão para um tratamento alternativo em algumas das CAPS, ou ficam nas ruas abandonados pelas famílias, ou ficam bem (ressocializados) em casa. Acredita que está diminuindo o número de pacientes que voltam para serem novamente internados no hospital porque a rede CAPS pode estar se fortalecendo, oferecendo tratamentos mais eficazes e alternativos. Contudo, lamentou que o programa “Vida em Casa” “*está morrendo*” (falta carro, motorista e funcionários suficientes pela demanda no atendimento a domicílio), e que via “*rádio corredor*”, ficou sabendo que possivelmente este mês seria o último de seu funcionamento. Lembrou que o programa gerava maior autonomia aos pacientes, ajudando-os a não dependerem da estrutura de internação do São Vicente de Paula para ficarem bem, além de permanecerem próximos à família e à comunidade.

Criticou o fato do Hospital e seus funcionários recebem apelidos de “manicômio” ou “manicomialistas”, pois acredita que na instituição existem pessoas tentando fazer o melhor que podem e existem melhoras acontecendo (devagar, mas acontecendo). Acredita que esse preconceito (taxação de que todos que trabalham lá são manicomialistas) também vem do preconceito do local tratar (além de doentes mentais) pessoas pobres. Criticou que Brasília, a

capital do Brasil, deveria servir de exemplo para o resto do país, mas ao contrário, tem uma estrutura de saúde mental deficiente.

Quando perguntado se gostaria que o hospital continuasse a existir, disse que seria melhor o Hospital ser extinto desde que fosse substituído por serviços CAPS que aguentassem atender a demanda do Distrito Federal. Disse que o hospital existe porque é o único que consegue suprir a carência da rede de saúde mental na região e que isso acontece justamente porque ainda não se implantou uma rede alternativa eficiente para a mesma demanda. Disse que se os manicômios existem, há algum interesse em sua existência.

Após tais entrevistas, e depois de também perguntar aos entrevistados suas opiniões, e pontos específicos, e considerando que para se garantir o melhor tratamento do sistema de saúde bem como o respeito e a humanidade ao paciente, deve-se incorporar uma boa estrutura física digna, verifiquei que no Hospital São Vicente de Paula, possivelmente não pegaram os seguintes artigos da Lei 10.216/01: art. 2º, I, II, III, VI, IX, art. 4º⁷⁶, e art. 9º⁷⁷, discriminados abaixo:

Art. 2º Lei 10.216/01: Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 4º Lei 10.216/01: A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

⁷⁶ Relato de um dos entrevistados: “no Hospital, a internação é regra, mas não considero que há característica asilar porque em minha concepção pessoal, característica asilar é aquela que é destinada a ser moradia permanente, e no caso do Hospital São Vicente de Paula, a internação não demora muito tempo, embora aconteça com frequência.”

⁷⁷ Relato de um dos entrevistados: “existem pacientes internados por determinação judicial, em que o judiciário geralmente não visualiza a presença dos requisitos do art. 9º antes de internar, visualiza-se apenas a existência do serviço.”

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 9º Lei 10.216/01: A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

RELATÓRIO DE VISITA À ALA DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (CASOS DE MEDIDA DE SEGURANÇA)

Inaugurada em 1999, a Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) fica sediada nas mesmas instalações do Presídio Feminino do Distrito Federal. Em 2011, a ATP vinculava-se à Secretaria de Estado de Segurança Pública do Distrito Federal. A população total da ATP em 2011 era de 94 indivíduos, entre os quais 62 estavam em medida de segurança, 21 estavam em medida de segurança por conversão de pena e 11 estavam em situação temporária de internação. Na ATP, ao menos 17% dos indivíduos em medida de segurança não deveriam estar internados e deveriam retornar para casa (periculosidade cessada, sentença de desinternação, medida de segurança extinta ou internação sem processo judicial). (DINIZ, 2013)

No dia 17 de maio às 10h me dirigi à Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) portando documento oficial da Universidade de Brasília encaminhando para visita de campo na instituição. Anteriormente também encaminhei um email informando da pesquisa e necessidade de entrevista, anexando documentos da Universidade, do qual não tive resposta. Ao ser recebida pela vice-diretoria, esta se recusou a dar entrevista ou apresentar os aposentos da instituição.

Disse que recentemente foi instituída uma nova portaria, que requer que os estudantes peçam autorização ao juiz da Vara de Execuções Penais, e após sua autorização, tal documento seja despachado e encaminhado para o sistema penitenciário geral, e que após tal procedimento, talvez seja permitido os pesquisadores e estudantes a possibilidade de coleta de dados de pesquisa na ATP. Percebi que após a portaria, diminuiu-se a fé pública da Universidade de Brasília, que ao contrário de 2011, hoje depende da boa vontade e rapidez de tramitação de outros órgãos para desenvolver a educação e pesquisa científica no país. Diante

dessa dificuldade, e desses novos dados, narro abaixo a visita que fiz à referida instituição em 2011, antes da burocracia.

Nos dias 21 de setembro de 2011, às 10h, e 18 de outubro de 2011 às 15h foram entrevistadas sete pessoas na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), sendo: duas funcionárias, três funcionários, a diretora e um interno.

Primeiramente, se entrevistou o chefe de pátio da ATP, que já trabalhava à época, 2 anos e 7 meses na referida ala psiquiátrica. Na conversa, o entrevistado apresentou a estrutura do local, que consiste numa horta, uma pequena casa onde os internos praticam atividades artesanais, e a colmeia, onde ficam as celas, consultórios (psiquiátrico, odontológico, clínico) e uma pequena sala onde alguns aprendem a ler e escrever. Nas celas, são abrigados por volta de 15 internos.

Na conversa informal, o entrevistado afirmou que os internos possuem pouco aproveitamento das atividades desenvolvidas na horta ou grupo artesanal, pois são raros os sentenciados que aceitam participar desses programas laborais. Assim, a maioria dos internos vão para as aulas ministradas na colmeia, ou ficam ociosos. Na oportunidade, a maioria fica ocioso. Em sua opinião, tal comportamento pode se justificar pela fragilidade mental dos internos, que não percebem as consequências processuais de tais comportamentos.

Na oportunidade apresentou alguns trabalhos desenvolvidos por alguns sentenciados, afirmando que alguns chegam a vender suas artes realizadas no grupo artesanal, percebendo a renda para si. Os materiais como: tinta, sucata, livros; seriam oriundos de doações.

Ao apresentar uma das celas em que se abrigam internos com transtorno mental, pôde-se perceber que se tratava de um local grande, porém pouco arejado, mal iluminado, simples, em que todos possuem a própria cama. Os lençóis são brancos, contudo, há mau cheiro, talvez em decorrência da má ventilação do local, uma vez que só pôde se ver uma pequena janela na parte superior da parede. A porta possui grades, que permite passagem de ventilação, porém insuficiente. Afirmou que a equipe de saúde é composta de 1 psiquiatra que trabalha quatro vezes por semana, uma vez que também atende no CIR, 2 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional, 1 enfermeiro, 1 assistente social, 1 dentista e 1 clínico médico. A população de internos estaria num patamar de 96 assegurados.

Quando questionado sobre as medicações, respondeu que estas são devidamente ministradas, e que não tardam a chegar na ATP. Inclusive, afirmou que caso o interno se

recuse tomar, tenta-se convencer a necessidade e benefícios do remédio. Contudo, caso ainda persista a negativa de ingerir a medicação estipulada por médico, a ministram da maneira compulsória, por injeção.

Quando perguntado sobre atitudes tomadas em situação de emergência, afirmou que em casos de surto, isola-se o sentenciado utilizando força moderada para ministrar medicação. Em casos de fuga, o que acontece raramente, aciona-se o alarme, fato que já mantém a situação sob controle, pois caso os internos persistam em atitudes que atrapalhem as medidas, recebem uma punição. Quando questionado sobre a porcentagem dos internos que supostamente se curam, estipulou resultado satisfatório para 10%. Assim, 90% não teriam tido um resultado suficiente de adaptação na sociedade, os quais acabam cometendo outros delitos e retornando ao convívio na colmeia.

A segunda entrevistada foi a chefe do departamento de saúde e auxiliar de apoio da polícia civil. Na oportunidade afirmou que trabalha a mais de 26 anos no sistema penitenciário, sendo 4 anos na ATP. Dentre todos os casos analisados, afirmou que a maioria dos internos retorna a ATP, pois a chance de adaptá-lo na sociedade é mínima, já que de 10 sentenciados, 1 se cura. Disse que não há cursos de especialização fornecido aos funcionários e profissionais da ATP.

Quando questionada sobre o fornecimento de medicação, afirmou que o farmacêutico responsável sempre providencia na secretaria de saúde, que geralmente não tarda. Os medicamentos que mais demoram a serem percebidos são os de alto custo, que para adquirir perfazem um total de 15 a 30 dias. Quando os internos se recusam a tomar medicação, tenta-se a princípio convencê-lo dos benefícios, e se isso não for suficiente fornecem a droga injetável ou encaminha o sentenciado ao HPAP, atual Hospital São Vicente de Paula.

Quando questionada sobre os procedimentos tomados em situações emergenciais, afirma que a maioria dos surtos psicóticos são oriundos da falta de medicação, pois muitos internos se recusam a tomar. Nessa ocasião, os encaminham para o médico responsável.

Por fim criticou o sistema, afirmando que não concorda quando se misturam numa mesma cela pessoas com transtornos mentais e dependentes químicos. Certos dependentes químicos, ao terem acesso à droga, acabam por fornecê-la aos psicóticos, que ao invés de se curarem, ganham outro problema. Criticou o sistema afirmando que em certas ocasiões já

chegou a faltar até medicamento. Quando falta medicamento, procura-se substituí-lo por outro ou recorrer às famílias.

Afirma ainda que a estrutura não é adequada para misturar tantos presos numa cela só. A única seleção feita é por critérios de afinidade, ou seja, nas celas ficam os internos que se relacionam melhor, a fim de evitar brigas. Afirma que a seleção seria melhor se fosse por transtornos e dependência química. Quando questionada a respeito do tratamento de mulheres submetidas à medida de segurança, disse que estas recebem tratamento junto com as detentas na penitenciária feminina.

A terceira entrevistada foi a terapeuta ocupacional e coordenadora da equipe de saúde, que há época trabalhava a 10 meses na ATP. Forneceu poucas informações. Na sua entrevista, disse que a realidade brasileira na adaptação do doente mental está a desejar. Afirma que não existe cura em saúde mental, pois o que se procura é adaptar o indivíduo à realidade em que vive. Tal adaptação depende não só do sistema, mas também do apoio familiar e social, que não favorecem a realidade dos internos.

Quando questionada sobre a fragilidade do sistema, afirmou que seriam necessárias várias oficinas para ocupar a mente dos internos. Poucos internos participam das atividades, ocasião em que muitos chegam a ficar ociosos. Na ATP, só existe desenvolvimento de atividades agrícolas, artesanais, e educação até a 8ª série. Afirma que não está contente com o número de profissionais e funcionários, pois deveria ser bem maior, já que se tratam de 96 internos.

Por fim, preocupada, afirma que os profissionais de saúde e funcionários, que lidam com os internos não recebem apoio de saúde mental, ocasião em que é possível tais profissionais desenvolverem doenças ou transtornos, prejudicando o tratamento dos internos. O sistema também tinha que visar à prevenção de transtornos em tais trabalhadores.

O quarto entrevistado era um agente de polícia, e se prontificou na visita realizada na ATP para esclarecer alguns fatos que vivenciou no serviço. Na oportunidade, afirmou que já trabalha a 12 anos no sistema penitenciário, sendo 5 anos na ATP. Disse que nas celas ficam numa média mais de 10 internos, e que poucos realmente se reabilitam.

Quando questionado sobre o fornecimento das medicações, afirmou que estas geralmente consistem em remédios psiquiátricos comuns, que são de responsabilidade do núcleo de saúde e que geralmente não tardam a demorar. Caso algum interno se recuse a

ingerir a medicação, confirmou que estas são ministradas em último caso, da maneira injetável. Chegou a vivenciar situações de emergência médica, em que o interno recebe atendimento pelo SAMU. Já com relação às emergências de surto psicótico, encaminha-se o interno ao HPAP, atual Hospital São Vicente de Paula.

Com relação ao sistema, afirma que um resultado melhor seria possível de se alcançar caso existissem mais psiquiatras trabalhando na ATP, já que o psiquiatra responsável pelos 96 internos só aparece de vez em quando, sem estipulação de dias fixos, pois também trabalha no CIR. Quando questionado sobre a situação dos internos, acredita que muitos dos que estão presentes não precisariam estar na ATP, mas sim numa penitenciária comum. Segundo seu entendimento, muitos advogados fazem manobras judiciais para mandar os réus para a ATP, acreditando que ser a melhor opção. Contudo, se enganam, já que muitos dos internos ficam mais tempo na ATP do que se estivessem na papuda.

O quinto entrevistado era médico psiquiatra na ATP, na época já a 3 anos. Disse que trabalhava também em outros dois locais (HPAP e clínica particular). Disse que não há fornecimento de cursos de especialização na ATP, que chegou a fazer alguns cursos especializatórios, mas que foram por conta própria. Demonstrou-se pouco receptivo à entrevista, desconfiado, e forneceu poucas informações. Quando questionado sobre a forma com que é feita a avaliação médica dos internos no momento de entrada na ATP, disse que tais planos terapêuticos são baseados por meio de anamnese e avaliação clínica, unicamente, que não são realizados testes psicológicos ou psiquiátricos.

Sobre a frequência das avaliações médicas, disse que estas são feitas a cada dois meses, mas que procuram realizá-las uma vez por mês. Reclamou que nesses momentos passa por dificuldades, pois fica sobrecarregado com todos os internos sob sua responsabilidade. Disse que a ATP precisa de mais psiquiatras.

A sexta entrevistada foi a diretora do presídio. Afirmou que já trabalhava no local a 2 anos e 5 meses. Disse que a penitenciária possui 2 psicólogos, 1 psiquiatra, 1 terapeuta ocupacional, 1 auxiliar de enfermagem, 1 clínico geral, 1 dentista, 1 clínico voluntário da PM, e 1 dentista e outro auxiliar, também voluntários. Confirmou que o sistema da ATP não fornece cursos de especialização para os funcionários. Disse que possuem quase 100 internos, divididos em 10 celas, sendo que 10 celas possuem capacidade para 12 internos, e 2 celas para

20 internos. Afirmou que possuem 3 mulheres submetidas a medida de segurança, que estão sendo tratadas no mesmo local em que ficam as sentenciadas em regime semiaberto.

Quando questionada sobre faltarem remédios disse que isso já aconteceu, ocasião em que tentam conseguir com ajuda das famílias, doações, gerência de saúde, ou substituição do medicamento pelo psiquiatra. Sobre a alimentação, disse que as embalagens não favorecem ao bom armazenamento e qualidade da comida. Afirmou que os internos são divididos nas respectivas celas por critérios de relacionamento entre eles.

Sobre as atividades desenvolvidas na ATP, afirmou que existem as oficinas de artesanato, horta e a escola. Aparentemente constrangida, afirmou que a horta e o artesanato só foram desenvolvidos por iniciativa do próprio bolso dos funcionários da ATP, que arcaram com custas iniciais, fazendo uma “vaquinha”, para desenvolver tais atividades com os internos. Afirmou ainda, que tais oficinas funcionam com materiais oriundos de doação. Por fim, esclareceu que somente alguns internos sabem o porquê de estarem na ATP. Muitos internos não compreenderem o porquê de ficarem mais tempo na ATP do que se estivessem numa penitenciária comum.

O último entrevistado era um dos internos, À época estava no local à 13 anos, porém, no sistema penitenciário, já perdeu 18 anos de sua vida tentando se tratar sem resultado. Aparentou calmo, e perceptivo para conversar em entrevista. Em sua entrevista, afirmou que toma um total de 9 remédios (2 de manhã, 2 meio dia, e 5 de noite), que sempre os recebe no horário certo. Afirmou que em sua ‘cela’⁷⁸ habitam mais ou menos 26 presos. Questionado sobre o lugar, afirmou que é um local tranquilo, que não acha ruim, que das atividades que já desenvolveu, gosta mais da horta e do colégio. Afirma não receber visitas, pois visita a família quinzenalmente, que sua família é pobre e não tem condições de visitá-lo na ATP. Diz que está esperando a ordem judicial para sair da ATP. Tem planos de estudar direito, pois quer saber se defender de abusos.

Após tais entrevistas, e considerando que a situação no local deve permanecer a mesma de 2011 (talvez pior, pois hoje há menos transparência e aparente menor interesse de se abrir o local para pesquisa e estudos da Universidade, e há indicações de maior superlotação, em que se considera o lugar um ‘manicômio’ segundo o relatório de inspeção

⁷⁸ A ala psiquiátrica é tão diferente de um ambiente terapêutico que assemelha-se a uma prisão, embora o paciente estivesse se referindo ao ‘leito’, usou a palavra ‘cela’.

feito pelo Conselho Federal de Psicologia em 2015⁷⁹), e as análises feitas no trabalho de AZEVEDO em 2011⁸⁰, verifico que na Ala de Tratamento Psiquiátrico do DF, não pegam os seguintes artigos da Lei 10.216/01: art. 2º, I, II, III, V, VI, VII, VIII, IX, art. 3, art. 4, art. 5 e art. 9º, discriminados abaixo.

Art. 2º Lei 10.216/01: Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º Lei 10.216/01: É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º Lei 10.216/01: A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visarà, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º Lei 10.216/01: O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 9º Lei 10.216/01: A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de

⁷⁹ Disponível em < http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP_Livro_InspManicomios_web.pdf>

⁸⁰ Disponível em < <http://revista.pg.df.gov.br/index.php/RJPGDF/article/download/247/191>>

segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

RELATÓRIO DE VISITA À CASA DE PASSAGEM (INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL)

O Instituto de Saúde Mental, fundado em 1987, fica em um local antes denominado Granja do Riacho Fundo, que já foi, inclusive, residência presidencial em outras épocas. Hoje está dentro dos limites da cidade satélite que recebeu o nome da antiga Granja, o Riacho Fundo, há uma considerável distância dos limites urbanos da cidade. Apesar da distância, a aparência real da instituição como todo é bem diferente do que um visitante possa imaginar ao longo do trajeto tão demorado. Não é possível enxergar os limites do terreno, é como uma grande chácara, com áreas verdes, muitas árvores, quadras e pessoas caminhando pelos jardins e calçadas. (AMARAL, 2006)

É considerado uma das iniciativas pioneiras no processo de implementação da reforma psiquiátrica no DF, tendo em vista a proposta de assistência em instituição aberta, diferenciada do modelo do Hospital São Vicente de Paula, que era referência em saúde mental há alguns anos. No entanto, a ideia da criação não surgiu a partir de uma idealização e crença em outras formas de tratar a doença mental. O espaço era de propriedade da União e foi repassada para o Governo do Distrito Federal em meados da década de 1980. Inácio Republicanos, então assessor do Governador José Aparecido era quem conhecia as experiências de instituições psiquiátricas abertas no exterior, e quando visitou a Granja do Riacho Fundo, pensou que o local seria adequado para um hospital psiquiátrico. (AMARAL, 2006)

Com essa ideia, em uma reunião com o Secretário de Saúde do DF e profissionais da rede, um dos participantes teria questionado a situação dos doentes mentais e as providências que seriam tomadas além da assistência oferecida pelo HPAP. Diante de tal questionamento, Inácio Republicanos passou um bilhete para o Secretário informando-o sobre a Granja do Riacho Fundo, que já era um hospital psiquiátrico pronto para funcionamento. Dessa maneira, mediante um decreto do Governo, o Instituto de Saúde Mental foi criado. Sua criação colocou o Distrito Federal à frente das novas práticas psiquiátricas, na época, pois se contrapunha às tradicionais práticas manicomial das instituições fechadas. (AMARAL, 2006)

Porém, sua proposta assustou grande parte dos profissionais, sobretudo os funcionários do antigo HPAP que foram convocados para trabalhar na instituição e recusavam o serviço. Não se compreendia como era possível tratar doentes mentais em um espaço com espelhos nos banheiros, jardins e sem grades. Assim, o momento histórico que presenciou a fundação do Instituto de Saúde Mental caracterizou-se por uma intensa reflexão política e social que encerrou um longo período de ditadura militar. (AMARAL, 2006)

No dia 17 de maio de 2017 me dirigi à Casa de Passagem (Instituto de Saúde Mental) localizada no Riacho Fundo II. O local agora abriga também pessoas que receberam alta em tratamentos de internação, mas não têm para onde ir, funcionando de forma análoga a uma residência terapêutica sem estrutura de residência terapêutica. Fui bem recebida pela direção e administração local, que foi solícita em oferecer entrevistas. O local, aparentemente antigo e precário, é amplo, possui um CAPS do tipo 2 dentro do estabelecimento, um jardim bem cuidado, e vários aposentos, em formato de casas, espalhados no lote. Cada aposento é organizado por finalidade (ambulatório, emergência, administração, oficina de artesanato, leitos, centro de convivência, etc). A estrutura, aparentemente deficiente, possui banheiros com alguns sanitários que não funcionam, e outros locais estão sem lâmpadas, sem iluminação.

O local atende aproximadamente a quantidade de 1.500 consultas mensais no ambulatório, possui aproximadamente 300 pacientes na unidade de CAPS 2 dentro do lote, e atende mais de 600 mil habitantes na região. A equipe é composta de psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas e terapeutas ocupacionais. Afirmam que necessitam de mais psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais para a demanda, e que a carência de recursos humanos tem sido um impasse para se desenvolver o melhor trabalho possível.

A casa de passagem⁸¹, dentro do mesmo lote, também tem poucas condições estruturais, mas abriga aproximadamente 30 homens e 5 mulheres⁸², e se chama assim porque

⁸¹ Segundo AMARAL, em 2006, os pacientes ficavam internados no Instituto devido à pressão das famílias que não queriam e não tinham condições de manter pacientes crônicos em casa, e por outro lado, pelo desejo dos próprios pacientes de permanecerem em um espaço seguro. Mesmo estando em alta, e não sendo oferecido um tratamento propriamente dito destinado ao grupo, eles iam para a instituição todos os dias, e a sede do grupo, que tem a aparência de uma casa com cozinha, rádio, sofá, permitia que os pacientes convivessem com outros na mesma condição. Funcionava dessa forma, como uma alternativa para aqueles que recebiam alta médica, mas ainda assim, não conseguiam se inserir socialmente. (AMARAL, 2006)

abriga pessoas que após frequentarem o regime de internação e apresentarem melhora na saúde mental, não têm para onde ir. A ala masculina pareceu mais precária que a feminina. No local, os pacientes estudam e ganham dinheiro com a horta orgânica criada em parceria com uma instituição bancária. Além de hortaliças, há galinhas e ovos, uma oficina para trabalhar com vidro e artesanato e toda a renda é revertida em benefício dos pacientes.

Sobre as condições de trabalho, responderam que são ruins. Criticaram que os servidores que trabalham com saúde mental não recebem do Estado a atenção especial que necessitam (treinamento, terapia de saúde mental, etc) para desempenhar um bom trabalho com dignidade. Seus únicos privilégios são duas férias de 20 (vinte dias) ao ano e 10% de adicional de insalubridade. Informaram que inclusive o local, além de ter poucos funcionários, já recebeu servidores mentalmente adoecidos pela Secretaria de Saúde, que os funcionários são sobrecarregados com a demanda, e que há dificuldade de se ampliar a equipe.

Quanto à captação de recursos para realizar melhorias na infraestrutura, afirmaram que dependem das decisões da Superintendência do Distrito Federal. Afirmaram que a superintendência é fragmentada por regiões (existem 7 superintendências- centro norte, centro sul, oeste, leste, sul, norte, sudoeste), que cuidam de regiões específicas em Brasília e decidem entre si, as prioridades na destinação dos recursos através de procedimentos burocráticos e negociações. Também afirmaram que existe possibilidade de conseguir recursos através da Diretoria de Saúde Mental do DF, contudo, é a decisão da superintendência a mais definitiva.

Quando perguntados se essa administração de recursos os permite orçamento eficaz para as necessidades, disseram que não. Acreditam que o local não parece ter prioridade no orçamento, pois quando se pedem recursos, raramente as decisões das várias pessoas (funcionários das superintendências) os levam em consideração, e por fim o recurso é sempre enviado para outras instituições. Criticaram que há burocracia excessiva no envio do orçamento, e também no gasto do mesmo, ocasião em que a instituição tem até fundos reservados, de longa, data que não se consegue gastar em investimentos devido aos tantos impasses burocráticos, onde há sempre um ator social os impedindo de utilizar o orçamento para cuidar do local.

⁸² Os pacientes da casa de passagem antes, frequentaram em regime de internação outros hospitais psiquiátricos, ou de estabelecimentos para medida de segurança.

Além disso, disseram que falta comunicação das outras Secretarias do Estado (se referindo às Secretarias de Desenvolvimento Social, Renda e Transporte, INSS) com a Secretaria de Saúde, e esta última age praticamente sozinha e sem estrutura para se encarregar de todas as demandas extracurriculares que envolvem os pacientes com transtorno mental.

Acreditam que a Lei 10.216/01 não pegou no local. Disseram que a situação da instituição inclusive já chamou a atenção de alguns deputados e parlamentares que já fizeram emendas parlamentares⁸³ para ajudar a organização. Contudo, disseram que tais iniciativas não têm gerado resultado diante dos tantos impasses burocráticos que existem⁸⁴, além de levarem muito tempo para se processarem. Disseram que alguns parlamentares também fazem somente a proposta, mas não a acompanham acirradamente até o final, o que não garante o recurso de qualquer modo.

Continuaram dizendo que a burocracia excessiva os desmotivam, impedem de exercer um bom serviço e oferecer um bom local de acolhimento. Funcionários antigos ressaltaram também que em 5 (cinco) anos perceberam a burocracia aumentar e, conseqüentemente, perceberam diminuir a captação de recursos para a instituição, a qual está cada vez mais precária. Dizem ser “*difícil fazer as coisas acontecerem com tantos caminhos para se passar*”, que “*quanto mais gente para tomar decisões, mais difícil é para fazer negociações gestoras*”, e que a burocracia só tem feito “*as coisas começarem e não continuarem*”.

Ainda, para piorar, toda vez que se muda o governo (a cada quatro anos), mudam-se os atores sociais, os quais mudam as regras do jogo com outras normas de hierarquia infralegal, que “*são subjetivas, confusas, pouco eficientes*”, e “*aumentam a burocracia*”. Criticou-se que a burocracia do jeito que está inclusive facilita a criação de um ambiente doente que se afunda em si mesmo.

Sobre as estratégias que utilizam para superar essas dificuldades, afirmou-se que é feito o possível para os pacientes conseguirem um local familiar para viver, alcançarem a estabilidade na saúde mental, conseguirem um emprego e assim logo se reinserirem, e

⁸³ Todos os anos o poder executivo define o orçamento (Lei Orçamentária Anual) para o ano seguinte, especificando quanto dinheiro deve ser destinado para cada tipo de gasto. Depois que estes orçamentos são definidos, são feitas emendas parlamentares, que representam a ocasião na qual os representantes do poder legislativo tentam reservar uma parcela daquele orçamento para a sua área de atuação considerada importante.

⁸⁴ O dinheiro geralmente fica na Secretaria de Saúde da Região, e a gestão nem sempre o destina para a Casa de Passagem especificamente, a não ser que se faça “acordo de cavalheiros”. Assim, a emenda parlamentar pode ser um modo de ajudar, mas na ocasião, não está resolvendo o problema.

consequentemente, não precisarem mais da estrutura da instituição. Contudo, nem sempre se alcança esse objetivo.

Afirmaram que acreditam em avanços, e que o movimento antimanicomial tem surtido mudanças somadas aos esforços de alguns que querem fazer diferença. Na ocasião, lembraram-se da abertura do CAPS 3 (transtorno mental) em Samambaia, atualmente o único local com atendimento 24h no Distrito Federal diferentemente de manicômios. Lembraram-se nostalgicamente da época em que as Secretarias de Saúde tinham mais controle sobre a política nacional de saúde. Recordaram que nessa época viam-se mais avanços e menos regressos porque as pessoas (Direitos Humanos, SUBAD, SEDEST, etc) “*falavam a mesma língua*” e consequentemente ofereciam seus serviços para se somarem, cada qual dentro de seu tema. A nostalgia aumentou quando lhes ocorreu que entre 2011 e 2014, aproximadamente, havia maior fiscalização da casa civil.

Acreditam que se existisse algum tipo de serviço de saúde mental para o público de baixo risco, muitos pacientes sequer chegariam a precisar de estruturas remediadoras. Afirmaram que quando se trata preventivamente, o paciente sequer fica grave, e consequentemente o Estado não precisaria articular uma estrutura tão grande para tratar pacientes graves, como é o caso dos hospitais, CAPS, e da Casa de Passagem. Acreditam que a administração atual em saúde tem como foco os pacientes graves, e não os pacientes com baixo ou moderado risco. Disseram que essa forma de pensar deveria mudar, pois em longo prazo o tratamento seria mais eficiente se combatesse a causa do problema antes do mesmo existir. Recordaram que não falta dinheiro, pois dinheiro existe, contudo é a gestão do orçamento que impede de visualizar resultados efetivos.

Quando perguntados quais artigos da Lei 10.216/01 não pegaram, responderam os artigos 2º, I, V (tentam dar o melhor dentro do possível, mas a precariedade da estrutura e gestão não permite que se ofereça o melhor tratamento do sistema de Saúde no local, também não há médico 24h), art. 3º (não há participação da família), art. 5º (existem pessoas que nunca foram enviadas para receber essa política de desinstitucionalização), art.9º (o poder judiciário leva em conta apenas a existência da instituição, e não as condições da mesma de efetuar o serviço proposto). Vejamos os referidos artigos abaixo:

Art. 2º Lei 10.216/01: Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária.

Art. 3º Lei 10.216/01: É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 5º Lei 10.216/01: O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 9º Lei 10.216/01: A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Sobre o art. 12º, afirmaram conhecer a referida Comissão Nacional que deve acompanhar a implementação da lei, mas que a fiscalização é feita por visitas periódicas do Conselho Distrital de Saúde.

IV. RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS DE PESQUISA

i. Pergunta 1

A pergunta de pesquisa 1 diz respeito a: *Quais são os artigos da Lei 10.216/01 que ‘não pegam’ em Brasília e o que contribui para isso acontecer?*

Cabe lembrar que nas visitas de campo, os próprios atores indicaram alguns artigos que acreditam ‘não pegar’, mas não necessariamente, esses mesmos artigos foram os que se indicou ‘pegar ou não pegar’ em outros locais por outros atores e vice versa. Nesse sentido, como o trabalho estuda a região do Distrito Federal, considera-se o fenômeno ‘artigo não pegou’, todo e qualquer artigo da Lei 10.216/01 que aparentemente (através dos relatos dos entrevistados ou constatações por observação da pesquisadora) ‘não pega’ em qualquer instituição visitada em Brasília.

Dessa forma, o primeiro artigo que não pegou em Brasília é o art. 2º, incisos I, II, III, V, VI, VII, VIII, IX, que trata dos os direitos das pessoas portadoras de doença mental, discriminados abaixo:

Art. 2º Lei 10.216/01: Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (GRIFOU-SE)

Com relação a este artigo, vem explícito no *caput*⁸⁵ que os direitos às pessoas portadoras de doença mental devem estar presentes em organizações da saúde de “qualquer

⁸⁵ Refere-se ao capítulo, parte superior, primeira redação do artigo.

natureza” (hospital, ala, CAPS ou instituto), a fim de garantir humanidade para recuperação de seu quadro clínico. Portanto, não presentes essas condições em quaisquer das organizações de saúde, já não se cumpre o *caput*. No parágrafo único, por sua vez, são arrolados os direitos, que se referem às condições de realização do tratamento, e riscos possíveis de serem sofridos, pois “*o próprio tratamento pode ser considerado um risco para a integridade da pessoa, ocasião em que esta possui direito de conhecê-los e dispor sua opinião sobre eles*”. (BRITTO, 2004)

Pelo observado, constatou-se, porém, que o próprio sistema gestor organizou estabelecimentos de saúde mental em tipologias específicas⁸⁶, sendo que nem todos oferecem atendimento 24h e a qualquer dia, violando-se já a regra no inciso V e *caput*. Em Brasília, as únicas organizações que oferecem atendimento 24h são: Hospital São Vicente de Paula e CAPS do tipo III, que segundo os entrevistados, só existe uma em Brasília na região de Samambaia. Por vezes, um atendimento médico realizado instantaneamente, com profissionais disponíveis a qualquer momento para o sistema, em qualquer das suas organizações, preveniria a piora dos sofrimentos psíquicos. Pelo observado, em Brasília, percebe-se, no entanto, que a maioria dos serviços em saúde mental são realizados por CAPS do tipo 2, que é implantada nas regiões unicamente pelo critério de quantidade da população no local, excluindo-se a oferta do serviço de orientação médica a qualquer tempo e horário. Assim, em Brasília, a regra é que não exista nenhuma organização com atendimento 24h, já que as regiões administrativas são classificadas por populações geralmente menores do que se considera critério de implantação das CAPS 3.

Diante deste fato, nota-se então que a própria organização e tipologia das CAPS nas portarias ministeriais exclui a possibilidade das regiões com menos habitantes não terem direito ao serviço 24h e isso por si só, contribui para o que o art. 2 e inciso V ‘não peguem’ em Brasília.

Sobre o inciso I, constatou-se também que nenhuma das instituições mostrou apresentar condições suficientes para oferecer o que supõe ser o melhor tratamento do sistema de saúde consentâneo às necessidades dos pacientes (todas eram precárias, sem estrutura física e sem recursos humanos suficientes para suprir a demanda). Quando se discursa sobre o melhor tratamento de saúde, deve-se discursar sobre uma estrutura completa e capaz de

⁸⁶ Vide nota de rodapé nº 69

fornecer o melhor para o paciente, que vai além da boa vontade dos terapeutas em se organizarem perante as dificuldades. Quanto às instalações, notou-se que estas pareciam ser insuficientes para acolher a demanda, ocasião em que os estabelecimentos são geralmente superlotados.

Em campo, de fato, observou-se que existem esforços de atores sociais, que na precariedade, fazem o que podem, e há profissionais atendendo no jardim por não terem salas de atendimento, ou fazendo oficinas com materiais doados, pois não recebem material suficiente para ampliar a diversidade de oficinas com recursos próprios. Os profissionais oferecem de fato, algum serviço terapêutico mesmo sem condições para oferecê-lo. Porém, uma estrutura debilitada dificilmente fornecerá o melhor tratamento para a necessidade de ninguém. Não se combate a precariedade encontrando formas de viver na precariedade. Tanto é assim que Dallari diz que *“para se garantir uma boa saúde, deve-se primeiro verificar as condições do meio ambiente, isto é, do lugar onde as pessoas vivem e exercem suas atividades”*. (DALLARI, 2005)

Deste modo, se o inciso I realmente ‘tivesse pegado’, a situação fluiria sem transtornos, angústias e desrespeitos, ao profissional e ao paciente, os quais não têm os materiais e o ambiente apropriado para desenvolver o serviço e tratamento que se espera. Algumas instituições visitadas, inclusive, informaram ter profissionais mentalmente adoecidos na equipe porque não existe, pelo Estado, treinamento e tratamento de saúde mental para os profissionais que trabalham na rede psiquiátrica.

Tal resultado já se visualiza nas evidências de existirem pacientes tornando-se crônicos e voltando novamente à internação nos hospitais e institutos. Portanto, o inciso I ‘não pega’ porque a precariedade da estrutura e da equipe contribui para que ‘não pegue’. Para se constatar que isso é comum, abaixo seguem dados que desde 2011 a regra é que os pacientes continuem doentes com o tratamento de saúde mental.

Figura 8: Evolução na Ala de Tratamento Psiquiátrico- dados 2011

Foi cessada a periculosidade?	Demais		População em MS por conversão de pena			
	unidades MS	População em MS				
Sim	28%	8	31%		4	36%
Não	72%	18	69%		7	64%
Total	100%	26	100%		11	100%

Fonte: DINIZ, 2013

Sobre o inciso II, observaram-se nos relatórios atores sociais informando que existem pacientes que não se reinserem na família, trabalho e comunidade após a internação, e que o sistema não funciona no interesse exclusivo de beneficiar a saúde do paciente. Também se informou que existem pacientes que ficam abandonados, desempregados, e que a comunidade ainda faz abaixo assinados contra a instalação das ‘residências terapêuticas’ nos bairros residenciais. Considera-se, portanto, que o inciso II ‘não pegou’, e a pessoa portadora de doença mental não é tratada com humanidade e respeito no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde.

Para reiterar isso, em 2011 realizou-se um censo manicomial em Brasília e constatou-se que há uma concentração de pessoas internadas com profissões que exigem pouca ou nenhuma qualificação técnica e educacional. Trabalhadores de serviços administrativos, vendedores do comércio, trabalhadores da área agropecuária, florestais e da pesca concentravam 27% das ocupações, ao passo que nos demais estabelecimentos do país 32% da população exerciam essas mesmas ocupações. Além disso, na Ala de Tratamento Psiquiátrico, 20% das pessoas internadas não tinham profissão, comparadas aos 17% sem profissão dos demais estabelecimentos do país. (DINIZ, 2013)

Se a saúde do paciente fosse prioridade, e se houvesse humanidade, não haveria resistência para reinserir o portador de doença mental na comunidade, família e trabalho. Percebe-se com relação a esse inciso (II), que o preconceito e a falta de educação contribuem para que ‘não pegue’ em Brasília, pois mesmo após o tratamento, a pessoa portadora de doença mental continua estigmatizada e aquém da sociedade. Não bastasse isso, a ausência da família junto ao paciente muitas vezes tende a tornar crônica a doença mental.

Sobre o inciso III, considera-se abuso e exploração toda forma de tratamento degradante, torturas emocionais e psíquicas, desordens e violações de direitos legais e constitucionais da pessoa humana⁸⁷. Nos relatórios de pesquisa, observaram-se entrevistados informando que existem maus tratos por funcionários da equipe terapêutica, que são pouco sensíveis e grosseiros com pacientes no Hospital São Vicente de Paula, além da

⁸⁷ O artigo 96 do Código Penal determina que o tratamento de Medida de Segurança mesmo deverá ser feito em hospital, nos casos em que é necessária internação do paciente ou, quando não houver necessidade de internação, o tratamento será ambulatorial (a pessoa se apresenta durante o dia em local próprio para o atendimento), dando-se assistência médica ao paciente. Havendo falta de hospitais para tratamento em certas localidades, o Código diz que o tratamento deverá ser feito em outro estabelecimento adequado, e Presídio não pode ser considerado estabelecimento adequado para tratar doente mental.

estigmatização do uniforme, que os deixa como um grupo à parte não reintegrado aos outros do ambiente hospitalar. Não somente isso, mas também houve informações de que existem, no sistema de saúde, terapeutas adoecidos que tratam os pacientes doentes. E ainda, os terapeutas possuem péssimas condições de trabalho numa rotina estressante, mal remunerada e sem treinamento ou apoio psíquico diante da insalubridade do ambiente de trabalho, o que os impedem de fornecer o melhor de si para alcançar o melhor resultado terapêutico. Também, sabe-se⁸⁸ que também existem pacientes na Ala de Tratamento Psiquiátrico que estão, sob ordem judicial para cumprir medida de segurança em tratamento ambulatorial⁸⁹, mas estão internados na precária estrutura da ATP. E que ainda, o tratamento da medida de segurança é realizado em presídio e não em hospital, como o Código Penal prevê.

Dessa forma, uma das maiores dificuldades analisadas sobre o inciso III, é que realmente há omissão do Estado, pois este permitiu que a equipe terapêutica não tivesse os meios adequados para oferecer um tratamento não abusivo ao paciente. Quando não se permite a saúde do terapeuta, o seu bem estar, o seu treinamento, educação e sensibilização, dificilmente se oferece um tratamento não abusivo e exploratório ao paciente. Não obstante, o Estado mantém uma estrutura manicomial em presídio (Ala de Tratamento Psiquiátrico) desde 1999, que não foi extinta com a vigência da Lei 10.216/01. O abuso também existe quando o paciente não é tratado em local adequado, por funcionários sem treinamento e sanidade, e se perpetua ainda mais quando têm funcionários que os ameaçam e tratam com grosseria.

Ademais, pior é quando se reflete que o Brasil, país com maior índice de impostos do mundo, oferece um tratamento cheio de desrespeitos, ilegalidades, inconstitucionalidades e abusos, não retornando à população o investimento das necessidades básicas que garantem o mínimo da integridade física. Em todos os níveis, portanto, há abuso e exploração, seja para os pacientes internados, que sentem na pele quando recebem o ‘tratamento’, seja para a sociedade em geral que paga impostos altos para continuarem a vislumbrar um ciclo doente, estigmatizante e degradante no dia a dia. Quanto ao inciso III, portanto, a falta de treinamento, educação, falta de estratégias para eliminar estruturas ilegais, e deficiências para fiscalização contribuem para que ‘não pegue’ em Brasília.

⁸⁸ Dado coletado no censo manicomial realizado por DINIZ, 2013. Disponível em <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15170/1/LIVRO_CustodiaTratamentoPsiquiatrico.pdf>

⁸⁹ O tratamento ambulatorial é o tratamento sem a necessidade de internação, onde o atendimento é feito em clínicas conhecidas como ambulatórios.

Sobre o inciso VI do art. 2º, esse ‘não pegou’, pois, como afirmado pelos entrevistados, os pacientes submetidos à internação não tem livre acesso aos meios de comunicação. Quando se perguntou sobre o porquê esse fenômeno aos entrevistados, fui informada que não é saudável permitir ao doente mental acesso a telefone a qualquer hora, pois é perigoso, e muitos querem fazer o contato durante surto psicótico, causando outros transtornos sociais e familiares sem necessidade. Dessa forma, as delimitações de prioridades, falta de treinamento, falta de educação, falhas nas estratégias preventivas, e o que se considera ser a melhor forma de se tratar o paciente, são um fator que contribui para que este inciso ‘não pegue’.

Quanto ao inciso VII, na Ala de Tratamento Psiquiátrico, observou-se que existem pacientes que não sabem se estão lá para serem punidos ou tratados em sua saúde, devido à semelhança do local com uma prisão. Contudo, se os pacientes realmente tivessem tido acesso ao maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento, saberiam, no mínimo que estariam lá para serem tratados. Porém a realidade é outra. O doente mental que comete delito é sem dúvidas alvo de uma estrutura de estigmatização que pode ser considerada a mais brutal ingerência punitiva de negação a direitos humanos sustentada em nosso sistema. (BRITO E SOUTO, 2007) O sistema jurídico-terapêutico aparenta-se mais com o sistema punitivo. Não se deveriam misturar tais sistemas, pois os doentes mentais são inimputáveis⁹⁰, e segundo a lei, não possuem condições de discernimento de delitos criminosos. Por essa razão, não devem ser punidos e ainda deveriam saber que estão recebendo tratamento. Porém, acham que estão cumprindo pena, pois há grades na janela de seu quarto. Portanto, acredita-se que o referido inciso VII ‘não pegou’ devido à possível falta de treinamento, estrutura adequada, educação e sensibilização da equipe terapêutica, que se tivesse estrutura em vários níveis, saberia rever prioridades e pontuar esse tipo de esclarecimento aos pacientes em qualquer lugar em que estivessem.

Sobre o inciso VIII, na análise dos relatórios, percebeu-se que há grande irregularidade quanto ao fato de se misturarem na Ala de Tratamento Psiquiátrico em uma mesma cela, dependentes químicos com indivíduos portadores de doença mental. Pelo observado, tal fato

⁹⁰ É a pessoa que será isenta de pena em razão de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado que, ao tempo da ação ou omissão, não era capaz de entender o caráter ilícito do fato por ele praticado ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. São causas da inimputabilidade: a) doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado; b) menoridade; c) embriaguez completa, decorrente de caso fortuito ou força maior; e d) dependência de substância entorpecente.

atrapalha substancialmente no tratamento clínico oferecido pelo sistema, pois certos dependentes químicos, ao terem acesso à droga, acabam por fornecê-la aos pacientes com transtornos psicóticos, que ao invés de se curarem, ganham outro problema. O único critério para reunir os pacientes é o critério de afinidade, e não o tipo de transtorno ou problema de saúde.

Assim, considerando que o inciso VIII preconiza que a pessoa portadora de doença mental deve ser tratada em ambiente terapêutico e com os meios menos invasivos possíveis, e observando-se que na Ala de Tratamento Psiquiátrico, os pacientes têm acesso a drogas ilícitas sem serem dependentes químicos, e que suas ingestões lhe prejudicam, causando novos problemas de saúde mental que não tinham antes, o referido inciso ‘não pegou’, pois se considera o acesso à droga, sem necessidade, um meio invasivo de tratamento. Por fim, o inciso IX do art. 2º ‘não pegou’, pois segundo relatos de entrevistados, no Hospital São Vicente de Paula e para os casos de medida de segurança, há preferência pela internação, e na prática, só quando o paciente mostra melhora na internação é que o envia para a rede comunitária de saúde mental. Assim a internação é prioridade, e o trabalho das CAPS só acontece posteriormente.

Portanto, no caso dos incisos VIII e IX, acredita-se que a precariedade da estrutura, atrelada à falta de educação, treinamento, sensibilização e estabelecimento de prioridades da equipe terapêutica contribuem para os incisos ‘não pegarem’ em Brasília.

Seguindo-se, outro artigo da Lei 10.216/01 que não pegou foi o art.3º, que dispõe sobre as responsabilidades do Estado, comunidade e família no desenvolvimento da política de saúde mental, abaixo discriminado:

Art. 3º Lei 10.216/01: É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. (GRIFOU-SE)

O art. 3º mostra uma visão inovadora os direitos das pessoas com transtornos mentais, em que se busca um modelo assistencial com políticas para assistência e promoção de ações de saúde, inserindo o indivíduo de forma descentralizada e intersetorial, buscando a participação da família e sociedade. Contudo, em campo, constatou-se que apesar de haver

existência da rede CAPS, há resistência das famílias (que abandonam os parentes portadores de transtorno mental) e das comunidades (que fazem abaixo assinados) para a instalação das residências terapêuticas nos bairros residenciais. Segundo um dos entrevistados, famílias e comunidades acham absurda a ideia de viverem próximos a doentes mentais, pois estes além de atrapalharem suas rotinas, desvalorizam seus terrenos e patrimônios com suas presenças. Tão grande é a falta de perspectiva, e prioridades sociais que até hoje, no Distrito Federal, capital do país, não existe nenhuma residência terapêutica. Portanto, o comportamento das comunidades e famílias, atrelado à falta de políticas educacionais nas mídias de massa sobre a saúde mental são impasses que contribuem para o art. 3º ser mais um dos que ‘não pegam’ em Brasília.

Continuando, outro artigo que se constatou ‘não pegar’ em Brasília, é o art. 4º, que dispõe sobre a internação ser o último recurso a ser utilizado num tratamento de doença mental, discriminado abaixo:

Art. 4º Lei 10.216/01: A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (GRIFOU-SE)

Segundo os relatórios, observou-se, que a internação, em muitos estabelecimentos, tais como o Hospital São Vicente de Paula, e Ala de tratamento psiquiátrico é a regra e a prioridade. Contudo, isso não deveria acontecer, e segundo Marcão, o “*Estado só poderá exigir o cumprimento de medida de segurança de internação, se estiver aparelhado para tanto.*” Mas não é essa a realidade, e inclusive há dificuldade de se substituir a internação por meios terapêuticos multidisciplinares (MARCÃO, 2010)

Não obstante, segundo alguns entrevistados, quando um paciente chega ao Hospital São Vicente de Paula, primeiro se oferece medicação, e deixa a pessoa sob observação num período mínimo de 72h (o que já restringe três dias de liberdade do paciente). Se após as 72h a pessoa não melhorar, mantém-se a internação até sua melhora por até vinte dias, e somente caso melhore, o paciente é enviado para tratamentos em redes de saúde comunitárias CAPS.

Não se encaminha primeiramente o paciente para a CAPS, e em campo observou-se que é costume enviar para as CAPS quando se tem algum sucesso na internação.

Pelo observado, viu-se que essa preferência muitas vezes é defendida pelos médicos, e outros profissionais da saúde, os quais afirmam que para estabelecer resultados mais rápidos, acreditam que a internação aliada ao uso de medicamentos (com condição de observação de 72h) é mais eficaz para os casos que aparecem nos hospitais. Assim, o regime de internação vem primeiro, e conseqüentemente é prioridade perante os outros tipos de tratamentos de saúde. Também não observei nenhuma política preventiva de saúde em ação. Talvez por isso exista a superlotação dos hospitais. A falta de políticas preventivas aliada ao costume de se medicar e internar pode contribuir para o paciente já chegar ao Hospital num ponto em que a medicação e internação seriam os meios indicados. Não se busca com esse trabalho questionar os métodos terapêuticos existentes, nem apontar qual é o melhor, mas se a legislação pede preferência para outras formas de tratamento diferentes da internação, é necessário haver políticas preventivas, e suas ausências contribuem para esse artigo ‘não pegar’.

Segundo Dallari, a sociedade só poderá ser considerada justa se todas as pessoas, sem nenhuma exceção, tiverem efetivamente assegurado seu direito à saúde desde o primeiro instante de vida. E no direito a saúde deve estar compreendido tudo o que for necessário para que a pessoa goze de completo bem-estar físico, mental e social, e nisso encontram-se as medidas preventivas. (DALLARI, 2005)

Outro artigo que ‘não pegou’ em Brasília, é o art. 5º, que dispõe sobre as políticas específicas para os pacientes há longo tempo hospitalizados e em dependência institucional, discriminado abaixo:

Art. 5º Lei 10.216/01: O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Esse artigo não pegou porque não se visualizou presença de residências terapêuticas, as quais não existem na região de Brasília, e a implantação dessas, estabeleceria a política do programa “de volta para casa”, que possui o objetivo do artigo. Ainda, se visualizou a existência de pacientes internados a mais de 200 dias no Hospital São Vicente de Paula, e

outros a mais de 13 anos na Ala de Tratamento Psiquiátrico, os quais, apesar de apresentarem as condições que caracterizam a dependência institucional do art. 5º, estão em Brasília sem política de suporte e reabilitação para se desvincularem do sistema manicomial. Portanto, considera-se que a resistência social para a implantação dessas políticas é um dos fatores que contribuem para esse artigo ‘não pegar’ em Brasília.

Seguindo, o próximo artigo que ‘não pegou’ é o art. 9º da Lei 10.216/01, que dispõe do juiz sempre levar em conta as condições de segurança do estabelecimento antes de enviar alguém para internação compulsória. Vejamos abaixo:

Art. 9º Lei 10.216/01: A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Em campo, observou-se que apesar de ser estipulado que a internação compulsória só ocorrerá quando o juiz tiver certeza das condições de segurança do estabelecimento, à salvaguarda do paciente e dos demais internados e funcionários, o judiciário não faz essa observação. Segundo os entrevistados, os juízes levam em conta apenas a mera existência dos estabelecimentos, enviando (via internação compulsória) conseqüentemente diversas pessoas para organizações de saúde mental que estão já falidas, precárias e sem segurança ou estrutura digna para permitir a melhora do quadro clínico do paciente. Pode ser que a falta de comunicação entre as organizações seja uma das razões disso acontecer, e ainda a precariedade da estrutura terapêutica do DF.

Por fim, considera-se que ‘não pegou’, o artigo 12 da Lei 10.216/01 que dispõe sobre as estratégias de implementação e fiscalização desta, vejamos:

Art. 12. Lei 10.216/01: O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Em campo observou-se que a equipe gestora não conhece a existência desta comissão, e outros entrevistados, informaram saber da existência, mas que a fiscalização é efetuada pelo Conselho Distrital de Saúde. Ao se investigar sobre a respectiva comissão, observou-se que

essa de fato existe⁹¹ e está inclusive elencada no site oficial do Conselho Nacional de Saúde, local onde se pode averiguar a existência de suas reuniões e atas.

Tal comissão atual, do triênio 2015-2018, ainda está incompleta, não possui coordenador adjunto e ainda falta dar posse a um membro titular que represente o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Também se observou que falta tomar posse dois membros suplentes para completar a equipe. Sabe-se também que o Conselho Nacional de Saúde se reúne a cada mês, e que a referida Comissão de Saúde Mental ofereceu voz em janeiro⁹², fevereiro⁹³, e maio⁹⁴ para respectivamente falar: 1) sobre o direito à saúde mental das mulheres; 2) reafirmar que existe um guia para orientar equipes de saúde mental que trata cuidadores de crianças com microcefalia; e 3) lembrar que residências terapêuticas não são estabelecimentos de saúde mental, e sim locais para abrigar quem se submeteu ao tratamento e fazer nota de repúdio ao Ofício n.º 68/17/ABPSEC⁹⁵.

⁹¹ Composição da Comissão de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde <http://www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/composicao/CISM.pdf>

⁹² “Nas intervenções, foram apresentadas as seguintes questões ao texto do documento: eixo da mulher trabalhadora: resgatar no documento as conquistas das trabalhadoras domésticas; Eixo 4 - o termo “saúde e seguridade social” é redundante, pois a saúde é parte da seguridade; traduzir a sigla “SIM” (“De acordo com dados notificados no “SIM””); contemplar no documento o tema “ideologia do machismo e patriarcalismo” e formas de superação; incluir os temas no documento: mulher na saúde mental, mulher encarcerada, mulher em situação de rua, misoginia e machismo; contemplar no texto questões relativas ao processo legislativo e judiciário que afetam os direitos das mulheres (PLs em curso como criminalização do aborto), morte por abortamento, histerectomia de mulheres negras quilombolas; e dar destaque às múltiplas violências.” (ATA DA DUCENTÉSIMA OCTAGÉSIMA NONA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS)

⁹³ “Saudou as expositoras pela abordagem e solicitou considerações sobre saúde mental relacionada à violência simbólica e a vulnerabilidade das mulheres e o exercício dos direitos reprodutivos da trabalhadora” (...) “Salientou ainda que o Ministério da Saúde está elaborando documento com orientações e vídeos curtos para formar os profissionais na forma de comunicar a notícia de microcefalia para as mães. Também explicou que já existe guia de orientações às equipes de saúde mental para dar suporte e orientar as mães e os cuidadores das crianças com microcefalia.” (ATA DA DUCENTÉSIMA NONAGÉSIMA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS)

⁹⁴ “Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM - reunião da Comissão. Apreciação de minuta de recomendação e de moção de repúdio. A recomendação ao Ministério da Saúde que: revogue a Portaria SAS/MS nº 1.482 de 25/10/2016, tendo em vista que as Comunidades Terapêuticas não podem ser consideradas estabelecimentos de saúde e tampouco incluídas no CNES, visto que não atendem aos critérios exigidos pela legislação vigente, sob risco de incorrer em ilegalidade. A moção de repúdio à Nota Técnica sobre a calamidade na assistência pública em saúde mental no Brasil (veiculada por meio do Ofício n.º 68/17/ABP/SEC), divulgada nas mídias sociais, assinada pelo Conselho Federal de Medicina e pela Associação Brasileira de Psiquiatria e encaminhada para autoridades públicas em todos os níveis da federação. Deliberação: aprovada a recomendação com cinco abstenções; e aprovada a moção com três abstenções. (RESUMO EXECUTIVO DA DUCENTÉSIMA NONAGÉSIMA TERCEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS)

⁹⁵ O Conselho Federal de Medicina e a Associação Brasileira de Psiquiatria fizeram o Ofício nº 68/17/ABP/SEC, propondo aumento de vagas em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em contraposição à ampliação da rede extra-hospitalar. O Ministério Público Federal, através do Grupo de Trabalho de Saúde Mental,

Assim, embora existente, e presente nas reuniões, não se observou que a comissão de saúde mental fiscaliza a implementação da Lei 10.216/01, bem como não se observou sequer a previsão de algum evento de saúde mental oriundo dos trabalhos dessa comissão. A referida comissão, portanto, não parece ser atuante no aspecto fiscalizatório, e tais dados batem com os relatos de alguns entrevistados, que reclamaram da falta de fiscalização da implementação da lei. Tão é deficiente a fiscalização que a própria equipe gestora está tendo que fiscalizar o próprio trabalho de gestão, pois se não fizesse, sequer haveria alguma fiscalização. Observa-se que há interesse dos gestores na presença de um fiscalizador, mas apesar de ser estipulado em lei, o art. 12 ‘não pegou’ em Brasília.

Neste caso, acredita-se que a falta de informação, treinamento, interesse dos atores da comissão, sensibilização, aparato técnico e estrutural tem sido um fator que contribui para que não haja estratégias de implementação e fiscalização mesmo após quase 20 anos de vigência da Lei 10.216/01.

ii. Perguntas 2 e 3

Seguindo-se, as perguntas de pesquisa 2 e 3 dizem respeito a: *Quais são os artigos da Lei 10.216/01 que ‘pegam’ em Brasília e quais são os fatores que contribuem para isso? O que diferencia os artigos que ‘pegam’ dos que ‘não pegam’?*

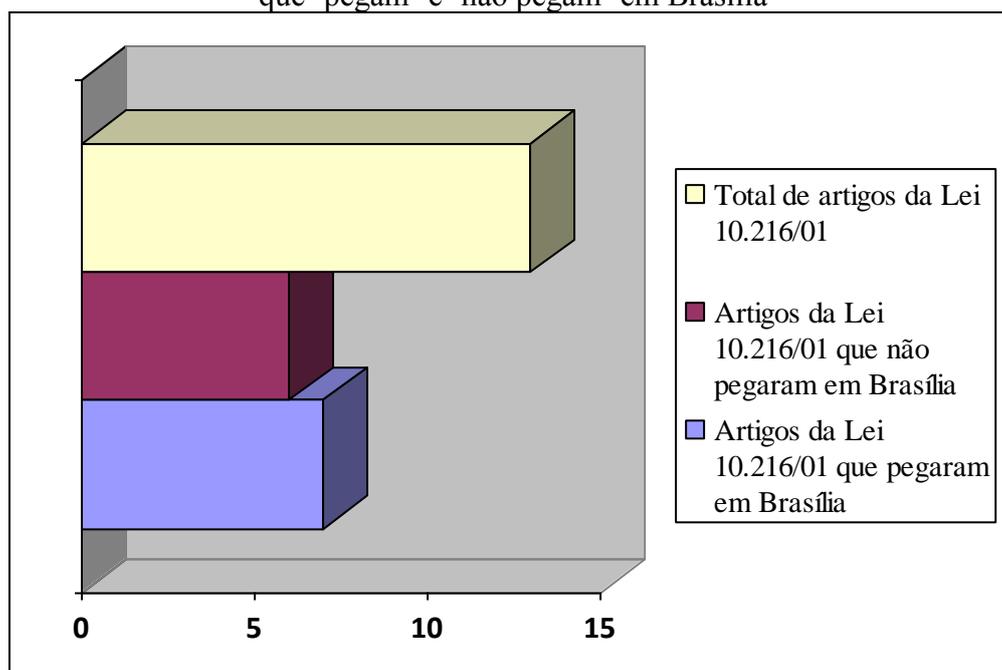
Após feitos os levantamentos e interpretação dos dados, conclui-se que ‘pegaram’ os artigos 1, 6, 7, 8, 10, 11 e 13 em Brasília, artigos que dispõem respectivamente sobre: indicação de aplicação; procedimentos gerais para a internação psiquiátrica; procedimentos específicos para internação voluntária e involuntária; procedimentos de comunicação aos familiares e autoridade sanitária para casos de evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento; procedimentos de pesquisas para investigar terapias e tratamentos usando pacientes de cobaia; e cláusula de vigência.

Percebe-se que esses artigos ‘pegaram’ diante da facilidade estrutural das organizações em instrumentalizar os procedimentos exigidos. A mera formalização procedimental, quando há clareza e simplicidade, não requer arcabouços complexos e não depende de ações de atores em diferentes escalas e subestruturas organizacionais para funcionar. Assim, a clareza e

respondeu com o ofício 05/2017-PFDC, afirmando que as políticas públicas para pessoas com transtorno mental devem ser orientadas pelas Leis 10.216/2001 e 13.146/2015.

simplicidade estipulada pela Lei 10.216/01 com relação aos procedimentos de ação das organizações contribuíram para que os artigos acima citados ‘pegassem’. Diante das análises acima, apresenta-se um gráfico comparando-se a porcentagem dos artigos da Lei 10.216/01 que ‘pegaram’ com os que ‘não pegaram’ em Brasília:

Figura 9: Quantidade de artigos da Lei 10.216/01 que ‘pegam’ e ‘não pegam’ em Brasília



Fonte: a autora com base nas entrevistas observações de campo realizadas em 2011 e 2017.

Sobre o que diferencia os artigos que ‘pegaram’ dos que ‘não pegaram’, constatou-se que ‘pegam’ os artigos que impõem definições puramente técnicas e legais (cláusula de vidência, e indicação de aplicação) e procedimentos administrativos (de internação, comunicação e autorização), e ‘não pegam’ os artigos que trazem o intuito político do movimento antimanicomial e reforma psiquiátrica (estabelecer direitos para os doentes mentais, responsabilizações, prioridades nas escolhas terapêuticas, etc). Dessa forma, segue-se abaixo uma tabela comparativa dos ‘artigos que pegam’ *versus* ‘artigos que não pegam’ em Brasília, explicitando seus conteúdos.

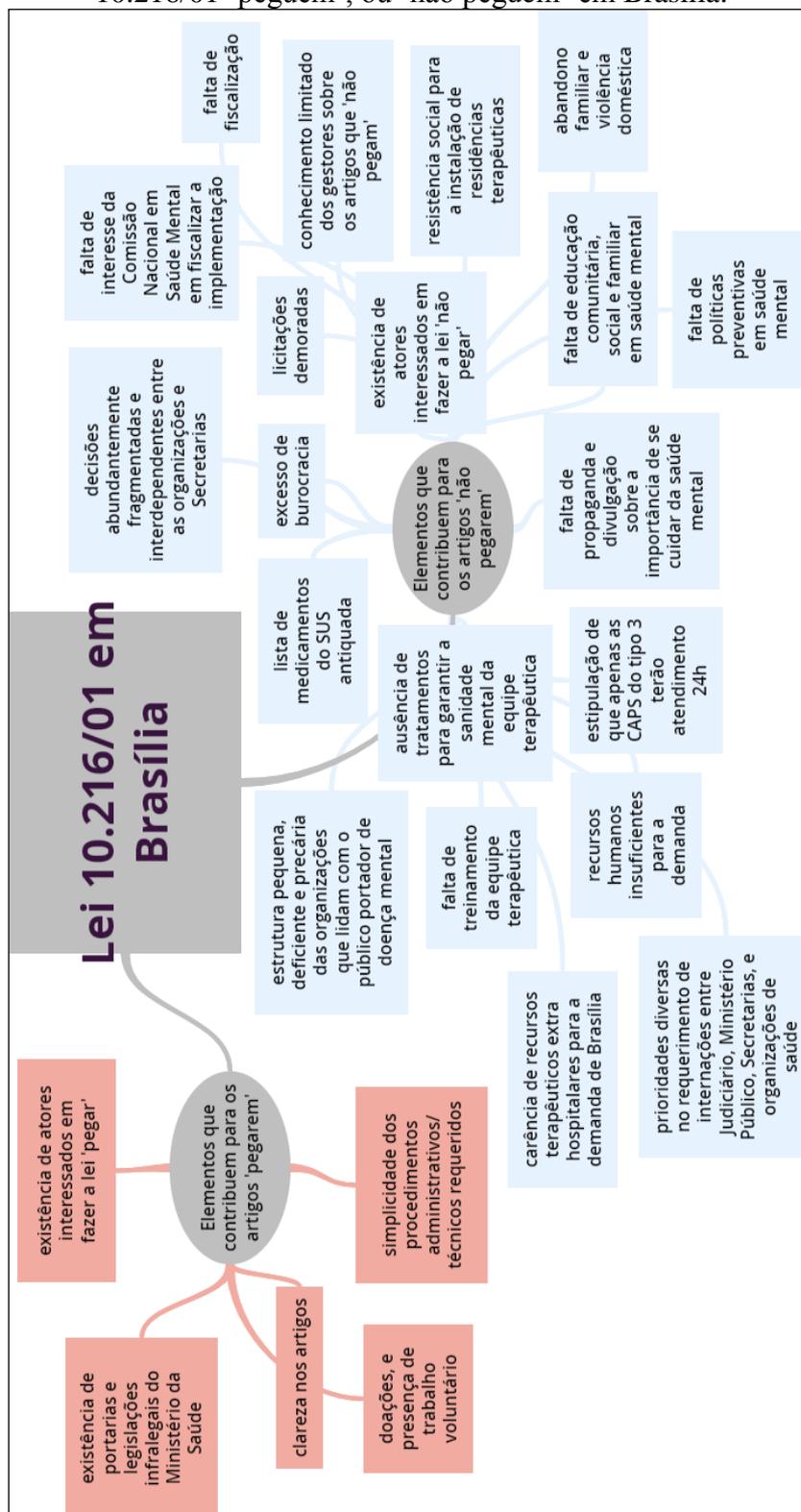
Tabela 4: Comparação dos artigos da Lei 10.216/01 que ‘pegaram’ para os que ‘não pegaram’ em Brasília

QUANTIDADE DE ARTIGOS QUE NÃO PEGARAM	6
QUAIS ARTIGOS NÃO PEGARAM	Arts. 2, 3, 4, 5, 9, 12
TEMA DOS ARTIGOS QUE NÃO PEGARAM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direito das pessoas portadoras de doença mental ▪ Responsabilidades do Estado, comunidade e família no desenvolvimento da política de saúde mental ▪ A internação deve ser o último recurso a ser utilizado num tratamento de doença mental ▪ Desenvolvimento de políticas específicas para os pacientes há longo tempo hospitalizados e em dependência institucional ▪ Judiciário deve sempre levar em conta as condições de segurança do estabelecimento antes de enviar alguém para internação compulsória ▪ Estratégias de implementação e fiscalização da lei
QUANTIDADE DE ARTIGOS QUE PEGARAM	7
QUAIS ARTIGOS PEGARAM	Arts. 1, 6, 7, 8, 10, 11 e 13
TEMA DOS ARTIGOS QUE PEGARAM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicação de aplicação ▪ Procedimentos gerais para a internação psiquiátrica ▪ Procedimentos específicos para internação voluntária e involuntária ▪ Procedimentos de comunicação aos familiares e autoridade sanitária para casos de evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento; ▪ Procedimentos de pesquisas para investigar terapias e tratamentos usando pacientes de cobaia; ▪ Cláusula de vigência
TOTAL DE ARTIGOS	13

Fonte: a autora

Por fim, destacam-se no quadro abaixo os fatores que contribuíram para os referidos artigos acima ‘pegarem’, ou ‘não pegarem’ em Brasília, conforme os dados coletados em campo nas visitas de campo, observações e entrevistas realizadas em 2011 e 2017. Vejamos:

Figura 10: Fatores que contribuem para artigos da Lei 10.216/01 ‘peguem’, ou ‘não peguem’ em Brasília.



Fonte: a autora com base nas entrevistas observações de campo realizadas em 2011 e 2017.

iii. Pergunta 4

A pergunta de pesquisa nº 4 consiste em responder: *quais são os atores sociais envolvidos e seus posicionamentos, tanto na formulação da lei (poder legislativo), quanto na sua aplicação (poder executivo)?*

Segundo dados coletados nos dossiês, relatórios e diários de tramitação legislativa, envolveram-se na formulação da Lei 10.216/01, Paulo Delgado (deputado federal representante de MG, e que fez o Projeto de Lei), e assinaram o texto oficial as autoridades Jose Gregori (Ministro da Justiça), José Serra (Senador), Roberto Brant (Ministro da Previdência Social), e Fernando Henrique Cardoso (Presidente, sancionou a lei). Também, se envolveram na tramitação os seguintes deputados e senadores abaixo, segundo suas posições no debate:

Tabela 5: Posicionamento dos atores sociais na tramitação do Projeto de Lei 3.657/89

POSTURA ANTI MANICONIALISTA	<u>CÂMARA DOS DEPUTADOS</u> Carlos Mosconi, Harlan Gadelha, Juarez Marques Batista, Paulo Delgado, Inocêncio Oliveira, Eduardo Jorge, Dr. Rosinha, Jandira Feghali, Marcos Rolim, Bancada do PT, Paulo Baltazar
	<u>SENADO</u> Lúcio Alcântara, José Eduardo Dutra, Sebastião Rocha
POSTURA MANICONIALISTA	<u>CAMARA DOS DEPUTADOS</u> Mozarildo Cavalcanti, Ricardo Fiuza, Bonifácio de Andrada, Sandra Cavalcanti, Roberto Jefferson, Salomão Gurgel, Damião Feliciano, Regis Cavalcante
	<u>SENADO</u> João Paulo Bisol, Lucídio Portella, Beni Veras, Lourival Baptista, Gilvam Borges, Gerson Camata, Emília Fernandes

Fonte: A autora

A tarefa de implementação bem como sua fiscalização, segundo a lei, está destinada ao poder executivo, em especial, ao Conselho Nacional de Saúde, órgão do Ministério da Saúde. Segundo dados publicados em diários oficiais, e outros oferecidos pela instituição,

observa-se que as referidas instituições produziram diversas políticas públicas, programas e legislações (portarias, decretos, etc) para garantir a eficácia da Lei 10.216/01 em Brasília.

Segundo a tabela 1, observou-se que o Ministério da Saúde realizou diversas portarias e programas para a implementação da Lei 10.216/01. Analisando-se o teor, observou-se que as estratégias tem o foco de substituir os manicômios por serviços multidisciplinares que não a internação, incluindo outras modalidades de cuidado e assistência, na preservação da dignidade, integridade e direitos humanos das pessoas acometidas por doença mental ou por problemas na saúde mental relacionada ao uso de álcool e outras drogas. Ressalta-se que não só foram estas estratégias, mas a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, também por meio da Diretoria de Saúde Mental, tem realizado trabalho gestor através dos serviços oferecidos especificamente em Brasília, os quais podem ser visualizados na Tabela 3 deste trabalho.

iv. Pergunta 5

A pergunta de pesquisa nº 5 deste trabalho consiste em: *o que a literatura define como barreiras para a implementação?*

Para responder essa indagação deve-se retomar aos estudos prévios já existentes sobre implementações, que analisaram a complexidade da dinâmica social de casos específicos e a dificuldade de enfrentar os problemas partindo de ações fragmentadas e desarticuladas.

Primeiramente, o trabalho de Grace Wiest, em sua tese de doutorado na General Faculty of Claremont Graduate School, ao estudar a implementação do seguro de saúde para os BRACEROS⁹⁶ nos Estados Unidos, observou que existem barreiras na implementação quando: a) os beneficiários da política pública não conhecem seus direitos; b) são analfabetos e conseqüentemente não os podem exigir por não terem condições mínimas de educação para ajudar na fiscalização. Também, a presença de: c) preconceitos e d) problemas sociais oriundos de disputas de grupos conflitantes, e) a pobreza, f) a sonegação de impostos g) e insuficiência de recursos reservados para a finalidade podem ser barreiras para a implementação. (WIEST, 1966)

⁹⁶ O programa Bracero foi uma série de leis e acordos diplomáticos entre os Estados Unidos e o México. Consistiu em o México disponibilizar trabalhadores braçais para trabalhar nas zonas rurais estadunidenses, e em contrapartida, os EUA ofereceriam condições decentes de vida para esses imigrantes trabalhadores (condições sanitárias, abrigo e alimentação), além de um salário mínimo de 30 centavos por hora. Os primeiros mexicanos Braceros chegaram na Califórnia em 1917.

Seguindo, os autores Pressman e Wildavsky consideraram que as barreiras e obstáculos para a implementação do projeto Oakland⁹⁷ em alguns estados dos EUA foram: a) falta de publicidade; b) decisões feitas com objetivos de curto prazo; c) falta de importância dada à realidade social, cultura, grupos e necessidades específicas de cada município; d) fragmentação da autoridade governamental e das instituições; e) depender da realização de acordos com grupos, facções e representantes de interesses diversos; f) incompatibilidades legais; g) dependência em outros atores para garantir a urgência e prioridade do projeto perante outros programas já existentes; h) dificuldade de aprender com os erros.

Por fim, em outro estudo mais recentemente, o autor Richard Davidson, em sua tese de doutorado na universidade de Wisconsin-Madison, quando estudou a implementação do projeto Title IX⁹⁸ dos Estados Unidos para desenvolvimento político e econômico na América Latina, em 1976, em países como Peru, Chile, Guatemala, Colômbia, Brasil e Nicarágua, observou que alguns aspectos impediram a implementação do projeto americano, o qual falhou em vários países. As barreiras encontradas pelo autor se definiam em: a) governos conservadores e repressivos que tomavam decisões também, mas de forma heterogênea; b) falta de recursos econômicos; c) problemas agrários; d) desordem social; e) conflitos constantes entre posições políticas esquerda/direita, liberal/conservadora; f) resistência de mudanças institucionais nas instituições responsáveis para implementação; g) escala de prioridades que definiam apenas estratégias de curto prazo. (DAVIDSON, 1976)

Ascenzi e Lima, em seu trabalho “*Implementação de Políticas Públicas: perspectivas analíticas*”, discutiram que inclusive, existem dois modelos que explicam as condições que influenciam ou barram o desenvolvimento do processo de implementação. O primeiro centra-se nas características da estrutura normativa, o segundo, nos atores implementadores e em

⁹⁷ Projeto realizado em Oakland nos EUA possuía o objetivo de diminuir o desemprego racial, elevar a classe social, desenvolver a economia e a qualidade de vida dos negros. O projeto contou com recursos financeiros garantidos para se realizar a implementação, contudo, foi implementado com sucesso em alguns municípios, mas com fracasso em outros, que inclusive, eram implementados de forma totalmente diversa à ideia original, apesar de ter diretrizes parecidas aos mesmos locais do Estado.

⁹⁸Na época, quando o mundo vivenciava a dicotomia capitalismo versus comunismo pela ameaça da URSS (Guerra Fria), o presidente Kennedy possuía profundo interesse em parcerias no exterior, principalmente porque as realidades de alguns países não condiziam ou facilitavam os interesses dos EUA. Portanto, desenvolveu o programa Title IX para fornecer auxílio estrangeiro, para desenvolvimento econômico, político e democrático na América Latina. Tratava-se de uma estratégia de reforma democrática que se buscou implementação da política na América Latina para expansão do capitalismo e do modelo democrático estadunidense, aumentando seu poder e hegemonia na América Latina.

suas ações. Portanto, as barreiras para implementação poderão também variar dependendo da corrente de pensamento que se considera no estudo.

O primeiro modelo, formalista, acredita que a implementação é apenas uma consequência, de sua trajetória e origem. Dessa forma as incoerências na sequência de etapas, a falta de objetivos consistentes, a falta de uma teoria sólida identificando os principais fatores e links causais são barreiras para a implementação. A análise, segundo essa corrente, foca nas normas e lacunas que estruturam a política pública. (ASCENZI & LIMA, 2013)

As lacunas, mudanças que ocorrem na política durante sua execução, são responsabilidade dos formuladores, e devem ser evitadas para clarificar as regras que estruturam a implementação. Para se manter uma boa implementação, portanto deve-se manter a política clara, evitar ambiguidades de objetivo, de financiamento e de responsabilidades, além de um controle efetivo sobre os implementadores. Com isso, os implementadores teriam margem de manobra limitada. Portanto, limitar, regular, controlar a discricionariedade dos implementadores e aumentar a compreensão da política são questões centrais para se afastarem as barreiras para a implementação. Essas questões vinculam-se à maior ou menor possibilidade de resistência ao plano. (ASCENZI & LIMA, 2013)

O segundo modelo, por outro lado, acredita que o formalismo possui pouca influência nas barreiras, pois se acredita que são as decisões feitas durante a implementação que geram os resultados definitivos. Dessa forma, as decisões vêm das delimitações de responsabilidades administrativas, assim, a discricionariedade dos implementadores é importante na adaptação do plano à realidade. As análises desse modelo, portanto, são centradas nos atores responsáveis pela implementação. Considera-se que a política muda à medida que é executada, e a implementação é percebida conseqüentemente como um processo iterativo de formulação, implementação e reformulação. (ASCENZI & LIMA, 2013)

Nessa abordagem, o padrão de sucesso, é condicional, dependendo da capacidade limitada tanto dos atores de influenciar o comportamento de outros, quanto das organizações públicas de influenciar o comportamento privado. A política pública apenas direciona a atenção dos indivíduos para o problema e oferece uma oportunidade para aplicação das habilidades dos atores, mas ela em si, não pode resolver o problema. As críticas a esse modelo dizem que a ideia da discricionariedade ser indispensável para o desenvolvimento das atividades é correta, mas, por outro, seu exercício permite modificar a política pública à

revelia das concepções de seus formuladores e dos grupos que lhes deram apoio, gerando imprevisibilidade e dificuldade de se observar as barreiras à implementação. (ELMORE, 1979; MULLER & SUREL, 2002).

Assim, os dois modelos existentes encontram seus limites na superestimação da importância das normas ou da discricionariedade dos executores. Enquanto o foco na estrutura normativa desconsidera a influência dos implementadores, por outro lado, a capacidade de determinação atribuída a eles subestima a influência exercida pelas variáveis normativas na implementação.

Diante desse impasse, os autores Ascenzi e Lima fizeram um modelo de análise da implementação que une aspectos dos dois modelos (considerando as condições materiais à ação dos atores, e os elementos cognitivos e ideológicos explicam suas ações e o sucesso ou fracasso da implementação). Em seu modelo, os autores afirmam que a análise do processo de implementação deve considerar os fatores: as características do plano, a organização do aparato administrativo responsável pela implementação e as ideias, os valores e as concepções de mundo dos indivíduos. Também se acredita que a presença do Advocacy Coalition⁹⁹ interfere nas implementações.

Assim, seu modelo se baseia em três variáveis interligadas no processo de implementação, que se ausentes, podem ser barreiras à implementação: 1) estrutura normativa da política pública; 2) condições dos espaços locais de implementação, e 3) ideias valores dos atores executores que influenciam a trajetória da política pública e seus resultados.

Portanto, percebe-se que dependendo do caso, as barreiras à implementação podem ser diversas, segundo a visão do modelo de barreiras do pesquisador, e a especificidade, peculiaridade dos elementos que rodeiam o caso. Ainda, observando os trabalhos citados acima, percebe-se que existem barreiras à implementação em comum, além do modelo escolhido tais como: a) recursos orçamentários¹⁰⁰; b) fragmentação nas decisões por diversos atores sociais com opiniões heterogêneas; e c) falta de informações sobre a realidade social, política, econômica. Portanto, no caso desse estudo, será dada ênfase maior ao modelo formalista, contudo, considerando que talvez as decisões dos atores possam ser importantes na

⁹⁹ Estratégias de convencimento e articulação entre atores inseridos em diferentes instituições.

¹⁰⁰ A falta de orçamento pode ter várias origens também, desde a simples previsão orçamentária, como a previsão insuficiente, quanto sua afetação por fatores como corrupção, desordem social, ou medidas emergenciais.

análise, serão elaboradas teorias diante da racionalidade limitada dos agentes caso esses elementos surjam (modelo híbrido- misturando-se ao modelo formalista, sem incluir Advocacy Coalition Framework), que podem ser consideradas barreiras à implementação a este caso específico.

v. Pergunta 6

A pergunta número 6 deste trabalho consiste em: *Quais são as barreiras à implementação da Lei 10.216/01 encontradas em Brasília?* Para se responder essa pergunta, é necessário, no entanto, retomar alguns aspectos observados nas entrevistas, análise da tramitação e da lei, e visitas de campo.

Primeiramente cabe ressaltar que houve mudanças na saúde mental brasileira, e em especial em Brasília, percebe-se que há presença e existência de organizações públicas que não existiam antes, e que se começou efetivamente um atendimento diferenciado de saúde mental, ainda necessitado de aprimoramento e expansão. As mudanças têm sido devagar, mas são existentes. Foram feitos programas, políticas públicas e normas infralegais para facilitar a implementação da Lei 10.216/01.

Por exemplo, o modelo humanizado de tratamento, apregoado na Reforma Psiquiátrica, está sendo posto em prática nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - que hoje somam 1.620 em todos os estados. Os atendimentos ocorrem durante o dia, evitando as internações. O serviço também é direcionado a dependentes de álcool e drogas. As equipes de profissionais são formadas por médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros profissionais de saúde. Só nos CAPS, foram registrados, em 2010, 21 milhões de atendimentos ambulatoriais. Além dos CAPS, o poder público também oferece o Saúde da Família, com quase 32 mil equipes em todo o país, as Casas de Acolhimento Transitório (CATs), os Consultórios de Rua e as Comunidades Terapêuticas. Outro grande avanço foi a criação do programa De Volta Para Casa, que dá auxílio financeiro mensal de R\$ 320 a pacientes que receberam alta hospitalar após um histórico de internação psiquiátrica. O programa foi criado pelo governo federal em 2003 e beneficia mais de 3,7 mil brasileiros em 614 municípios. (BRÍGIDO, 2011)

Porém, a existência de avanços e mudanças positivas, e de certa forma, parecidas com a ideia original, não significa que não existam barreiras à implementação. No caso do Distrito

Federal, e nas análises feitas na figura 10 deste trabalho, observou-se considerável existência do desejo social em *'fazer o bem sem saber como'*. Dessa forma, não há dúvidas de que há interesse para que se exista uma mudança de paradigmas no tratamento público de saúde mental no DF. Inclusive, o movimento antimanicomial veio do clamor por uma ação a ser satisfeita, independente como.

Segundo Pressman e Wildavsky, embora a boa vontade seja o que geralmente motiva o primeiro passo para um programa de implementação, não basta apenas querer contribuir e ter boas intenções. Os atores responsáveis pela implementação devem se munir de estratégias racionais para prever efetivas soluções para os problemas que barrariam a implementação. A implementação é o que vem antes da política pública, e nasce com a aprovação da lei, a qual já deverá ter a previsão de recursos para sua implementação. (PRESSMAN, J. L. & WILDAVSKY, 1974)

Dessa forma, a falta de estratégias pré-definidas no corpo da própria lei aprovada, portanto, é a primeira barreira à implementação encontrada. A única estratégia de implementação prevista na Lei 10.216/01 é a que está estipulada no art. 12¹⁰¹, estratégia que não tem mostrado resultados efetivos, pois segundo os resultados de pesquisa, a referida comissão nacional criada pelo Conselho Nacional de Saúde faz outras ações na saúde mental, que não a fiscalização constante da implementação da Lei 10.216/01. Se estivessem, havia menções dessa fiscalização em suas atas de reuniões, e também não haveria reclamação da equipe gestora de que não há fiscalização das políticas públicas e programas em saúde mental geridos no DF.

Ainda, não estaríamos vivendo a ambiguidade da equipe gestora, há quase 20 anos, fiscalizar a própria gestão para que exista ao menos alguma fiscalização do trabalho que desempenham. Assim, a inexistência de fiscalização da lei é a segunda barreira à implementação, oriunda da barreira de não se existir estipulação de estratégias objetivas e pré-definidas no corpo da lei aprovada. Portanto, a lei *'foi feita para não pegar'*, e esse fenômeno criou estruturas sociais como a ausência de fiscalização, que fomentam a perpetuação do fenômeno da *'lei não pegar'*.

¹⁰¹ Art. 12. Lei 10.216/01: O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Trata-se de um ciclo, em que a falta de fiscalização gera também uma terceira barreira: a gestão ser realizada por uma equipe com racionalidade limitada, e que não consegue superar essa limitação. Nesse sentido, a realidade encontrada nas visitas de campo vai contra o que foi elaborado por Allison em seu trabalho. Segundo o autor, a teoria da escolha racional entende o processo de tomada de decisão composto por atores que possuem informação completa e racionalidade perfeita, isto é, preferências completas e transitivas. Por consequência, os atores são capazes de definir claramente os objetivos, listar as alternativas para atingir esses objetivos, avaliar cada alternativa em termos do grau que atinge os objetivos e, por fim, escolher a opção que melhor atinja os objetivos desejados (ALLISON, 1999)

Contudo, essa visão foi criticada por Herbet Simon, defendendo-se que as pessoas são limitadas em sua informação e conhecimento e que possuem questões pessoais limitadas que interfere em seu agir. Segundo Simon, a racionalidade dos atores possui limitações, ligadas ao pensamento humano, mas que afetam o funcionamento das organizações. Portanto, as pessoas são intencionalmente racionais, mas de forma limitada, ou seja, reconhece-se a incapacidade do tomador de decisões de dominar a complexidade do mundo, mas seus conhecimentos têm limites que decorrem das características tanto do tomador de decisões quanto do ambiente em que este se encontra, incluindo assim: limites cognitivos, complexidade do problema decisório, falta de contato com outros meios sociais e incerteza em relação a eventos exógenos. (SIMON, 1979)

Os atores das organizações gestoras do DF não são completamente racionais e têm uma visão limitada da realidade, e isso é natural e decorrente do ambiente e realidade vivida no trabalho realizado. Porém, quando se restringem as possibilidades dos agentes em superar suas limitações para realizar ajustes nas estratégias de implementação, a perpetuação da visão limitada influencia diretamente na previsão das consequências de suas ações. Não se prevendo as consequências de suas ações, os atores criam estratégias que nem sempre se mostram eficazes, apesar de acreditarem que eram as que garantiriam a implementação.

Um exemplo disso é o caso do Instituto de Saúde Mental em Brasília. O referido instituto foi objeto de emendas parlamentares, feitas por deputados em mandado eletivo, que apesar de aprovadas, dificilmente eram eficazes para enviar verba orçamentária ao instituto. Isso acontece porque o regulamento burocrático permite a secretaria regional de saúde enviar a verba para outras organizações que julgam mais urgentes. Os deputados, contudo, não

sabiam que suas propostas não surtiam efeito, e em novas visitas, por continuarem a ver a precariedade do local, persistiam em criar emendas parlamentares, sem cogitar novas estratégias de legislação administrativa. Nesse exemplo, os deputados possuem uma racionalidade limitada, a qual se não superada através de novas informações e diálogo, continuará impedindo que os atores possam prever as consequências de suas ações ou aprender com os erros.

No mesmo sentido, é o fato da equipe gestora do DF acreditar que a Lei 10.216/01 pegou em Brasília, pois segundo os relatórios dos órgãos de suas fiscalizações próprias, aparentemente há progresso. Somando-se ao fato de que o contato e diálogo da equipe gestora também é apenas com outros gestores, e que não possuem a sua disposição nenhum fiscalizador ou agente externo para lhes dar novas informações, persiste-se a racionalidade limitada, que os atrapalha para saber quais são os erros, aprender com os erros e planejar estratégias substitutivas.

Por esse motivo os atores devem estar sempre em busca de informações. As organizações devem trocar informações entre si, e deve-se haver intercâmbio de informações entre atores dos mais diversos segmentos entre as mais diversas organizações. Apenas através do intercâmbio de informações e diálogo, é possível aprender com os erros e prever soluções para futuros ou atuais problemas. Contudo, quando não há estratégias de implementação específicas na lei, e na falta, a própria organização faz fiscalização somente através de envio de documentos, ofícios, e despachos numa comunicação limitada de agentes gestores para agentes gestores, dificilmente se obterá noção ampliada da realidade que se está gerindo. Consequentemente, não há superação dos impasses da racionalidade limitada na implementação. E nesse aspecto, o contato persistente e contínuo de gestores para gestores é considerada a quarta barreira para implementação da Lei 10.216/01 em Brasília. Mais irônico é que o contato único gestor para gestor continua e persiste, mesmo após o longo tempo de vigência da lei, da implantação de novas tecnologias, e dos novos paradigmas sobre gestão.

Estas etapas demonstram, segundo os trabalhos de March, que o ambiente do processo de decisão é ambíguo em que as metas são entendidas através da ação. Além disso, os tomadores de decisões conhecem pouco o processo, ocasião que seus conhecimentos sobre o tema são pautados pela tentativa e erro, demonstrando que a estrutura da organização para o processo de tomada de decisão é anárquica e os participantes são rotativos. Dessa maneira, as

decisões são problemas procurando por soluções e vice versa e decisores procurando por algo a decidir. Esse aspecto possivelmente poderia estar relacionado com o fato de certas leis serem ‘leis que não pegam’ no caso do fenômeno estudado. (MARCH, 2010)

Continuando-se o ciclo, não se superando a racionalidade limitada, não se conhecem os erros na implementação. Aprender com os erros é essencial. Segundo Pressman e Wildavsky, a capacidade de aprimorar os projetos ao aprender com os erros, é o que permitirá a implementação. Quando se falha no aprendizado das experiências, entra-se num ciclo caótico que não se soluciona. O sucesso do futuro é diretamente ligado ao aprendizado das experiências passadas que não deram certo. Assim, a incapacidade de aprender com os erros passados é fatal, e o aprendizado é mais difícil porque muitos atores devem fazer isso juntos. (PRESSMAN, J. L. & WILDAVSKY, 1974)

Contudo, não se observou em Brasília, as organizações dialogando ou aprendendo juntas com os erros. Pelo contrário, viu-se a presença constante da barganha como estratégia comum para conseguir recursos financeiros e humanos, numa realidade de competição e disputa entre as organizações. Também, vislumbrou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) não conseguindo multiplicar as experiências positivas na área para atender toda a demanda. Ainda, a maneira com que se disponibiliza e gasta o recurso orçamentário e a maneira com que os deputados fazem suas emendas parlamentares é um erro que se perpetua.

Cabe lembrar que quanto aos recursos orçamentários, a reforma na saúde mental demorou para recebê-los. Segundo ZGIET, sabe-se que foi somente em 2006, seis anos após a vigência da lei, que os programas extra-hospitalares de atenção à saúde mental receberam mais atenção ao orçamento público (2,04% do orçamento total do Ministério da Saúde). (ZGIET, 2010)

Mas hoje, sabe-se que há dinheiro que não se consegue gastar, que existe dinheiro que fica parado, que algumas organizações são mais favorecidas do que outras, e que continuam a existir organizações precárias. Segundo os entrevistados, para se ter algum benefício, as organizações já precárias, devem ‘fazer acordo de cavalheiros’ nas superintendências ou secretarias regionais de saúde para aprimorar o serviço da própria organização, que se perpetua na dependência de doações e trabalhos voluntários para desempenhar melhorias. Portanto, uma crítica importante que pode ser feita na implementação da Lei 10.216/01 em

Brasília é que ela fechou as possibilidades de aprender com os erros, e esta é a quinta barreira para a implementação da Lei 10.216/01 em Brasília.

O não aprendizado com os erros gerou no Distrito Federal a disfunção da burocracia, sexta barreira à implementação deste caso. Na Teoria da burocracia de Max Weber a burocracia prima pela total eficiência da organização e, para que se alcance a eficiência, todos os detalhes formais devem ser vistos com antecedência, a fim de que não existam interferências pessoais que acabem por atrapalhar o processo. Porém, como não existe uma organização completamente racional, os detalhes das organizações tendem a serem modificados pelos homens, e nesse sentido, a burocracia pode levar também a consequências imprevistas que conduzem a ineficiências e imperfeições (internalização das regras e o apego aos regulamentos, o excesso de formalismo e de papelório, a resistência a mudanças, a dificuldade no atendimento a clientes e os conflitos com o público). (CHIAVENATO, 2003)

No caso de Brasília, tal fator se mostra presente, e as disfunções da burocracia existem porque os atores sociais, após não aprenderem com os erros, não atuarem juntos com diálogo e troca de informações, acreditaram que o excesso de trâmites procedimentais é a solução para resolver os problemas particulares de suas organizações. Seguindo-se nesse ciclo caótico, paga-se um valor alto para a burocracia não gerar resultados.

A disfunção da burocracia por sua vez descentraliza atividades e preferências, que levam aos órgãos tentarem solucioná-la através da coordenação. Segundo Pressman e Wildavsky, a coordenação é geralmente atribuída como um antídoto para a competição e fragmentação de decisões e consiste em A facilitar B para ajudar C. Segundo os autores, desse senso intuitivo de coordenação, entretanto, surge uma relação de poder e disputa, se não houver transparência e confiança entre os participantes. Assim, a coordenação é uma forma de dividir as culpas quando algo der errado, e de forçar os atores a entrarem em constante acordo, mesmo não querendo. Contudo, quando isso acontece, forçar acordos pode modificar a política a ponto de modificar sua proposta original. (PRESSMAN, J. L. & WILDAVSKY, 1974)

Observou-se esse fenômeno em Brasília, quando, por exemplo, as organizações que dependem de recursos financeiros públicos para prestar atendimento de saúde mental à comunidade, dependem de fazer numerosos acordos com as superintendências de saúde para terem orçamento para gastar. E depois, outros vários acordos para conseguirem gastar nas

prioridades que acreditavam ser importantes. No final, permanecia-se com o banheiro quebrado e sem iluminação, e não se gastava o orçamento porque não se tinha acordo com todos os membros da coordenação.

Nesse sentido, segundo Pressman e Wildavsky, coordenação significa ter o que você não tem, e criar unidade quando ela não existe. É a habilidade de forçar acordos quando você não tem condições de fazê-lo, e ter que convencer organizações a agirem de um jeito que não agiam e nem tinham condições de agir. Mesmo que os participantes aparentemente concordem com a proposta, eles ainda podem agir contrariamente ou não conseguir fazer muito diante das necessidades. (PRESSMAN, J. L. & WILDAVSKY, 1974)

Assim, percebe-se que todo mundo quer coordenação nos seus próprios termos, e que apesar desta técnica ser considerada um antídoto para a fragmentação de decisões devido à disfunção da burocracia, coordenar-se atividades pode deixar as políticas contraditórias e pouco acolhedoras. Para que a coordenação em sua ideia original, funcione, é necessário que os participantes, em qualquer atividade, consigam contribuir num propósito comum no tempo certo e na quantidade ideal. Assim, a disfunção da burocracia cria a sétima barreira à implementação: coordenação das decisões.

Seguindo-se a disfunção da burocracia, e a coordenação de decisões com pouco diálogo, sintonia e comunicação, permite-se que haja diferentes prioridades. Essas prioridades vão variar conforme o que cada membro da coordenação achar importante, e nisso, dentre outras prioridades que não são comuns, não se dá prioridade às estratégias de mudança da mentalidade manicomial no Brasil. Assim, não se cogita educação popular, treinamento dos profissionais, ou divulgação do conhecimento em recursos de mídia de massa, pois em curto prazo, é mais importante fazer a organização ao menos sobreviver e existir.

É tão difícil existir devido à precariedade de diálogo, repetição de erros e abusos, que as prioridades devem ser em fazer procedimentos administrativos para que “as coisas estejam em ordem”. E nisso a educação em saúde mental para os profissionais da rede, técnicos, pacientes e familiares é “o sonho a ser realizado no futuro” e é a oitava barreira à implementação da Lei 10.216/01 em Brasília.

Contudo, a cultura manicomial já era antiga no Brasil antes do movimento de reforma psiquiátrica, tanto que se observou resistência social às mudanças desde a época da tramitação do Projeto de Lei de Paulo Delgado. Acreditar que a lei por si só realizaria a reforma

psiquiátrica desejada é ingenuidade, pois os manicômios não deixariam de existir enquanto não se mudasse a cultura manicomial. E uma cultura só se muda através da educação, e sua falta diante de um ciclo de uma ‘lei que não pega’ é outro aspecto até agora não aprendidos.

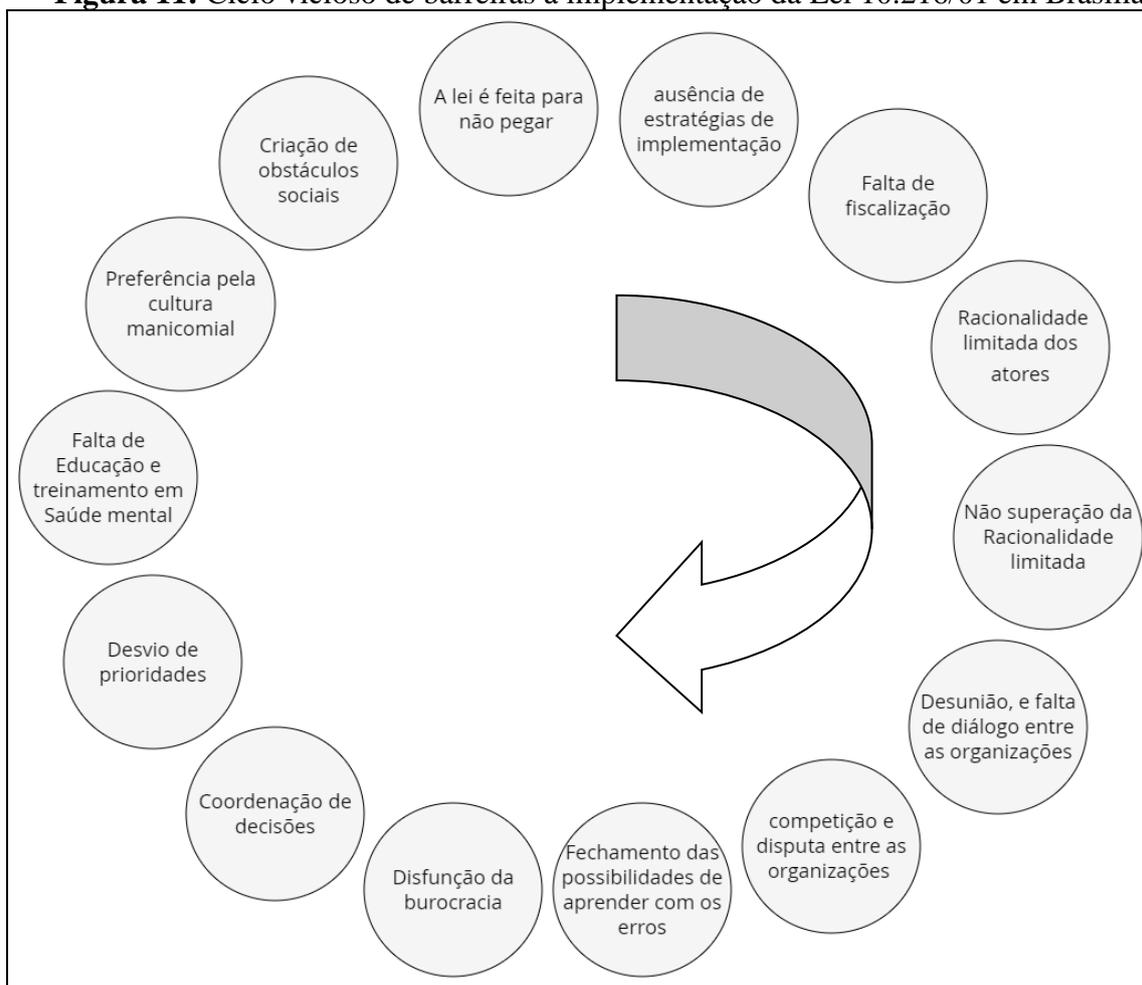
A falta de educação gera a perpetuação da preferência pela cultura manicomial, nona barreira à implementação da Lei 10.216/01 em Brasília. Acredita-se que o louco é perigoso, que não há outra solução senão contê-lo e impedir seu contato com a família e a sociedade, pois o mesmo causará mais problemas. Acredita-se que o louco vai desvalorizar as regiões em que estiver presente. Assim, o louco deve ser escondido, medicado, e dopado para que não tenha condições de se mover voluntariamente. Hoje em dia não é necessário usar camisas de força ou jaulas, porque os remédios em certas doses, já permitem praticamente o mesmo efeito em condições de impregnação¹⁰². A ideia manicomial persiste apesar de não ter mais através do uso do choque e camisa de força.

Um exemplo disso é a existência de famílias abandonando os doentes mentais, e preferência pela medicação. Ainda, há pacientes se internando e voltando para casa ‘impregnados’, e crônicos. E há abaixo assinados de moradores contra o estabelecimento de residências terapêuticas em Brasília. Também, há pouca oferta para a demanda em terapias integrativas preventivas e ocupacionais, ocasião em que o único estabelecimento que dá conta de demanda e da necessidade é o Hospital São Vicente de Paula, há longo tempo conhecido como manicômio. Criam-se obstáculos sociais para que a gestão não funcione e o manicômio continue sendo a solução. Dados do Ministério da Saúde revelam que em 2011 ainda existiam no Brasil 59 hospitais psiquiátricos públicos funcionando no modelo antigo de tratamento e outros 160 credenciados ao SUS. Nos hospitais públicos, há 32.735 leitos¹⁰³.

Portanto, a preferência pela cultura manicomial gera criação de obstáculos sociais às estratégias de implementação dos gestores, sendo por si, a décima barreira a implementação da Lei 10.216/01 em Brasília, fechando-se o ciclo vicioso demonstrado no quadro abaixo.

¹⁰² Segundo os entrevistados, os pacientes que saem da internação do Hospital São Vicente de Paula, voltam dóceis e calmos para a casa, no estado de impregnação, ou seja, com muito remédio no organismo, que nota-se mudança física.

¹⁰³ BRIGIDO, 2011. Disponível em <<https://oglobo.globo.com/politica/dez-anos-apos-reforma-psiquiatrica-brasil-ainda-tem-instituicoes-publicas-funcionando-no-modelo-de-antigos-manicomios-2760053>>

Figura 11: Ciclo vicioso de barreiras à implementação da Lei 10.216/01 em Brasília

Fonte: A autora

As barreiras para a implementação se disponibilizam num ciclo vicioso que favorece a criação de fatores sociais subjacentes, explicitados na figura 10, os quais fomentam a cristalização e perpetuação das barreiras no tempo. Essa disposição permite que a sociedade se organize numa estrutura permanente, marcada por valores e padrões de comportamentos delimitados, decorrentes e estáveis. Assim, forma-se uma estrutura social que se comporta como uma instituição social. Neste caso, observa-se uma institucionalização, pois como a política pública funciona como um contrato incompleto, sua aplicação depende da barganha dos atores e organizações, ocasião em que os costumes e tradições de cada estado podem oferecer barreiras à implementação que se institucionalizam. Portanto, as barreiras para a implementação fazem parte, em Brasília da estrutura de organização de uma instituição social informal.

Segundo Durkheim, a instituição social é um mecanismo de organização da sociedade, é o conjunto de regras e procedimentos padronizados socialmente, reconhecidos, aceitos e sancionados pela sociedade, cuja importância estratégica é manter a organização do grupo e satisfazer as necessidades dos indivíduos que dele participam. As instituições são, portanto, conservadoras por essência, quer seja família, escola, governo, religião, polícia ou qualquer outra, elas agem contra as mudanças, pela manutenção da ordem vigente, e podem ser caracterizadas em formais (Regras escritas, regulamentos, leis, constituições, contratos, direitos de propriedade, acordos de negociação) ou informais (padrões de comportamento ou costumes). (DURKHEIM, 2007)

No mesmo sentido, Lakatos e Marconi afirmam que todas as instituições sociais possuem uma função e estrutura. A função é o elemento agregador, enquanto que a estrutura é o elemento organizador, possibilitador da convivência social. (LAKATOS & MARCONI, 2010). Na figura 11, percebem-se elementos organizadores da referida instituição informal, a qual cria as barreiras à implementação da Lei 10.216/01 e delas se sustenta.

CONCLUSÃO, RESULTADOS E CRÍTICA

O trabalho realizado se deu em decorrência da intensa e discutida questão dos direitos humanos das pessoas portadoras de doença mental em Brasília. O que chama atenção é que na capital do país existe uma realidade de contrariedade com o que se prevê na Lei 10.216/01 mesmo após quase 20 anos de vigência desta. Ainda, observando-se que embora muito discutido, o tema é pouco estudado e o poder executivo em geral e a bibliografia existente, possui ideias para se alcançar uma implementação, mas nenhuma análise concreta sobre seus aspectos. Porém, as queixas sobre a implementação por si só não são suficientes para lidar com o problema.

Assim, o trabalho foi proposto com a finalidade de investigar os obstáculos à implementação da Lei 10.216/01 em Brasília, respondendo perguntas de pesquisa para se explorar o fenômeno a fim de compreender o porquê da Lei 10.216/01 ser uma lei que ‘não pega’ na região do planalto central. Além disso, por ser um estudo pioneiro no Brasil, busca-se inspirar e levantar hipóteses para estudos posteriores, através da análise das ciências sociais sobre políticas públicas, governança e instituições.

Uma vez já respondidas as perguntas de pesquisa no capítulo anterior, passa-se a avaliação da validade das hipóteses apontadas no início do trabalho: i) a lei pode ter sido feita para não pegar; ii) há falta de interesse público, que impede da lei pegar em Brasília; iii) a lei não pega em Brasília devido à presença de barreiras à implementação.

Com relação à primeira hipótese, considerando-se que a técnica legislativa falhou em propor as estratégias de implementação em vários níveis de objetividade e especificidade, a lei foi feita para ‘não pegar’. Ainda mais em se tratando de um tema complexo que ocasionou tanta movimentação social. O legislador previu apenas uma fiscalização com um conselho externo, sem detalhar os pormenores dessa fiscalização e funcionamento. É ingênuo acreditar que é possível mudar um sistema manicomial tão enraizado socialmente apenas estipulando que a lei será fiscalizada por uma comissão nacional sem estipular detalhes dessa fiscalização e funcionamento.

Partindo-se também do fato de que esta inclusive foi a única alternativa para implementação indicada pelos legisladores, e que ainda não deu certo, é fato que não há presença de estratégias racionais para prever efetivas soluções para os problemas que barrariam a implementação da lei.

Ainda sobre o fato da lei ter sido feita para ‘não pegar’, sabe-se que foi difícil aprovar o texto do Projeto de Lei, e que houve transtorno na tramitação legislativa. Segundo o relatório de tramitação, observa-se que o texto original foi praticamente modificado por inteiro em suas propostas e ideias quando retornou do Senado até a aprovação final (vide tabela 2). Ainda, havia proposta e medidas de implementação mais objetivas, claras, com prazos definidos no art. 1 e art. 2 da proposta original. Contudo, todo esse esforço foi transformado no art. 12 da redação final da Lei 10.216/01, gerando dentre outras consequências, o fato da lei não prever medida de implementação coerente com a realidade manicomial fática no Brasil. Portanto, o sistema legislativo durante a tramitação permitiu que fossem feitas alterações na redação da lei a ponto de esta falhar na estipulação das estratégias para implementá-la em seu texto final.

Não obstante, segundo Pereira, a primeira fase da tramitação na Câmara dos Deputados transcorreu sem provocar grandes discussões. O processo foi praticamente silencioso, sem suscitar controvérsias importantes. Os grandes temas que marcaram o debate posterior sobre o projeto surgiram somente na etapa final, já no processo de votação e aprovação. (PEREIRA, 2004)

Dessa forma, durante a tramitação legislativa, enquanto os deputados pareciam ter uma opinião majoritária antimanicomial, os senadores tinham outra majoritariamente oposta e até hostil. A dificuldade de realizar acordos entre as duas casas foi primordial para que se retirassem artigos que expressamente diziam para os manicômios serem removidos. A dificuldade de barganha e discussão entre as casas fez com que a lei fosse instituída de forma insuficiente para se combater a ideia manicomial já informalmente institucionalizada.

Tal situação é curiosa, pois no caso do Projeto de Lei 3.657/89, pareceu que não havia congruência e alinhamento do pensamento da câmara e senado. Ainda há disparidade, pois ambas as casas teoricamente representam igualmente o povo e proporcionalmente, as regiões brasileiras. Essa disparidade de pensamentos pode ter dentre outras explicações, na forma como é conduzido o sistema de representação na Constituição Brasileira de 1988. No sistema eleitoral brasileira, os deputados são eleitos através do sistema proporcional de lista aberta¹⁰⁴,

¹⁰⁴ No Brasil, o cálculo do número de cadeiras que serão distribuídas entre cada partido após as eleições é feito com base no método D'Hondt, que preconiza uma fórmula matemática destinada a calcular a distribuição dos mandatos pelas listas concorrentes.

e os senadores através do sistema majoritário, além de ficarem 8 anos no poder e a eleição alternar apenas entre um terço e dois terços da casa.

No sistema proporcional de lista aberta, a proporção de cadeiras parlamentares ocupada por cada partido é determinada pela proporção de votos obtida por ele. Assim, o eleitor vota na lista de um partido e o número de eleitos será proporcional ao número de votos que o partido obteve. Quanto aos efeitos positivos na representação proporcional, há o aproveitamento do voto, eis que praticamente todos contam de alguma forma para a distribuição das cadeiras do Parlamento. Também, as regiões brasileiras recebem a mesma quantidade de representantes (deputados), conforme o tamanho da região (mais ou menos populosas), portanto, a representatividade é mais uniforme e estados maiores têm mais deputados que estados menores. Contudo, nem esse critério cumpre a uniformidade da representação na prática, pois a Constituição também prevê limite mínimo e máximo, e São Paulo deveria ter mais deputados e o Acre apenas um e não oito.

No sistema majoritário, ao contrário, elegem-se senadores segundo o número de votos válidos ofertados ao candidato. Assim, os vencedores são eleitos para representar os estados e somam 81 ao todo, ou seja, três senadores por cada estado, independente do estado ser maior do que outro. Assim, os deputados representam suas regiões proporcionalmente à quantidade de eleitores do local, e por isso algumas regiões menores possuem menos deputados que outras. Contudo, nem esse critério cumpre a uniformidade da representação na prática, pois a Constituição também prevê limite mínimo e máximo, e São Paulo deveria ter mais deputados e o Acre apenas um e não oito. Isso também não acontece com os senadores, pois cada região brasileira, independente de seu tamanho, terá o mesmo número de senadores eleitos (três). Deste modo, há regiões muito pequenas, representadas pelo mesmo número de senadores que uma região grande. E essas regiões, com menos pessoas, tem a mesma voz no senado que as regiões mais populosas. Isso permite que, no senado, poucos tenham mais poder para decidir sobre assuntos que afetam a maioria.

Assim, o sistema de representação política da Constituição Brasileira de 1988 dificulta a realização de leis claras e simples, pois as condições para aprovação praticamente impõem uma unanimidade de concordância entre as duas casas. Caso não haja concordância, o que é mais provável, os projetos de lei não serão aprovados, ou se aprovados, possivelmente terão suas redações alteradas, redigidas com artigos que permitem outras interpretações, artigos

vagos, ou com falhas. Portanto, vive-se num sistema em que a barganha deve existir e isso tende a enfraquecer a eficácia e a clareza das legislações.

A representação política brasileira gera uma crise legislativa. O sistema político constitucional não estimula a fazer leis que representam a maioria, pois em alguns casos uma minoria pode exercer uma influência desproporcional à sua representatividade, e bloquear projetos. Se o sistema de representação desigual da Constituição de 1988 não tivesse interferido na tramitação do Projeto de Lei 3.657/89, por exemplo, este possivelmente teria sido publicado numa redação mais próxima da ideia original, mais contida, objetiva, simples e com mais estratégias de implementação, o que facilitaria o fato da ‘lei pegar’.

Mas, na ocasião, os atores sequer tiveram a possibilidade de se redigir e aprovar um texto que nascesse com estratégias de implementação razoáveis. E considerando-se que *“a implementação é o que vem antes da política pública, e nasce com a aprovação da lei, a qual já deverá ter a previsão de recursos para sua implementação”* (PRESSMAN, J. L. & WILDAVSKY, 1974), a primeira hipótese se confirma, e a Lei 10.216/01 ‘foi aprovada para que não pegasse’.

Para se resolver o problema de representação brasileiro, sugere-se que seria conveniente uma reforma política constitucional. Mudando-se a forma como são estipuladas as representações, em longo prazo, as próximas leis tenderiam a ser mais claras e representativas da maioria. Isso não significa que uma reforma política, se feita agora, possibilitaria a Lei 10.216/01 ‘pegar’, mas permitiria que fosse possível, no futuro, que as próximas leis tivessem mais chances de ‘serem feitas pra pegar’.

Seguindo-se, com relação à hipótese 2 (a falta de interesse público impede a lei pegar), pelo analisado nos dados e reflexões já trazidas, essa hipótese foi confirmada. Cabe lembrar que também há a posição contrária, pois existe interesse público em fazer a ‘lei pegar’. Tanto que se assim não fosse, sequer o movimento antimanicomial teria existido, e não haveria tantos debates sobre o assunto até hoje, ou uma semana comemorativa de homenagem à luta manicomial em Brasília. Inclusive, não haveria funcionários aprendendo a viver na precariedade e criativamente, conseguindo apresentar um serviço diferenciado em saúde mental mesmo estando na escassez de recursos.

Entretanto, seria conveniente se o interesse público fosse maior, e que instituições informais, como as famílias, colaborassem para a realização de projetos sociais em saúde

mental. Na ocasião, observou-se que há famílias que abandonam parentes com transtorno mental, que praticam violência doméstica contra os mesmos, e que apoiam sua internação e expurgação do meio familiar, além do tratamento exclusivamente medicamentoso. Não só as famílias, mas também moradores de bairros residenciais não desejam a implantação de residências terapêuticas nos bairros em que residem sob o argumento que as pessoas com transtorno mental não devem ficar lá, pois diminuem o valor de seu patrimônio e são indesejados.

A falta de interesse público é um fator que contribui para que mudanças, reivindicações e decisões não sejam feitas. Ademais, a falta de interesse público pode se mostrar uma ferramenta para a criação de obstáculos sociais que geram barreiras à implementação. Contudo, este não é o único fator envolvido no fato da lei ‘não pegar’, como analisado nas figuras 10 e 11 deste trabalho. A falta de interesse público representa um dos sintomas de uma estrutura social adoecida, solidificada, e destinada a fracassar.

Por fim, com relação à terceira hipótese (a lei não pega devido à presença de barreiras à implementação), observou-se que as barreiras para a implementação constituem, sim, um fator que impede a Lei 10.216/01 ‘pegar’ em Brasília. Observou-se, inclusive que estas se disponibilizam num ciclo vicioso que favorece a criação de fatores sociais subjacentes (vide figuras 10 e 11), os quais fomentam a cristalização e perpetuação das barreiras no tempo.

Essa disposição, organizada em forma de barreiras à implementação, permite que a sociedade se organize numa estrutura permanente, marcada por valores e padrões de comportamentos delimitados, decorrentes e estáveis. Assim, forma-se uma estrutura social que se comporta como uma instituição informal. Portanto, as barreiras para a implementação fazem parte, em Brasília de uma instituição social informal. E a resistência desta instituição social informal às mudanças, é o que verdadeiramente motiva o fenômeno da reforma psiquiátrica fracassar em Brasília.

Para caracterizar esta instituição informal, vale apontar que esta é antiga, dita as regras do jogo sobre como tratar a saúde mental em Brasília desde antes da apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, e se perpetua na atualidade, em 2017. Nesse diapasão, segundo Pierson, as instituições são ambientes sociais compostos por regras, papéis, normas e expectativas que limitam o comportamento e a escolha dos indivíduos e grupos. Se por um lado agem como guias da interação humana, por outro, atuam na redução das incertezas mediante a

estruturação das rotinas. Entretanto, o fato de serem estáveis e reduzirem as incertezas não significa que são eficientes. (PIERSON, 2004)

Portanto, o principal problema de implementação da Lei 10.216/01 se baseia justamente em existir uma instituição social informal mais antiga que interfere no funcionamento de uma instituição social formal mais nova. Assim, a validade da instituição formal (Lei 10.216/01), conseqüentemente, é comprometida na medida em que conflita com os interesses da instituição social informal pré-existente.

Por isso os artigos da Lei 10.216/01 ‘que pegam’ são apenas os que mantêm a burocracia e seus procedimentos padrões. Em contrapartida, os ‘que não pegam’, são a mudança manicomial em si, desejada desde antes de 1989. E considerando-se que as instituições são conservadoras e resistem às mudanças, é de se esperar que o fenômeno desejado (‘Lei 10.216/01 pegar’) continue com poucos avanços e sofrendo resistência às mudanças sociais que se propõe mesmo após quase 20 anos de vigência da lei.

As regras estabelecidas pelas instituições não necessariamente servem à eficiência, mas sim aos interesses dos que detêm o poder, e por isso, as mudanças institucionais ocorrem quando os que detêm o poder percebem a necessidade de mudança, diante das informações que possuem. Porém, as informações são geralmente incompletas na percepção, e o modo como são processadas afeta a eficiência da mudança institucional. (CAVALCANTE, 2006)

Quando não se realiza a mudança institucional, a instituição se mantém segundo sua estrutura permanente e sua função social, até que os fatores para a mudança estejam presentes e sejam almejados pelos atores sociais. Nisso, vale lembrar os ensinamentos de March e Olsen, os quais afirmam que *“Reformas abrangentes são dificilmente absorvidas pelo sistema político, embora demonstrem a relevância dada ao desenho institucional. São bem sucedidas apenas quando possuem uma tendência de longo prazo e são priorizadas dentro do governo.”* (MARCH & OLSEN, 1983)

Isso significa que por mais que existam leis, sua existência não significa eficácia. Uma estrutura social informal muda quando as construções humanas se organizam com outros parâmetros para diminuir-se as incertezas. Também, seus efeitos sociais podem ser positivos ou negativos dependendo das características próprias dos novos arranjos sociais, que definirá se o novo ciclo será virtuoso ou vicioso.

Sobre ciclos viciosos, destinados ao fracasso, Acemoglu e Robinson afirmam que estes são típicos das instituições extrativistas. As instituições extrativistas produzem instituições econômicas também extrativistas, que promovem o benefício de poucos em detrimento de muitos. E nesse sentido, o autor define extrativistas àquelas que concentram poder nas mãos de uma pequena elite e impõem poucas restrições ao exercício de seu poder. Assim, aqueles que se beneficiam do extrativismo dispõem permanentemente dos recursos para se perpetuarem no poder, e são os que têm o maior interesse em resguardar o sistema no ciclo vicioso, pois este serve de plataforma para que suas contrapartes políticas persistam. O poder é valioso em regimes com instituições políticas extrativistas, por ser irrestrito e tende a criar um círculo vicioso por desgarnecer do Estado suas defesas contra quem quiser usurpar e desvirtuar os seus poderes. (ACEMOGLU & ROBINSON, 2012)

Sob essa ótica, não se admira que possivelmente haja interesse em manter um sistema próximo aos antigos manicômios. Além de mais caro e custoso em longo prazo, pois o sistema não trata preventivamente e faz o paciente virar crônico a ponto de precisar de remédios e internações caras, a ótica manicomial propaga o poder de uma minoria para uma maioria. Essa maioria é aquela que desde 1989 quis ver o Brasil mudar através do movimento antimanicomial. É a maioria que levou a ideia para o congresso através do Projeto de Lei 3.657/89, mas que é excluída democraticamente e não possui voz suficiente para levar as mudanças, devido ao fato da minoria desproporcionalmente representada barrar os projetos de reforma.

Outro mecanismo do círculo vicioso consiste no fato de que as instituições extrativistas, ao produzirem poder irrestrito e desigualdade, aumentam os possíveis ganhos com o jogo político. Quem controla o Estado torna-se beneficiário desse poder excessivo por ele gerado, e criam-se incentivos para disputas internas pelo controle do poder e seus benefícios. Assim, nações com uma história de instituições extrativas tendem a não prosperar porque cidadãos têm menos incentivo para investir e inovar, e conseqüentemente as elites, minorias, tem medo da destruição criativa, ocasionando um sistema de lei de ferro das oligarquias. (ACEMOGLU & ROBINSON, 2012)

Assim, uma minoria que está no poder encoraja a existência dos. No caso, o exercício do poder das oligarquias é efetuado através da ausência de políticas educacionais em mídias de massa, escolas, e comunidade. Ainda, a falta de educação perpetua o poder das oligarquias

quando os próprios terapeutas do sistema de saúde não têm acesso a curso de capacitação e aperfeiçoamento antes de atenderem os pacientes da rede pública. Sem informação e educação, é de se esperar que inclusive existam profissionais da rede tratando os pacientes como estigmatizados e propagando a necessidade de existência do regime manicomial, pois sem educação, o próprio profissional acreditaria que o sistema manicomial é necessário.

Dentre todas as formas de se exercer o poder, a mais cruel é aquela que limita as capacidades cognitivas do adversário a ponto dele mesmo se autossabotar, e não saber como sair do próprio limbo pela falta de educação. E considerando que o acesso às novas informações é uma forma de se mudar as instituições, quando se priva os profissionais de saúde da educação mínima, através da ausência de treinamento, e da própria saúde mental, através da inexistência de terapias para os terapeutas, fecha-se o ciclo perene e vicioso extrativista da instituição informal manicomial. É uma forma de poder desigual em que se as minorias interessadas nos manicômios tiram completamente os incentivos e condições daqueles que um dia lutaram por melhorias psiquiátricas.

Portanto, instituições econômicas extrativistas são incapazes de gerar sucesso social, porque não produzem os incentivos necessários para que as pessoas poupem, invistam e inovem, e suas contrapartes políticas lhes dão suporte à medida que consolidam o poder dos beneficiários do extrativismo. Para se mudar essa realidade, deve-se mudar o modelo de funcionamento social, de extrativista para inclusivo, e nisso é conveniente a presença de alguns fatores responsáveis por gerar mudanças institucionais.

Sobre o que envolve as teorias de mudanças institucionais, deve-se lembrar os ensinamentos de algumas bibliografias, dentre elas, Streeck e Thelen, os quais consideram que as instituições sofrem mudanças graduais e sutis ao longo do tempo, mudando o comportamento dos atores sociais responsáveis pelas políticas públicas. Assim, as mudanças não acontecem facilmente e de forma espontânea, pois se busca favorecer a continuidade e a estabilidade, mas mesmo assim, as instituições mudam, devagar, e de forma complexa e de acordo com ritmos diferenciados, combinando elementos de estabilidade e de instabilidade, sendo que a tendência maior é manter a estabilidade. (STREECK e THELEN, 2005)

Porém, segundo Baumgartner e Jones, os processos de instabilidade institucional geralmente são pontuados por pequenos períodos de crise que podem gerar mudanças radicais. Em parte, esses pontos de crise decorrem de problemas no processamento de

informações, que são oriundos da capacidade racional limitada dos atores decisores. (BAUMGARTNER & JONES, 1993; JONES & BAUMGARTNER, 2005) Ainda, segundo March e Olsen, o processo institucional torna possível a mudança, quando se chama atenção para a discussão da justificativa dos mecanismos de mudança. (MARCH & OLSEN, 1983)

Assim, para amenizar a realidade atual de implementação da Lei 10.216/01, deve-se partir de estratégias menores e progressivas de governança, que chamem a atenção dos atores gestores para a necessidade. Assim, em sucessivas estratégias de governança talvez seja possível mudar o modelo extrativista para inclusivo a longo prazo, para a região, e espalhar o costume para outras. Em termos implementação, estratégias de governança podem ajudar a amenizar o fenômeno de institucionalização das leis, o qual deve ser mais forte que a institucionalização dos costumes antigos. E nesse sentido, a governança deve ser acompanhada pelos governantes e gestores que supervisionam a implementação.

Portanto, sugere-se uma série de reformas estratégicas, menores, sucessivas e progressivas para amenizar a atual situação de implementação da Lei 10.216/01 em Brasília. Vale lembrar que também é importante se aproveitar dos momentos de crise para levar ao conhecimento dos gestores, pois crises geram momentos propícios para mudanças institucionais, que dependem da necessidade de foco em outras etapas ou estratégias diferentes das atuais a fim de se sair de um ciclo extrativista.

Primeiro, seria interessante a implantação de campanhas comunitárias de sensibilização da comunidade para começar-se a abrir as portas para implantação das residências terapêuticas em Brasília. Essas campanhas de sensibilização podem ser feitas através de propostas educativas nos próprios postos de saúde, ou mídias de massa, e comunidade de moradores, para com o tempo, a comunidade, aprendendo, poderá aceitar que se instalem residências terapêuticas nas zonas residenciais, facilitando a gestão e o interesse em se diminuam-se as internações sem necessidade.

Posteriormente, seria interessante chamar a atenção na precisão de campanhas para as famílias das pessoas portadoras de doença mental. Através da sensibilização midiática, é possível diminuir a visão de se expurgar o doente mental do seio familiar, ou se conscientizar dos males da violência doméstica, e, conseqüentemente, havendo mais humanidade familiar, poderiam diminuir o número de pacientes crônicos, além de ser uma estratégia fomentadora

da fiscalização da gestão da lei, sem que os gestores precisem gastar tanto de seus esforços para a fiscalização, pois poderiam ter ajuda das famílias, já sensibilizadas, para isso.

Seguindo-se, superada essa etapa, poder-se-ia chamar a atenção para a necessidade de treinamento dos funcionários que atendem os pacientes em saúde mental. Havendo treinamento, é possível gerar uniformidade de atendimento na rede, além de proporcionar coerência e qualidade semelhante nas regiões. Com treinamento de pessoal é possível diminuir os casos de funcionários sujeitos de abusos nas ouvidorias, e com menos problemas envolvendo recursos humanos, facilitar-se-ia a administração das organizações para que estas foquem suas estratégias para superação de outras barreiras à implementação.

Continuando no processo devagar, mas progressivo e capaz de gerar mudanças, uma vez superada a necessidade de treinamento dos funcionários, seria interessante chamar atenção para a necessidade de melhoria das condições de trabalho destes. E isso deve incluir o mais importante: permitir que estes funcionários tenham acesso à terapia em saúde mental também, sem precisarem gastar do próprio bolso com isso. Garantindo que os funcionários se sintam bem trabalhando na rede, por estarem saudáveis e satisfeitos, seria mais fácil para a administração contratar mais pessoal para as regiões necessitadas. Além disso, com saúde mental e treinamento assegurado, é possível que os próprios funcionários ajudem na fiscalização da gestão da lei, pois ela passa a ser de seu interesse.

Posteriormente, superado esses obstáculos iniciais, as próximas barreiras à implementação poderiam ser retiradas através de programas preventivos em saúde mental. Prevenindo-se que o paciente chegue a precisar das CAPS, ou dos Hospitais, ou dos Institutos, ou dos remédios, poder-se-iam diminuir os gastos nas estratégias repressivas. Isso pode ser possível através de uma oferta maior de práticas integrativas de saúde mental, ou de oficinas de terapia ocupacional. Contudo, não basta ter a oferta condizente para a demanda, sem a sua divulgação, e a valorização dos profissionais que dela fazem parte. Cabe lembrar que é possível que não se precisem contratar novos funcionários para isso, se a própria gestão disponibilizar treinamento para os funcionários já existentes e interessados em aprender novas práticas integrativas além das que já possuem.

Cabe lembrar que esse estudo tem intenção de além de se explorar as barreiras à implementação da lei 10.216/01 em Brasília, procurar as causas que fazem a lei estudada 'não pegar'. Nos resultados, embora se saiba que existem barreiras à implementação em Brasília, o

fenômeno ‘lei que não pega’ é maior que apenas uma região. Portanto, as proposições analisadas por inferência causal acima, através do método indutivo, ainda carecem de mais pesquisa, mas não é por isso que este estudo vai se privou de fazer reflexões a partir do caso de Brasília.

Deste modo, a fim de se levantar hipóteses para estudos posteriores e coletar mais dados para reflexão de estratégias institucionais em maior escala, sugere-se estudos comparados do fenômeno da lei 10.216/01 com outros municípios, estados e sua implementação no tempo (como era Brasília antes da lei 10.216/01 e depois?). Além disso, sugere-se a realização de estudos sobre outras leis que ‘não pegam’, que disponham sobre outros temas, a fim de se verificar quão extenso é a presença do fenômeno ‘lei não pega’ no Brasil e nas regiões. Também, seria interessante comparar a evolução da implementação de estratégias antimanicomiais do Brasil com outros países, buscando-se dados quantitativos.

Espero, portanto, que esta pesquisa possa proporcionar reflexões para num futuro auxiliar aqueles que querem ter um caminho sobre como amenizar os efeitos do fenômeno da Lei 10.216/01 ‘não pegar’ em Brasília. Afinal, de que adianta lutar e não saber como alcançar um sistema inclusivo do qual todos se beneficiem e cresçam, sejam eles gestores, funcionários, organizações e sociedade? Pesquisas na área de implementação são importantes para se ajudar a efetivar a eficácia das legislações e regras sociais. As regras vêm da necessidade de organização social, exatamente porque não há regras sem sociedade e vice versa. E nesse contexto, o país progride com respeito às instituições e às regras estabelecidas democraticamente, independente dos costumes de uma oligarquia.

BIBLIOGRAFIA

ACEMOGLU, Daron; ROBINSON, James. **Por que as Nações Fracassam? As Origens do Poder, da Prosperidade e da Pobreza**. São Paulo: Editora Campus /Elsevier, 2012.

ALLISON, Graham e ZELIKOW, Philip. **Essence of decision: explaining the Cuban missile crisis**. Second Edition. New York: Longman, 1971.

AMARAL, Marcela Corrêa Martins. **Narrativas de reforma Psiquiátrica e cidadania no Distrito Federal**. Dissertação (mestrado em sociologia). Universidade de Brasília, Orientadora Christiane Girard Ferreira Nunes, 2006

AMARANTE P. [Clínica] e a Reforma psiquiátrica. In: Amarante P, organizadores. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003

AMARANTE P, coordenadores. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

ASCENZI, Luciano D'; LIMA, Luciana Leite. **Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas**. Revista de sociologia e política V. 21, Nº 48: 101-110 DEZ. 2013, Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n48/a06v21n48.pdf>>, último acesso em 17/04/2017

AZEVEDO, Suelen de. **Medida de segurança: os direitos humanos no tratamento conferido aos internos em hospital de custódia ou ala de tratamento psiquiátrico**. Monografia (Graduação em direito) Centro Universitário do Distrito Federal, orientador José Carlos Veloso Filho, 2011.

AZEVEDO, Suelen de. **Violações dos direitos humanos dos doentes mentais internados judicialmente**. Revista Jurídica da Procuradoria-Geral do Distrito Federal, Brasília, v. 39, n. 2, p. 133 - 150, jul./dez., 2014. Disponível em <<http://revista.pg.df.gov.br/index.php/RJPGDF/article/download/247/191>>

BRASIL, 1841. **Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841**. Fundando hum Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo. Coleção de Leis do Brasil: Leis do Império, 1841. v.4(2), pp. 49-50.

BRASIL, 1852. **Decreto nº 1077, de 4 de dezembro de 1852**. Aprova e manda executar os estatutos do Hospício de Pedro Segundo. Coleção de Leis do Brasil: Leis do Império, 1852. v.1, pp. 442-450.

BRASIL, 1890a. **Decreto nº 142A, de 11 de janeiro de 1890**, Desanexa do hospital da Santa Casa de Misericórdia desta capital o Hospício de Pedro II, que passa a denominar-se Hospício Nacional de Alienados. Coleção de Leis do Brasil: Decretos do Governo Provisório, 1890. v.1, p. 23.

BRASIL, 1890b. **Decreto nº 206A, de 15 de fevereiro de 1890.** Aprova as instruções a que se refere o decreto n.142A, de 11 de janeiro último, e cria a assistência medica e legal de alienados. Coleção de Leis do Brasil: Decretos do Governo Provisório, 1890. v.2, pp. 276-288.

BRASIL, 1890c. **Decreto nº 508, de 21 de junho de 1890.** Aprova o regulamento para a Assistência Medico-legal de Alienados. Coleção de Leis do Brasil: Decretos do Governo Provisório, 1890. v.6, pp. 1333-1351.

BRASIL, 1890d. **Decreto nº 791, de 27 de setembro de 1890.** Cria no Hospício Nacional de Alienados uma Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras. Coleção de Leis do Brasil: Decretos do Governo Provisório, 1890. v.8, pp. 2456.

BRASIL, 1890e. **Decreto nº 1180, de 18 de dezembro de 1890.** Cria no Hospício Nacional de Alienados um Museo Anatomico-Pathologico e dá outras providencias. Coleção de Leis do Brasil: Decretos do Governo Provisório, 1890. v.12, pp. 4412.

BRASIL, 1892. **Decreto nº 896, de 29 de junho de 1892.** Consolida as disposições em vigor relativas aos diferentes serviços de Assistência Medico-legal de Alienados. . Coleção de Leis do Brasil: Actos do Poder Executivo, 1892. v.1, pp. 283-303.

BRASIL, 1893. **Decreto nº 1559, de 7 de outubro de 1893.** Reorganiza o serviço de Assistência Medico-legal de Alienados. Coleção de Leis do Brasil: Actos do Poder Executivo, 1893. v.1, pp. 689-711.

BRASIL, 1897. **Decreto nº 2467, de 19 de fevereiro de 1897.** Dá novo regulamento para a Assistência Medico-legal a Alienados. . Coleção de Leis do Brasil: Decretos do Governo Provisório, 1897. v.1, pp. 175-203.

BRASIL, 1899. **Decreto nº 3244, de 29 de março de 1899.** Reorganiza a Assistência a Alienados. Coleção de Leis do Brasil: Actos do Poder Executivo, 1899. v.1, pp. 281-302.

BRASIL, 1903. **Decreto nº 1132, de 22 de dezembro de 1903.** Reorganiza a Assistência a Alienados. Coleção de Leis do Brasil: Actos do Poder Legislativo, 1903. v.1, pp. 183-189.

BRASIL, 1904. **Decreto nº 5125, de 1 de fevereiro de 1904.** Dá novo regulamento à Assistência a Alienados. Coleção de Leis do Brasil: Actos do Poder Executivo, 1903. v.1, pp. 60-94.

BRASIL, 1911. **Decreto nº 8834, de 11 de junho de 1911.** Reorganiza a Assistência a Alienados. Coleção de Leis do Brasil, 1911, v.2, p.138. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-8834-11-julho-1911-507693-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acessado em 21/05/2017

BRASIL, 1921. **Decreto nº 14831, de 25 de maio de 1921.** Aprova o Regulamento do Manicômio Judiciário. Coleção de Leis do Brasil, 1921, v.4, p.115. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14831-25-maio-1921-518290-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acessado em 21/05/2017

BRASIL, 1927a. **Decreto nº 5148A, de 10 de janeiro de 1927.** Reorganiza a Assistência a Psychopathas do Districto Federal. Coleção de Leis do Brasil, 1927, v.1, p.18. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-5148-a-10-janeiro-1927-563139-publicacaooriginal-87269-pl.html>> Acessado em 21/05/2017

BRASIL, 1927b. **Decreto nº 17805, de 23 de maio de 1927.** Approva o regulamento para execução dos serviços da Assistência a Psychopathas no Districto Federal. Coleção de Leis do Brasil, 1927, v.2, p.198. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-17805-23-maio-1927-499073-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acessado em 21/05/2017

BRASIL, 1934. **Decreto nº 24559, de 3 de julho de 1934.** Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Coleção de Leis do Brasil, 1934, v.4, p.351. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559impressao.htm> Acessado em 21/05/2017

BRASIL, 1944. **Decreto-Lei nº 7055, de 18 de novembro de 1944.** Cria o Centro Psiquiátrico Nacional e extingue o Conselho de Proteção aos Psicopatas e a Comissão Inspetora, no Ministério da Educação e Saúde, e dá outras providências. Coleção de Leis do Brasil, 1944. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-7055-18-novembro-1944-453631-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acessado em 21/05/2017

BRASIL, 1967. **Decreto nº 60252, de 21 de fevereiro de 1967.** Institui, no Ministério da Saúde, a Campanha Nacional de Saúde Mental e dá outras providências. Diário Oficial da União, 23/02/1967, p.2217, col.1, Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-60252-21-fevereiro-1967-401028-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acessado em 21/05/2017

BRASIL, 1998. **Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998:** Dispõe sobre a elaboração, a redação, alteração e a consolidação das leis, conforme determina o parágrafo único do art. 59 Constituição Federal, e estabelece normas para a consolidação dos atos normativos menciona. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp95.htm> Acessado em 21/05/2017

BRASIL, 2003. **Lei 10.741, de 1 de outubro de 2003:** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm> Acessado em 21/05/2017

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990:** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Último acesso em 21/05/2017

BRASIL, 2001. **Lei 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. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acessado em 21/05/2017

BRASIL, 2003. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto consolidado até a emenda constitucional nº42 de 19 de dezembro de 2003. Brasília: Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações, Subsecretaria de Edições Técnicas.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf> último acesso em 21/05/2017

BRASIL. **Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010**. Edição XII Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. 257 p. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2010. Disponível em <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao_em_saude_mental_2004_a_2010.pdf> último acesso em 21/05/2017

BRASIL. **Diário do Congresso Nacional**. Seção I, 27/06/1990. Disponível em <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD27JUN1990.pdf#page=11>> último acesso em 21/05/2017

BRASIL. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf> último acesso 21/05/2017

BRASIL. **Legislação em Saúde no Sistema Prisional**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde no Sistema Prisional, Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 93 p. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/legislacao_saude_sistema_prisional.pdf> último acesso em 21/05/2017

BRÍGIDO, Carolina. **Dez anos após a reforma psiquiátrica, Brasil ainda tem instituições públicas funcionando no modelo de antigos manicômios**. (reportagem), O globo. Disponível em <<https://oglobo.globo.com/politica/dez-anos-apos-reforma-psiQUIATRICA-brasil-ainda-tem-instituicoes-publicas-funcionando-no-modelo-de-antigos-manicomios-2760053#ixzz4jBpk9J5o>> último acesso em 05/06/2017

BRITTO, Renata Corrêa. **A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental**. Dissertação de mestrado defendida no Rio de Janeiro: s.n., 210p, ilus, 2004.

BRITO E SOUTO, Ronya Soares de. **Crítica a Execução Penal. Medidas de Segurança: Da criminalização da Doença aos Limites do Poder de Punir**. 2ª edição, editora Lumen Iuris, 2007.

BROWNE, A. & WILDAVSKY, A. **What Should Evaluation Mean to Implementation?** In: PRESSMAN, J. L. & WILDAVSKY, A. (eds.). *Implementation*. 3a ed. Berkeley: University of California, 1974

CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989. **Projeto de Lei 3.657 de 1989**. Diário do Congresso Nacional. 29 de setembro de 1989. pp.10.696-10.699.

CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1990a. **Parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Redação sobre o Projeto de Lei 3.657/89**. Diário do Congresso Nacional, Seção I. 27 de junho de 1990. pp.7880-7881.

CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1990b. **Parecer da Comissão de Seguridade Social e Família sobre o Projeto de Lei 3.657/89**. Diário do Congresso Nacional, Seção I. 27 de junho de 1990. pp.7881-7882.

CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1990c. **Projeto de Lei nº 3.657-A, de 1989**: Votação em turno único. Diário do Congresso Nacional, Seção I. 15 de dezembro de 1990. pp.14474-14478.

CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000. **I Caravana nacional de direitos humanos: uma amostra da realidade manicomial brasileira**: relatório. Brasília: Câmara dos Deputados.

CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001a. **Projeto de Lei nº 3.657-C, de 1989**: discussão em turno único do substitutivo do Senado Federal. Diário da Câmara dos Deputados. 22 de março de 2001. pp.6521-6523.

CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001b. **Parecer sobre a constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa do Projeto de Lei 3657-C, de 1989**. Diário da Câmara dos Deputados. 28 de março de 2001. pp.7776-7777.

CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001c. **Projeto de Lei nº 3.657-C, de 1989**: discussão em turno único do substitutivo do Senado Federal. Diário da Câmara dos Deputados. 28 de março de 2001. pp.7775-7820.

CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2002. **Manual de atuação parlamentar**. Brasília: Câmara dos Deputados. 3ª edição.

CAVALCANTE, Pedro Luiz. **A implementação do orçamento por resultados no âmbito do executivo federal: um estudo de caso**. Dissertação (Mestrado em ciência política). Orientador Paulo Carlos Du Pin Calmon, Universidade de Brasília (UmB), 2006

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações**. Revisada e atualizada. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CONGRESSO NACIONAL. **Atribuições do congresso nacional**. Disponível em <<https://www.congressonacional.leg.br/portal/congresso/atribuicoes>> último acesso em 21/05/2017

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Por uma IV Conferência Antimanicomial: contribuições dos usuários.** IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, Brasília: CFP, 2010. 46 p. Disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/conferencia_final.pdf> Último acesso em 21/05/2017

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **“Por que ainda existem manicômios?” é tema de primeiro debate de Seminário em Brasília.** 2015. Disponível em <<http://site.cfp.org.br/por-que-ainda-existem-manicomios-e-tema-de-primeiro-debate-de-seminario-em-brasilia/>>. Último acesso em 21/05/2017

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios Relatório Brasil 2015.** Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2015. 172p. ISBN: 978-85-89208-72-7. Disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP_Livro_InspManicomios_web.pdf> último acesso em 21/05/2017

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Ata da ducentésima octagésima nona reunião ordinária do conselho nacional de saúde – CNS.** Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/atas/2017/Ata_289_RO.doc> Último acesso em 27/05/2017

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Ata da ducentésima nonagésima reunião ordinária do conselho nacional de saúde – CNS.** Disponível em <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj0jMy5rpDUAhUCIpAKHVQCQDGYQFgkMAA&url=http%3A%2F%2Fconselho.saude.gov.br%2Frecomendacoes%2F2017%2FREco005.pdf&usq=AFQjCNHATH1ZjzsRZGpYiIRSIoH_e5WqlQ> Último acesso em 27/05/2017

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resumo executivo da ducentésima nonagésima terceira reunião ordinária do conselho nacional de saúde – CNS.** Disponível em <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiDj5KLrZDUAhXDIJAKHf6ZD9cQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fconselho.saude.gov.br%2Fatas%2F2017%2FRE_291.doc&usq=AFQjCNHOS2NKadRA_wf2vrCpv4Ic6p3HiA> Último acesso em 27/05/2017

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Direitos Humanos e Cidadania.** 9ª impressão, editora Moderna, 2005

DAVIDSON, John Richard. **The implementatio of the political development goals of the alliance for progress.** Tese (doutorado em ciência política). University of Wisconsin, Madison, 1976.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001.**Instituto de Psiquiatria. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Estado do Rio de Janeiro. Brasil. Disponível em <<http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/713/529>>

DINIZ, Débora **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011.** (recurso eletrônico), Brasília, Letras Livres, Editora Universidade de Brasília, Disponível em

<http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15170/1/LIVRO_CustodiaTratamentoPsiquiatrico.pdf> 2013.

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico**. Tradução Paulo Neves, revisão de tradução Eduardo Brandão, 3ª Ed, São Paulo: Martins Fontes, 2007. Disponível em <<https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/durkheim-c3a9-as-regras-do-mc3a9todo-sociolc3b3gico.pdf>> último acesso em 06/06/2017

ELMORE, R. F. **Backward Mapping: Implementation research and policy decisions**. Political Science Quarterly, New York, v. 94, n.4, p. 601- 616, Winter, 1979

ENCICLOPEDIA DE CLASIFICACIONES. **Tipos de normas**. Recuperado de: <<http://www.tiposde.org/escolares/129-tipos-de-normas/>> 2016

FILHO, Newton Tavares. **A consultoria legislativa de portas abertas: técnica legislativa**. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnottec/copy_of_portas-abertas-1/Palestra%208.pdf> último acesso 21/05/2017

FREIRE, Moema Dutra. **Acesso à justiça e prevenção da violência- reflexões a partir do projeto de justiça comunitária**. Dissertação (Mestrado em Ciência Política), Universidade de Brasília, 177p, 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4ª Edição. São Paulo: Editora Atlas, 1994.

KELSEN, Hasn. **Teoria pura do direito**. Tradução João Baptista Machado, Editora Martins Fontes, São Paulo, 2009, pp177-178
São Paulo, Ed Martins Fontes, 2003, p 58

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Sociologia Geral**. 7ª edição. São Paulo: Atlas, 2010.

LUMIA, Giuseppe. **Elementos de teoria e ideologia do direito**. Tradução Denise Agistinetti, São Paulo, Ed Martins Fontes, 2003

MARCÃO, Renato. **Lei de Execução Penal Anotada e Interpretada**. 2ª edição, editora Lumen Iuris, 2006

MARCH, James e OLSEN, Johan. **Rediscovering institutions: the organizational basis of politics**. New York: the free press, 1983.

MARCH, James G. **Como as Decisões Realmente Acontecem: Princípios de Tomada de Decisões**. São Paulo: Editora Leopardo, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação da Saúde Mental**. Portal da Saúde, 2014. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/802-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/11-saude-mental/12319-legislacao-saude-mental>> último acesso 21/05/2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011 – 2015 Resultados e Perspectivas**. Secretaria-Executiva Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS, Editora do Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. ISBN 978-85-334-2030-4 2013. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_resultados.pdf> último acesso em 21/05/2017

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Implementação da Lei 10.216 e a Política Nacional de Saúde Mental: cenário atual e perspectivas 2009**. Workshop MPF, 2008. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/politica_nacional_saude_mental.pdf> último acesso 21/05/2017

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

PEREIRA, Rosemary Corrêa. **Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01)**. Tese (doutorado em Saúde Pública) Rio de Janeiro: s.n., 2004. 244 p, disponível em <<http://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/pereirarc.pdf>> Último acesso em 04/04/2017

PIERSON, Paul. **Politics in time: history, institutions and social analysis**. Princeton: Princeton university press, 2004

PRESSMAN, Jeffrey L.; WILDAVSKY, Aaron. **Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland; Or, Why It's Amazing that Federal Programs Work at All, This Being a Saga of the Economic Development Administration as Told by Two Sympathetic Observers Who Seek to Build Morals on a Foundation**. 3ª Edição. Oakland Project, Berkeley: University of California, 1974

PROCURADORIA GERAL DA REPÚBLICA. **Implementação da lei 10.216/2001 Modelo de Estrutura**. Workshop Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, 2008. Disponível em <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/pfdc/informacao-e-comunicacao/eventos/saude-mental/saude-mental/painel-iii/Apre_Helvecio_Miranda_Magalhaes_Junior.pdf> último acesso em 21/05/2017

RUBIN, Edward L. **Law and Legislation in the Administrative State**. Columbia Law Review, n. 89, 1989.

SENADO FEDERAL, 1991a. **Emenda nº 1, ao Projeto de Lei da Câmara nº8, de 1991**. Pauta da 13ª Reunião da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal. Senado Federal, Secretaria Legislativa, Subsecretaria de Comissões, Comissão de Assuntos Sociais. pp. 159-161.

SENADO FEDERAL, 1991b. **Emenda nº 2, ao Projeto de Lei da Câmara nº8, de 1991**. Pauta da 13ª Reunião da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal. Senado Federal, Secretaria Legislativa, Subsecretaria de Comissões, Comissão de Assuntos Sociais. pp. 162-164.

SENADO FEDERAL, 1991c. **Emenda nº 3, ao Projeto de Lei da Câmara nº8, de 1991.** Pauta da 13ª Reunião da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal. Senado Federal, Secretaria Legislativa, Subsecretaria de Comissões, Comissão de Assuntos Sociais. p. 165.

SENADO FEDERAL, 1991d. **Parecer da Comissão de Assuntos Sociais sobre o Projeto de Lei da Câmara nº 8/91.** Pauta da 13ª reunião da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal. Senado Federal, Secretaria Legislativa, Subsecretaria de Comissões, Comissão de Assuntos Sociais. pp. 133-158.

SENADO FEDERAL, 1995a. **Parecer nº 896, de 1995 da Comissão de Assuntos Sociais sobre Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991.** Diário do Senado Federal. 13 de dezembro de 1995. pp.5507-5513.

SENADO FEDERAL, 1995b. **Declaração de voto na Comissão de Assuntos Sociais, sobre Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991.** Diário do Senado Federal. 13 de dezembro de 1995. pp.5518-5519.

SENADO FEDERAL, 1995c. **Voto em separado, vencido, do Senador Lúcio Alcântara ‘ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991.** Diário do Senado Federal. 13 de dezembro de 1995. pp.5513-5518.

SENADO FEDERAL, 1998a. **Parecer nº 688 de 1998 (de plenário).** Diário do Senado Federal. 15 de dezembro de 1998. pp.18685-18697.

SENADO FEDERAL, 1998b. **Projeto de Lei da Câmara, nº 8, de 1991: Discussão em turno único.** Diário do Senado Federal. 16 de dezembro de 1998. pp.18937-18953.

SENADO FEDERAL, 1999a. **Parecer nº 27, de 1999,** De Plenário em substituição à Comissão de Assuntos Sociais, sobre as emendas de Plenário oferecidas em turno suplementar ao Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991. Diário do Senado Federal. 13 de janeiro de 1999. pp.1395-1406.

SENADO FEDERAL, 1999b. **Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara, nº 8, de 1991: votação em turno suplementar.** Diário do Senado Federal. 14 de janeiro de 1999. pp.1446-1450.

SENADO FEDERAL, 1999c. **Adendo ao parecer emitido ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, apresentado em plenário pelo relator das emendas de plenário em turno suplementar, em 12/01/1999.** Diário do Senado Federal. 22 de janeiro de 1999. pp.1959-1962.

SENADO FEDERAL, 1999d. **Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara, nº 8, de 1991: votação em turno suplementar.** Diário do Senado Federal. 22 de janeiro de 1999. pp.1958-1970.

SIMÕES, Alexandre Maciel. **Obstáculos à implementação de políticas públicas destinadas à efetivação dos direitos sociais.** Artigo. Rio de Janeiro, 2013. 23 p, disponível em <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=3521a3a5bcfea0fe>> Ultimo acesso em 17/04/2017

SIMON, Herbert. **Rational Decision Making in Business Organizations**. American Economic Review, Vol 69, N.4 Setembro 1979.

STREECK Wolfgang; THELEN, Kathleen. **Beyond Continuity: Institutional Change and Advanced Political Economies**: Oxford University Press, 2005.

SOUZA, Michel. **Elementos do direito constitucional**. 14ª Ed. revista e ampliada, Malheiros, 1998, pg. 23

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Handbook on planning, monitoring and evaluating for development results**. New York: UNDP, 2009. Disponível em <<http://web.undp.org/evaluation/evaluations/handbook/english/documents/pme-handbook.pdf>> último acesso em 22/04/2017

WALT, G. 1994. **Health Policy: An introduction to process and power**. London: Zed.

WIEST, Grace Leona. **Health insurance for the bracero: a study of its development and implementation under public Law 78**. Tese (doutorado em Filosofia). Claremont Graduate School and University, 1966.

YIN, Robert. **Estudo de Caso- Planejamento e Métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005

ZGIET, Jamila. **A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação**. Dissertação (mestrado em Política Social), orientadora Marlene Teixeira Rodrigues, Universidade de Brasília- UnB, 2010.