
A Reforma Psiquiátrica Brasileira para o Resgate da Cidadania das Pessoas Acometidas por Transtorno Mental no Distrito Federal

Pollyana Beatriz de Oliveira Alves

Analista Processual do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Pós-Graduada em Ordem Jurídica e Ministério Público pela Fundação Escola Superior do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Bacharel em Direito.

Resumo: O presente trabalho busca analisar se as atuais políticas públicas do Distrito Federal seguem as diretrizes trazidas pela Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como se realiza uma análise crítica reflexiva acerca das políticas públicas de saúde mental já implementadas pelo governo do Distrito Federal, buscando verificar se são suficientes para atender a demanda dos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde – SUS acometidos por tal patologia, como forma de resgate da cidadania. Propõe-se uma reflexão acerca do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, que culminou com a edição da Lei nº 10.216/2001 e propôs novas diretrizes à atual rede pública de saúde disponibilizada pelo SUS aos pacientes acometidos por transtornos mentais. Realiza-se pesquisa de caráter bibliográfico e documental acerca das mudanças implementadas pela Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, estabelecendo diretrizes de assistência extra-hospitalar, de reinserção social e de serviços multiprofissionais.

Palavras-chave: Saúde mental. Políticas públicas. Distrito Federal. Cidadania.

Sumário: Introdução. 1 Sistema Único de Saúde – SUS: Princípios e Conquistas. 1.1 A Reforma Psiquiátrica e o Novo Modelo de Atenção à Saúde Mental. 1.1.1 Trajetória Histórica da Saúde Mental no Brasil. 1.1.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira: Lei nº 10.216/01. 1.2 Rede de Saúde Mental. 1.2.1 A Atenção Básica. 1.2.2 O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. 1.2.3 Leitos em Hospital Geral. 1.2.4 Programa de Volta para Casa. 1.2.5

Serviço de Residência Terapêutica – SRT 1.3 O Paradigma da Desinstitucionalização. 2 Da Política Pública de Saúde Mental no Distrito Federal. 2.1 Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2007-2011 2.2 Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2011-2015. 3 Cidadania. 3.1 A Cidadania como Direito Fundamental. 3.1.1 Práticas de Cidadania nos Serviços de Saúde Mental – caso Damião Ximenes Lopes. 3.2 Resgate da Cidadania dos Pacientes Acometidos de Transtorno Mental no Distrito Federal. 4 Conclusão. Referências.

Introdução

O Sistema Único de Saúde – SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e trouxe novas diretrizes ao tratamento disponibilizado aos pacientes usuários da rede pública de saúde, buscando assegurar-lhes melhores condições de vida, mediante garantia de acesso à assistência integral e equitativa à saúde (BRASIL, 2004).

Dentro desse sistema maior insere-se o Sistema de Saúde Mental, que foi reformulado pelo processo da Reforma Psiquiátrica, ensejando a mudança do tratamento disponibilizado pela rede pública de saúde aos pacientes acometidos de transtornos mentais que, durante muito tempo, ficaram segregados em hospitais psiquiátricos da rede privada (BRASIL, 2004).

Portanto, a substituição do antigo modelo de tratamento em saúde mental, pautado no isolamento desses indivíduos, por uma concepção mais humanizada de assistência, só foi possível devido ao processo da Reforma Psiquiátrica, que culminou com a edição da Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2004).

Essa lei federal propõe o cuidado do paciente acometido de transtorno mental em sua plenitude, como sujeito de direitos e não mais como uma mera doença a ser tratada. Esse novo modelo de assistência apresenta como estratégia fundamental a desinstitucionalização do tratamento em saúde mental, privilegiando a concepção de tratamento em serviços comunitários de saúde mental, em instituições de caráter aberto, como forma de fortalecer os laços afetivos desses indivíduos e, dessa maneira, auxiliar no seu processo de reabilitação e reinserção social (BRASIL, 2005).

O presente trabalho busca avaliar se o redirecionamento da assistência em saúde mental em nosso país, trazido pela Reforma Psiquiátrica, foi suficiente para conduzir o processo de mudança do tratamento disponibilizado pelo SUS aos pacientes acometidos por transtorno mental no DF, bem como se a atual Política Pública de Saúde Mental do DF, preconizada nos Planos Diretores de Saúde Mental 2007-2011 e 2011-2015, da Gerência de Saúde Mental do Distrito Federal, segue as diretrizes trazidas pela Reforma Psiquiátrica.

Buscou-se verificar se as políticas públicas de saúde mental já implementadas pelo governo do Distrito Federal são suficientes para atender a demanda dos usuários do SUS acometidos por tal patologia, como forma de resgate da cidadania. Isso porque somente quando for garantido amplo acesso dos pacientes acometidos de transtorno mental aos dispositivos da Rede de Saúde Mental do Distrito Federal, possibilitando-lhes a

assistência integral, será possível resgatar-lhes a cidadania, que tem na dignidade da pessoa humana seu principal fundamento.

Este trabalho é composto por três capítulos, divididos da seguinte forma: no *Capítulo I* enfatiza-se a trajetória histórica da saúde mental, a evolução do processo da Reforma Psiquiátrica e sua contribuição na construção da atual rede de saúde mental do país. No *Capítulo II* descreve-se a atual política pública de saúde mental do Distrito Federal, bem como a que será implementada, conforme descrito nos Planos Diretores de Saúde Mental 2007-2011 e 2011-2015, da Gerência de Saúde Mental do Distrito Federal. No *Capítulo III* aborda-se a definição de cidadania como direito fundamental e sua prática nos serviços de saúde mental. Para tanto, utiliza-se como referencial o caso de Damião Ximenes Lopes, morto na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral - CE. Por fim, busca-se verificar se a política pública de saúde mental, já implementada no Distrito Federal, é suficiente para resgatar a cidadania dos pacientes acometidos de transtorno mental no Distrito Federal.

A análise histórica do sistema de saúde no Brasil revela que, durante todo o século XX, as ações e serviços de saúde foram executados de forma pontual, vinculados aos benefícios concedidos pela Previdência Social. Como consequência, a sociedade foi fragmentada em dois grandes grupos: um representado pelos indivíduos com direito aos serviços de saúde e outro integrado pelos excluídos desses serviços de assistência. Esse segundo grupo era representado pelos trabalhadores que

não contribuíam com a Previdência Social, os desempregados e as pessoas com deficiências, que recebiam precário suporte assistencial das Santas Casas de Misericórdia ou de instituições religiosas (MARCHEWKA, 2003).

Foi nesse cenário nacional de conflitos sociais que o Sistema Único de Saúde – SUS foi instituído pela Constituição de 1988, com a finalidade precípua de assegurar melhores condições de vida para toda a população brasileira, mediante garantia de acesso à assistência integral e equitativa à saúde. O funcionamento desse sistema foi regulamentado pela promulgação das Leis 8.080/90 e 8.142/90, formuladas com o intuito de fazer cumprir a disposição constitucional de proteção e defesa da saúde (BRASIL, 2004).

Segundo Oliveira e Nappo (2008), o SUS ocupa lugar de destaque no quadro sanitário brasileiro, não apenas por definir a estrutura de organização institucional da área de saúde e de se constituir em modelo único de atendimento, mas especialmente por representar mudança de paradigma na forma de direcionar, conceber, pensar e fazer assistência à saúde no país.

Contudo, apesar dos diversos avanços conquistados pelo SUS desde sua implantação, permanecem óbices à sua efetiva consolidação, revelando a coexistência de aspectos inovadores e conservadores nesse sistema. Enquanto o aspecto inovador pode ser observado na própria proposta do sistema e em seus princípios, que expressam modelo de atendimento universal e igualitário em saúde, o aspecto conservador relaciona-se à baixa institucionalidade alcançada, uma vez que se constata

significativo distanciamento entre as ações formuladas e aquelas que são executadas pelo governo (OLIVEIRA et al., 2008).

A construção do SUS foi orientada em princípios: princípios doutrinários de direito sanitário que norteiam a formulação das ações e serviços em saúde e princípios estruturantes de sua organização. Apesar dessa distinção teórica entre os princípios, sua atuação integrada é que permite a consolidação de uma rede de atenção à saúde e favorece a formulação e implementação de políticas públicas de saúde no país (JACOBINA, 2008).

O SUS possui como princípio básico o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de atenção. Esse princípio está em consonância com as diretrizes impostas pela Constituição de 1988, na medida em que estabelece que a saúde é um direito fundamental social inerente a todos os indivíduos, não podendo sofrer restrições de qualquer natureza ou privilegiar indivíduos em detrimento de outros (OLIVEIRA et al., 2008). Portanto,

[...] fica explícito que o Brasil optou por um sistema público e universal de saúde, que deve garantir atendimento integral para todos os cidadãos, não cabendo, em nenhuma hipótese, a limitação de seus atendimentos a um “pacote” mínimo e básico de serviços de saúde, destinado à parcela mais pobre da população. (BRASIL, 2011a, p. 223).

Nessa medida, a assistência em saúde deve ser disponibilizada a todos, variando de acordo com a intensidade, forma e peculiaridades da doença e do tratamento exigido, sem quaisquer diferenciações no que se refere aos aspectos social, econômico e cultural dos indivíduos (JACOBINA, 2008).

Em relação ao princípio da integralidade, o artigo 7º, inciso II, da Lei 8.080/1990 estabelece a seguinte definição: “II – [...] conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.” Isso significa que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde devem ser consideradas como um todo indivisível, não sendo recomendada sua compartimentalização em segmentos estanques, sob pena de comprometer a efetivação do direito à saúde.

O princípio da resolutividade relaciona-se à eficiência do sistema no atendimento em saúde. Dessa forma, as ações e os serviços de saúde devem ser executados de forma contínua, com qualidade, em respeito à interdisciplinaridade das áreas de conhecimento associadas ao seu objeto e articulação das categorias profissionais. Visa ao aprimoramento das prestações em saúde num contexto global, abrangendo ações preventivas e curativas (JACOBINA, 2008).

O princípio da intersetorialidade visa ao desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outras áreas de atuação que não estejam compreendidas no âmbito do SUS, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse à saúde. O incentivo à intercomplementaridade assegura a utilização racional dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos e favorece a potencialização dos efeitos das políticas públicas (JACOBINA, 2008).

O princípio da descentralização significa redistribuição de responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, que devem atuar de forma integrada e com ênfase na assistência local, exercida pelos municípios. Esse processo de descentralização para a periferia reforça a autonomia municipal e a participação da comunidade, já que a esfera local, em virtude da proximidade com a população circunvizinha, possui melhores condições de indicar as prioridades e demandas mais frequentes da região (OLIVEIRA et al., 2008).

Além dessa descentralização da responsabilidade pela prestação de assistência direta à população para os municípios, verifica-se a ocorrência desse mesmo processo nas relações de poder e nos recursos financeiros, uma vez que os municípios dependem da cooperação técnica e financeira da União e dos Estados para executar suas atribuições (OLIVEIRA et al., 2008).

Já em relação ao princípio da hierarquização, pressupõe-se a construção de uma rede de atenção à saúde, composta por unidades de distintos níveis de complexidade e que se articulam entre si para assegurar atendimento integral em saúde. O nível primário dessa rede representa o primeiro nível de atenção à saúde e absorve grande parte das demandas por atendimento, sem esgotar as necessidades dos usuários do SUS. Em consequência, os procedimentos graves e caracterizados por maior complexidade são encaminhados para as unidades específicas de média e alta complexidade, conforme orientação médica. Portanto, a organização dos serviços em saúde apresenta configuração de

forma piramidal, com a atenção básica em sua base e as unidades mais especializadas mais próximas do ápice (BRASIL, 2011a).

A construção dessa rede de atenção em saúde também exigiu a distribuição geográfica de suas unidades pelo território nacional como forma de favorecer o acesso aos serviços de assistência, o que fundamenta o princípio da regionalização (JACOBINA, 2008). Esse princípio estabelece que os serviços de atendimento devem ser prestados a sua população circunvizinha e, apenas quando a complexidade do caso o exigir, será realizado o encaminhamento pelo profissional de saúde para outra unidade, fora da região de moradia do usuário (OLIVEIRA et al., 2008).

Entretanto, apesar de cada unidade de saúde possuir atribuições específicas, a lógica de funcionamento do SUS nem sempre tem sido observada, com falhas no sistema de referência e contrarreferência, o que resulta em excesso de demanda aos serviços especializados, especialmente aqueles que disponibilizam atendimento de emergência (OLIVEIRA et al., 2008).

Por fim, a Lei Orgânica da Saúde no Brasil (Lei 8.080/90) inovou ao prever os princípios da participação popular e do controle social. Esses princípios são expressão da garantia constitucional que preconiza a contribuição da população, por intermédio de entidades representativas, no processo de formulação das políticas públicas de saúde e no controle de sua execução, em todos os níveis da federação (OLIVEIRA et al., 2008).

1.1 A Reforma Psiquiátrica e o Novo Modelo de Atenção a Saúde Mental

1.1.1 Trajetória Histórica da Saúde Mental no Brasil

O modelo psiquiátrico instituído no mundo ocidental, a partir do século XVII, baseou-se em condutas de enclausuramento e isolamento das pessoas acometidas por transtornos mentais, determinando a segregação desses indivíduos do meio social e sua consequente reclusão em manicômios (BRASIL, 2010).

O afastamento desses indivíduos do convívio social não foi apenas resultado da corrente terapêutica de tratamento adotada à época, mas especialmente representou alternativa capaz de garantir a ordem pública, conduta de caráter higienista. Segundo Guimarães (2010, p. 277, grifo nosso) e colaboradores: “[...] A doença mental era considerada caso de ordem pública e de polícia, em que a atuação da psiquiatria era repressiva [...]. *Ao doente mental não era garantido qualquer direito de cidadania.*”

Até o final da década de 50, escassa foi a produção normativa acerca da saúde mental e poucos avanços foram incorporados nas condutas terapêuticas de tratamento dos indivíduos com transtornos mentais. Segundo Barros e Egry (1994, p. 82):

Até o final da década de 50, o cuidado ao doente mental continua essencialmente restrito ao interior dos asilos. A assistência psiquiátrica brasileira revelava, ainda, extraordinária lentidão em tomar conhecimento das importantes transformações pelas quais passava a prática psiquiátrica na Europa e nos Estados Unidos após a Segunda Guerra Mundial.

Em meados dos anos 60, a elevada demanda por atendimento médico e as precárias condições dos hospitais da rede pública favoreceram o processo de mercantilização da saúde. Nesse período, o Estado optou pela contratação de serviços de saúde, inclusive psiquiátricos, da rede privada, ao invés de realizar incentivos na própria rede pública (BRASIL, 2010).

Privilegiou-se o interesse de grupos particulares, na medida em que esses foram beneficiados com a percepção de vultosos lucros provenientes das internações em hospitais psiquiátricos. Conforme asseveraram Guimarães (2010, p. 277) e colaboradores:

No período da ditadura militar, alguns psiquiatras e psicanalistas, em consonância com o governo, encontraram no louco uma grande fonte de lucro. O número de internações por neurose em hospitais psiquiátricos, que em 1965 era de 5.186, em 1970 passou para 18.932. No ano de 1975, esse valor se elevou para 70.383 e, em 1977, já estava em 200.000. Estima-se que, no período de 1950 a 1970, a população de doentes mentais tenha aumentado em 213%, enquanto o crescimento da população geral no Brasil foi de 82%.

No Brasil dos anos 70 do século passado, a assistência psiquiátrica era reflexo do processo de desestruturação da saúde pública. Em contraposição aos discursos legais de prioridade de tratamento ambulatorial e hospitalização de curta permanência aos indivíduos com transtornos mentais, a precariedade da rede de atenção à saúde mental ainda era evidente. As internações tinham duração média de 25 anos e superlotavam os hospitais, adotando-se medidas coercitivas e isolamento dos doentes como

formas de tratamento, acrescidos da situação dramática do déficit de profissionais capacitados (GUIMARÃES et al., 2010).

Movimentos sociais contrários a esse modelo de exclusão foram fortalecidos após inúmeras denúncias de maus tratos, agressões, violências sexuais e mortes ocorridas nos hospitais psiquiátricos, o que colocou em cheque a efetividade das condutas de assistência psicossocial oferecidas aos indivíduos com transtornos mentais (NOGUEIRA; COSTA, 2007).

Nesse sentido, o processo de reforma psiquiátrica tomou novo vulto com denúncia de irregularidades na Divisão Nacional de Saúde Mental - DINSAM, entidade com atribuições de planejamento, coordenação e fiscalização dos serviços de assistência e reabilitação em saúde mental, culminando no Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM (GUIMARÃES et al., 2010).

Nas décadas de 1980 e 1990 o processo brasileiro de reforma psiquiátrica constituiu um novo cenário para a saúde mental, pois foi marcado por inúmeras experiências antimanicomiais. Novos serviços de caráter extra-asilar foram implantados em todo o país ao longo dessas duas décadas, na tentativa de resgatar a singularidade e a complexidade do adoecer psíquico. Desse modo, o século XXI desponta com o desafio de avançar na implementação das propostas de desinstitucionalização, tão cara à luta antimanicomial, rompendo as barreiras da inércia habitual dos serviços públicos (MAPELLI JUNIOR, 2010).

Em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na cidade do Rio de Janeiro, com a formulação das primeiras propostas e ações para a reorientação do modelo de atenção psicossocial. Esse evento propôs a revisão do modelo manicomial, ao preconizar a instituição de serviços extra-hospitalares, a serem desempenhados por equipes multidisciplinares, e a progressiva extinção dos leitos psiquiátricos asilares e sua substituição por leitos em hospitais gerais públicos (MAPELLI JUNIOR, 2010).

No mesmo ano, houve o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Brasil, localizado na cidade de São Paulo, que serviu de modelo para a implantação de outros centros no país (BRASIL, 2005).

A promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 também foi decisiva na ruptura de paradigma no tocante à saúde. Instituiu novas bases para a construção do ordenamento jurídico pátrio, com valorização da dignidade da pessoa humana e proteção dos direitos individuais e coletivos.

A partir de 1992, movimentos sociais motivados pelas diretrizes contidas no Projeto de Lei Paulo Delgado (PL nº 3.657/89) conseguem aprovar leis, em vários estados brasileiros, com intuito de promover a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede de atenção integrada ao tratamento de portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2005).

1.1.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira: Lei nº 10.216/01

Nessa trajetória, em 6 de abril de 2001, foi sancionada a Lei nº 10.216, ou “Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira”, como é

conhecida, o que significou um novo impulso para a efetivação das políticas de atenção psicossocial de caráter aberto e com base comunitária. Essa lei dispõe sobre a proteção aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

De acordo com a proposta trazida pela Política Nacional de Saúde Mental busca-se a substituição do modelo hospitalocêntrico e o resgate da cidadania ao portador de transtornos mentais por meio da inclusão social, reinserção familiar e respeito aos direitos e liberdades, garantindo-lhes a livre circulação e interação com a comunidade (RIO DE JANEIRO, 2010).

Esse modelo propõe a redução pactuada e programada de leitos psiquiátricos de baixa qualidade e conta com uma rede de serviços e equipamentos, estrategicamente organizados em torno dos CAPS. A proposta é que as internações sejam feitas em leitos de atenção integral em hospitais gerais ou no CAPS/24h, sendo os hospitais psiquiátricos de grande porte, aos poucos, substituídos. Importante ressaltar que a extinção de leitos em hospitais psiquiátricos deve ser acompanhada pela ampliação da rede extra-hospitalar regionalizada, para que a substituição pelo modelo de cuidado integral comunitário-ambulatorial seja garantido como medida de proteção ao portador de transtornos psiquiátricos (RIO DE JANEIRO, 2010).

A atenção integral deve ser garantida por atuação multidisciplinar, mediante cuidados médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros necessários

para a reabilitação psicossocial do paciente e de seus familiares (RIO DE JANEIRO, 2010).

1.2 Rede de Saúde Mental

Conforme já abordado, a Reforma Psiquiátrica, movimento internacional de assistência à saúde mental, está comprometida com a substituição do padrão hospitalocêntrico por uma rede de serviços substitutivos extra-hospitalares e comunitários para atenção à saúde mental. Esse modelo de assistência reforça os princípios do SUS, no sentido de uma assistência universalizada e hierarquizada, abrangendo todos os níveis, desde a promoção da saúde aos serviços especializados (DISTRITO FEDERAL, 2010, p. 366).

Essa rede pode contar com ações de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT, leitos em hospitais gerais, ambulatórios, bem como com o Programa de Volta para Casa, sempre atendendo às peculiaridades de cada região (DISTRITO FEDERAL, 2010, p. 368).

1.2.1 A Atenção Básica

As diretrizes do Ministério da Saúde propõem a inclusão de ações de saúde mental na atenção básica. Essa estratégia é de extrema relevância para a potencialização do trabalho das equipes de Saúde Família, que lidam com pessoas com transtornos mentais dentro do seu território (DISTRITO FEDERAL, 2010, p. 374).

A atenção básica apresenta a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, resultado da reorientação do modelo assistencial, tendo em vista sua operacionalização mediante a atuação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (UBS) e nos domicílios da população circunvizinha. Essas equipes estabelecem vínculos com a população da região em que atuam e, dessa maneira, contribuem diretamente para promoção, prevenção e recuperação em saúde, além de realizar diagnóstico situacional, o que favorece a elaboração e implementação de políticas públicas (RIO DE JANEIRO, 2010).

O suporte técnico da atenção básica, compreendendo ações de supervisão, atendimento em conjunto, atendimento específico e participação na capacitação de profissionais, é realizado pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que também participa na articulação de projetos terapêuticos de caráter interdisciplinar e intersetorial junto ao PSF (RIO DE JANEIRO, 2010).

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Pode-se sintetizar como princípios fundamentais dessa articulação entre saúde mental e atenção básica: preparação para o olhar em saúde mental; melhora do grau de resolutividade; cuidado no território; organização da atenção à saúde mental em

rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania do usuário; e construção da autonomia possível de usuários e familiares (DISTRITO FEDERAL, 2010, p. 374).

1.2.2 O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Os CAPS são unidades de saúde consideradas estratégicas para a mudança do modelo de atenção à saúde mental, já que representam serviços substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. Dessa forma, representam alternativa às internações em hospitais psiquiátricos, uma vez que sua assistência pauta-se em regime de atenção diária, possibilitando melhor acompanhamento dos pacientes. Portanto, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, que conduz o usuário à autonomia e ao protagonismo durante todo o processo de desenvolvimento do seu tratamento (RIO DE JANEIRO, 2010).

Constituem-se em serviços de saúde municipais, abertos, comunitários e que disponibilizam assistência às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Além de assegurarem acompanhamento clínico, visam à reinserção social desses indivíduos por intermédio de incentivos ao trabalho, esporte, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços afetivos. São também responsáveis pelo suporte à atenção em saúde mental da rede básica e articulam estrategicamente a rede com as políticas de saúde mental (RIO DE JANEIRO, 2010).

Os CAPS são classificados, de acordo com a densidade demográfica e as atividades desenvolvidas, em: CAPS I, CAPS II,

CAPS III (24 horas), CAPSi (crianças e adolescentes) e CAPSad (indivíduos com problemas pelo uso abusivo de álcool e outras drogas) (RIO DE JANEIRO, 2010).

1.2.3 Leitos em Hospital Geral

Os casos graves e com risco de morte ao usuário de drogas devem ser, preferencialmente, efetivado em leitos de hospitais gerais e em leitos de unidades de pronto atendimento, dispositivos dotados de infraestrutura especializada para os atendimentos de urgência e de maior complexidade. Assim, essas unidades devem abranger o tratamento dos quadros clínicos severos de abstinência ou de comorbidades relacionados ao uso abusivo de substâncias psicotrópicas (RIO DE JANEIRO, 2010).

Segundo a publicação Ministério Público e Tutela à Saúde Mental (2010) existe tendência de que essa rede de leitos de atenção integral em saúde mental seja expandida, na medida em que representam unidades substitutivas aos hospitais psiquiátricos convencionais, que deverão ser gradualmente extintos conforme diretrizes da reforma psiquiátrica.

1.2.4 Programa de Volta para Casa

Para a assistência de indivíduos com longa história de internação em hospitais psiquiátricos (2 anos ou mais de internação ininterruptos), inclusive em hospitais de custódia, o governo federal, por intermédio da Lei 10.708/2003, instituiu o Programa de Volta para Casa. Esse Programa, em consonância com o disposto no artigo 5º da Lei 10.216/2001, tutelou os interesses dos

indivíduos em situação de grave dependência institucional, com a adoção de medidas para alta planejada e reabilitação psicossocial assistida (RIO DE JANEIRO, 2010).

Assim, o Programa de Volta para Casa, além de objetivar a garantia de cuidados, de acompanhamento e de integração social desses indivíduos fora da unidade hospitalar, estabeleceu o pagamento de auxílio-reabilitação ao próprio beneficiário ou a representante legal, nas hipóteses de incapacidade para o exercício dos atos da vida civil. Esse benefício significa a disponibilização de uma bolsa mensal, com duração de até dois anos, com possibilidade de renovação conforme as exigências de cada caso concreto, com vistas a assegurar suporte financeiro mínimo à reabilitação social dos egressos de hospitais psiquiátricos (RIO DE JANEIRO, 2010).

A inclusão nesse Programa e a consequente concessão do benefício depende de expresso consentimento do paciente ou de seu representante legal em submeter-se às suas disposições. Pressupõe prévia avaliação por equipe de saúde mental, que deve aferir as condições clínicas e sociais do beneficiário, que deve estar em alta hospitalar, residindo com sua família (de origem ou substituta) ou em outra forma alternativa de moradia, a exemplo das residências terapêuticas (RIO DE JANEIRO, 2010).

1.2.5 Serviço Residencial Terapêutico – SRT

O serviço residencial terapêutico (SRT), instituído pela Portaria MS 106/2000, apesar de não constituir serviço de saúde, possui papel complementar à rede de atenção em saúde mental,

na medida em que se constitui em espaço de habitação, destinado a indivíduos com transtornos mentais, egressos de hospitais psiquiátricos e de hospitais de custódia ou aqueles em situação de vulnerabilidade. Assegura acolhimento aos indivíduos sem vínculos familiares e que necessitam de ambiente propício à reconstrução de laços sociais e afetivos (RIO DE JANEIRO, 2010).

Os SRTs são modalidade assistencial substitutiva aos modelos tradicionais de internação psiquiátrica. Desse modo, a transferência gradual de pacientes internados em hospital psiquiátrico convencional para o SRT deve ser acompanhada por ações de redução ou descredenciamento de leitos daquele hospital, na mesma proporção, realocando recursos para financiar essa rede substitutiva em saúde mental (RIO DE JANEIRO, 2010).

A inserção no SRT representa apenas uma fase do longo processo de reabilitação de um indivíduo com transtorno mental, propiciando ao usuário um amplo projeto de reinserção social, pautado em atividades de alfabetização, de mobilização de recursos comunitários, de retorno e incentivo ao trabalho e de autonomia no desempenho de atividades pessoais e domésticas (RIO DE JANEIRO, 2010).

Em 23 de dezembro de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3090, que estabelece a classificação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Tipos I e II e que dispõe sobre o financiamento para incentivo e custeio desses dispositivos de assistência.

Nos termos do artigo 2º, §§ 1º e 2º, da referida portaria, os SRTs tipo I são unidades de moradia com capacidade de acolhimento de no mínimo quatro e no máximo oito indivíduos acometidos por transtornos mentais. Essa modalidade requer que seus usuários estejam em processo de desinstitucionalização. Já os SRTs tipo II são específicos ao suporte de indivíduos com transtorno mental de nível acentuado de dependência institucional e com limitações nas tarefas de autocuidado, requerendo atenção intensiva e permanente de cuidadores de referência e de um profissional técnico em enfermagem. Esse módulo residencial deve apresentar infraestrutura para acomodar no máximo 10 indivíduos com o perfil supramencionado.

Em relação ao financiamento dos SRTs, a Portaria nº 3090/2011 estabelece o repasse mensal de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos respectivos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, com o objetivo de incentivar ações de melhoria e/ou de implantação de mais unidades de moradia na região. Conforme o artigo 4º dessa portaria, o financiamento consiste no repasse padrão de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) para cada grupo de 8 pessoas dos SRTs tipo I e de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) para os grupos de 10 pessoas dos SRTs tipo II. Como o repasse é destinado ao grupo de moradores e não ao módulo residencial, a formação de grupos com número inferior a 8 moradores nos SRTs tipo I e inferior a 10 moradores nos SRTs tipo II enseja o repasse proporcional de recursos, segundo tabela sugestiva de valores apresentada pela própria portaria (BRASIL, 2011b).

Tendo em vista que os SRTs não são unidades de saúde e que seus usuários demandam, com frequência, avaliações clínicas e a prescrição de medicamentos de uso controlado, os módulos residenciais são vinculados a equipe/serviço de saúde mental para o suporte técnico profissional seja assegurado aos seus moradores (BRASIL, 2011b).

Esse modelo de suporte assistencial disponibilizado pelos SRTs incentivou a criação de estrutura específica destinada aos usuários de álcool e outras drogas, os chamados Serviços de Atenção à População com Transtornos Decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas, também denominados Comunidades Terapêuticas – Cts (BRASIL, 2009).

Conforme descrito nos Planos Diretores de Saúde Mental 2007-2011 e 2011-2015, da Gerência de Saúde Mental no Distrito Federal – GESAM/DF (2010), o Distrito Federal não dispõe de Residências Terapêuticas (RTs), o que, somando à baixa cobertura de CAPS I e II e ausência de CAPS III (24 horas), compromete a atenção em Saúde Mental no Distrito Federal.

1.3 O Paradigma da Desinstitucionalização

A desinstitucionalização manicomial representa estratégia vital para aplicação dos princípios da Reforma Psiquiátrica na atenção psicossocial de indivíduos com transtornos mentais. O desenrolar desse processo foi motivado, especialmente, pela acumulação de indícios das deficiências do hospital psiquiátrico, combinada com o chamado “institucionalismo”, nomenclatura que

estabelece a manifestação de incapacidades como consequência do isolamento social dos hospitais manicomiais (BRUNETTA, 2005).

Nessa perspectiva, Nogueira e Costa, em estudo de reflexão crítica sobre a política de saúde mental brasileira, apontam para a gravidade de se considerar a desinstitucionalização psiquiátrica como mera desospitalização ou suposta humanização dos locais de segregação. Afirmam que a *desospitalização* caracteriza-se pela criação de dispositivos que viabilizem alternativas de cuidados psicossociais e assistenciais aos indivíduos com transtornos mentais, distintos dos manicômios. Já a *desinstitucionalização* psiquiátrica representa processo mais complexo e abrangente, na medida em que está fundamentada na ideia de desconstrução e invenção. Esses autores salientam:

[...] *desinstitucionar é, acima de tudo, ocupar-se do sujeito e não da doença*, para, a partir daí, as instituições de cuidados ganharem um novo sentido e o tratamento deixar de significar apenas prescrição de medicamentos [...] (NOGUEIRA; COSTA, 2007, p. 5, grifo nosso).

Diante dessas distinções, questiona-se se a atual rede de saúde mental no DF, substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, aproxima-se mais do conceito de desinstitucionalização ou desospitalização.

Busca-se verificar se o simples abandono do modelo hospitalocêntrico, no DF, é suficiente para garantir a assistência integral dos pacientes acometidos de transtornos mentais, já que

a substituição gradual dos leitos em hospital psiquiátrico pela rede de cuidados intensivos não deve significar desassistência, e sim mudança de paradigma na atenção devida a esses pacientes, integrando-os em diferentes contextos sociais.

2 Da Política Pública de Saúde Mental no Distrito Federal

2.1 Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2007-2011

No Ministério Público do Distrito Federal e Territórios – MPDFT, no âmbito da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde – PROSUS, encontra-se instaurado o Procedimento Interno nº 08190.135128/11-50 (2011), que versa sobre as políticas públicas de saúde mental do DF.

Tal Promotoria Especializada possui a função institucional, entre outras, de zelar pela garantia de acesso aos pacientes acometidos por transtornos mentais no DF às Políticas Públicas de Saúde Mental, encontrando-se tal atribuição prevista no artigo 26, inciso VIII, da Resolução nº 090, de 14 de setembro de 2009, do Conselho Superior do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios – CSMPDFT (DISTRITO FEDERAL, 2011, p. 340-342).

O Procedimento Interno nº 08190.135128/11-50 foi instaurado naquela Promotoria Especializada a partir de várias denúncias de cidadãos que noticiaram o déficit de dispositivos da rede pública de saúde mental no Distrito Federal. Apurou-se no curso do procedimento que o Distrito Federal possui uma média de 75 mil pessoas com transtornos mentais severos e 225 mil com

situações psíquicas alteradas precisando de assistência, e que, não obstante tal constatação, inexistem Residências Terapêuticas e o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) existentes são insuficientes para atender tal população.

No referido Procedimento Interno foi anexado o Plano Diretor de Saúde Mental 2007-2011, da Gerência de Saúde Mental no Distrito Federal – GESAM/DF, que apresenta a proposta da saúde mental no DF, consistente em ampliar a rede de assistência às pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais, conforme orientação pertinente às ações da Reforma Psiquiátrica em todo Brasil. Essa ampliação inclui dois aspectos fundamentais: implantação da rede de serviços substitutivos em saúde mental e a capacitação da rede básica de saúde numa perspectiva do olhar em saúde mental (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 364-388).

Para a condução desse processo de reorientação da assistência é fundamental a implantação de uma ampla rede de serviços, que pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais, segundo critérios populacionais e demandas dos municípios (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 368).

No caso do DF, essa rede está ainda por ser construída. Com poucos serviços, sem articulação adequada, a rede de saúde mental do DF ainda não é capaz de garantir uma melhor qualidade de assistência prestada às pessoas com transtornos mentais e uma maior acessibilidade aos serviços substitutivos de saúde mental (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 368).

O DF possui uma população de 2.383.614 habitantes, distribuídos em 19 regiões administrativas. Para toda essa população, a rede de saúde mental existente é de: 1 CAPS II docente-assistencial no Instituto de Saúde Mental; 1 CAPS infantojuvenil no Centro de Orientação Médico-Psicopedagógico – COMPP; 1 CAPS de adolescente – Adolescento; 1 CAPS Álcool e Drogas em Sobradinho; 1 CAPS II em Taguatinga; 1 CAPS II no Paranoá; 24 leitos de psiquiatria no Hospital de Base; 128 leitos psiquiátricos no Hospital São Vicente de Paula – HSV; e ambulatorios em hospitais gerais em algumas Regionais de Saúde. Verifica-se que essa rede é insuficiente para a demanda de saúde mental do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 369).

A orientação do Ministério da Saúde é de que a composição de uma rede de serviços em saúde mental deve considerar, em primeiro lugar, o porte do município em questão. O Distrito Federal é um dos 14 maiores aglomerados urbanos do país, necessitando, portanto, de uma rede de saúde mental complexa, diversificada, integrada e resolutiva (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 388).

Em relação aos parâmetros estabelecidos pelas normas do Ministério da Saúde para implementação de uma rede que garanta boa cobertura, deve-se considerar os seguintes critérios populacionais: CAPS I, de 20 a 70 mil habitantes; CAPS II, de 70 a 200 mil habitantes; CAPS III, acima de 200 mil habitantes; CAPSi, acima de 200 mil habitantes; e CAPSad, acima de 100 mil habitantes (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 388).

Portanto, na classificação de CAPS por 100 mil habitantes, verifica-se que o DF encontra-se em penúltimo lugar, o que representa uma baixíssima cobertura desses serviços. Diante desses parâmetros, se constata a necessidade de urgente ampliação do número de serviços, bem como uma articulação em rede dos serviços já existentes (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 388).

Além disso, verifica-se que os CAPS existentes trabalham de forma ambulatorial, demandando uma discussão lógica de funcionamento desses serviços e melhor articulação deles na rede de serviços de saúde mental e da saúde. Segundo consta no Plano Diretor de Saúde Mental “[...] o DF possui baixa cobertura de Equipes de Saúde da Família (8,3%) e de Agentes Comunitários de Saúde (17,7%) e não conta com nenhum serviço residencial terapêutico” (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 373-375, grifo nosso).

No que se refere à assistência hospitalar no DF, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/ Psiquiatria (Portaria GM n 251/02) constata sérios problemas no Hospital São Vicente de Paulo – HSVP, tanto em relação à estrutura física como em relação ao projeto terapêutico individual e institucional, bem como com relação à dinâmica da instituição (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 373-375).

Com a ausência de serviços extra-hospitalares, há ainda uma sobrecarga de internações no HSVP, que responde por 60% do atendimento do DF. Verifica-se também que a demanda tem sido bastante superior à capacidade instalada no hospital. Em

vistorias recentes feitas pelo Ministério Público foi constatada grave situação com relação à infraestrutura: infiltrações, goteiras, alagamentos, risco de desabamento do teto, falta de iluminação, entre outros. Além disso, foi constatada falta de medicamentos, com fornecimento descontínuo e precário. *A concentração do atendimento em um único serviço de natureza hospitalar constitui o principal problema da rede do DF* (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 373-375, grifo nosso).

Em tal Plano Diretor foram apresentadas pela GESAM/DF as seguintes propostas: implantação de leitos em Hospital Geral; implantação de 15 serviços residenciais terapêuticos para acolher os usuários egressos de hospitais psiquiátricos; implantação de ações de saúde mental na atenção básica, com o apoio matricial dos CAPS às equipes de Saúde da Família, bem como com a articulação do Programa Vida em Casa, hoje vinculado ao HSVP, com as ações da atenção básica; descentralização dos serviços do HSVP e a consequente diminuição do número de pessoas atendidas nesse hospital; formação de recursos humanos, com a qualificação de profissionais e de serviços; e financiamentos diversos para os serviços de saúde mental, sobretudo para a implantação da rede de CAPS (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 376-379).

A par de todas as propostas para implementação no DF da assistência à saúde mental constarem do próprio Plano Diretor – 2007 a 2011, a verdade é que, mesmo decorrido mais de 4 anos do plano proposto, a Secretaria do DF em nada avançou, persistindo

o quadro de absoluta desassistência na área de saúde mental, com a consequente violação reiterada de direitos humanos (DISTRITO FEDERAL, 2010b).

Diante de tal quadro, o MPDFT ajuizou, em 4 de maio de 2010, a ACP nº 2010.01.1.067203-4, visando a condenar o DF (Secretaria de Estado de Saúde) a implantar 25 residências terapêuticas e 19 CAPS, bem como a constituir equipes multidisciplinares para atuação nas Unidades de Serviços Residenciais Terapêuticos, suficientes a garantir o efetivo serviço na medida das necessidades e atividades desenvolvidas pelas unidades. Tal ação encontra-se em trâmite perante a Primeira Vara da Fazenda Pública do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2010b).

2.2 Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2011-2015

Em fevereiro de 2013 foi anexado ao Procedimento Interno nº 08190.135128/11-50, instaurado na PROSUS, o Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2011 a 2015, da GESAM/DF (2010), que apresenta um diagnóstico situacional da saúde mental no DF.

A rede de serviços substitutivos em saúde mental, no DF, é atualmente composta por onze serviços de Atenção Psicossocial, sendo seis CAPS cadastrados no Ministério da Saúde, da seguinte forma: um CAPS I no Instituto de Saúde Mental (ISM); um CAPS Infantil (CAPSi) no Centro de Orientação Médica Psicopedagógica – COMPP; dois CAPS II, em Taguatinga e Paranoá; e dois CAPS Álcool e Drogas (CAPSad) no Guará e Sobradinho. Os outros

cinco serviços encontram-se em funcionamento, atendendo a população, e estão em processo de cadastramento como CAPS II, em Planaltina, Samambaia e Gama, e como CAPSad, em Ceilândia e Santa Maria. Segundo o Plano Diretor de Saúde Mental “[...] *não há CAPS III (24 horas), nem Residência Terapêutica (RT), o que, somando à baixa cobertura de CAPS, compromete a atenção em saúde mental no DF*”. (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 430, grifo nosso).

Tabela do Ministério da Saúde, contida no referido Plano Diretor, indica a cobertura relativa aos seis CAPS cadastrados. Considerando o total real de 11 serviços de atenção psicossocial e uma população de 2.5000.000 habitantes, a cobertura do DF é de 0,44. Segundo parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, tal cobertura é considerada regular/baixa, porém significa um aumento de mais de 80% de serviços de 2 anos (2008-2010) (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 431).

Para atenção a crianças e adolescentes, além do CAPSi e do ambulatório no COMPP, há o Ambulatório do Núcleo de Apoio Terapêutico – NAT, para a população materno-infantil no Hospital Regional da Asa Sul – HRAS, e o ADOLESCENTRO, para as questões relativas à violência e ao uso abusivo de álcool e outras drogas (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 432).

A única Emergência Psiquiátrica do DF funciona no HSVP, com 56 leitos. Tal hospital ainda não permite acompanhantes aos internos e obriga o uso de uniformes. O Hospital de Base – HBDF, dispõe de 11 leitos no Pronto-Socorro, porém só atende pessoas

que apresentem quadros psiquiátricos associados a quadros nosológicos gerais (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 432).

Quanto aos leitos psiquiátricos, estão ainda concentrados na Enfermaria e no Hospital-Dia (HD) do HSVP, que oferta um total de 72 leitos. A Enfermaria Psiquiátrica do HBDF oferece 24 leitos, mas, a exemplo de seu Pronto-Socorro, só atende comorbidades (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 432).

A população conta ainda com o Núcleo de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas – NAUAD, que não é apenas uma unidade de Saúde Mental, mas um serviço de assistência para indivíduos desfilados socialmente, em geral, crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de drogas, principalmente o crack (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 433).

Nove Hospitais Regionais – Gama, Planaltina, Sobradinho, Paranoá, Taguatinga, Ceilândia, Brazlândia, HRAN e HBDF – têm ambulatórios de psiquiatria, além dos ambulatórios do HSVP, do ISM, do Centro de Saúde da Vila Planalto e do Centro de Saúde de São Sebastião (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 434).

Essa Regional conta ainda com um grupo de três profissionais que realiza o matriciamento junto às equipes da Estratégia Saúde da Família, por quem a população é atendida. Da mesma forma que em São Sebastião, a Regional de Samambaia conta com uma equipe de matriciamento para as questões de saúde mental. Na Regional Recanto das Emas o matriciamento é realizado por uma equipe de ISM (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 434).

Também no ISM há a Casa de Passagem, que abriga 30 pacientes oriundos da extinta Clínica Planalto, do Nosso Rancho, da Casa de Davi e da Ala de Tratamento Psiquiátrico da Vara de Execuções Penais. Essas pessoas são portadoras de transtornos mentais severos, alguns crônicos, e a maioria delas não tem família, ou a família não tem condições de acolhê-los. Originalmente essa Casa foi implantada, como se pode inferir pelo nome, para abrigar provisoriamente as pessoas egressas desses locais, até que fosse definido seu encaminhamento. A proposta é que sejam resgatados os vínculos sociais preexistentes para facilitar sua reinserção, ou, caso não mais existam, que a residência terapêutica possa ser o espaço de inclusão. Como ainda não há residências no DF, a estadia da maioria das pessoas da Casa se prolonga, impedindo que o fluxo da proposta tenha continuidade (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 434).

No âmbito da atenção domiciliar, há atualmente no DF 183 beneficiários do Programa de Volta para Casa, 410 pessoas atendidas pelo Programa Vida em Casa e 2.358 pacientes cadastrados no Grupo de Acompanhamento Pós-Internação – GAPI (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 435).

Quanto ao Sistema Penitenciário no DF, segundo informações da Gerência de Saúde no Sistema Prisional/DIAPS/SAPS há cerca de 9.074 detentos distribuídos em seis estabelecimentos: Centro de Detenção Provisória, Penitenciária do DF I, Penitenciária do DF II, Centro de Internamento e Reeducação, Centro de Progressão Penitenciária, Penitenciária Feminina do

DF e Ala de Tratamento Psiquiátrico. Entre os detentos, 749 fazem uso de medicações psicotrópicas, configurando um elevado índice dentro da população penitenciária (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 436).

A equipe de saúde lotada no Sistema Penitenciário é composta por: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, cirurgião dentista, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional e dois farmacêuticos. Além desses profissionais, a Lei de Execuções Penais prevê o psiquiatra para atender todas as unidades. Esses profissionais foram capacitados em saúde mental para oferecer atendimento de qualidade a essa população (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 437).

Entre os estabelecimentos prisionais citados há uma única unidade destinada às pessoas presas que apresentam transtorno mental e cumprem medida de segurança, a Ala de Tratamento Psiquiátrico – ATP. Alguns egressos da ATP estão atualmente na Casa de Passagem, localizada no ISM (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 437).

Na Penitenciária Feminina do DF, a assistência em saúde mental é direcionada para o público feminino e para aproximadamente 96 internos com transtorno mental que cumprem medida de segurança na Ala de Tratamento Psiquiátrico. Já no Complexo da Papuda há quatro unidades prisionais, que correspondem a 82,76% da população penitenciária do DF, com 7.510 detentos. Desses, 513 fazem uso de medicação controlada. A Gerência de Saúde Mental, como responsável técnica, trabalha

em parceria com a Gerência de Saúde Prisional para elaborar ações em saúde para essas pessoas em situação de aprisionamento (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 437).

Quanto à força de trabalho das Unidades de Saúde Mental no DF, o Plano Diretor de Saúde Mental do DF 2011-2015 constata que é possível perceber que predominam psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais na composição dos CAPS, enquanto predomina o profissional médico e de enfermagem no Ambulatório e na Emergência do HSVP (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 440).

Em relação às atividades assistenciais prestadas na rede de Saúde Mental no DF, o Plano Diretor (2010a, p. 445) narra o esforço das equipes no sentido de executar as atividades orientadas pela Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde. Assim, praticamente todos os CAPS desenvolvem atendimento individual (do tipo acolhimento, avaliação clínica, construção de Planos Terapêuticos Individuais, psicoterapia, e terapia familiar “em casos pontuais, de crise e de emergência”).

Segundo o Plano Diretor (2010a, p. 445) as atividades em grupo são variadas e realizadas por todos os serviços substitutivos, quais sejam: grupos de convivência, de socialização e de “boas vindas”, reabilitação cognitiva, terapia comunitária e psicoterapia em grupo, atividade física, horta e futebol, além de oficinas de pintura lúdica e em tecido, artesanato, malharia, trabalhos manuais, bijuterias, tapeçaria, tecelagem, culinária, jornal, cinema, música e teatro. As oficinas de malharia, bijuterias, tapeçaria, tecelagem

e culinária têm, também, o propósito de promover a reinserção social dos pacientes por meio de atividades produtivas.

Com esse propósito de contribuir para a reinserção social dos pacientes, além das “oficinas de geração de renda” e das “ações de fortalecimento da rede social” são também organizados grupos de convivência e de socialização, eventos (confraternizações em datas comemorativas, envolvendo familiares e comunidade), assembleias de usuários e atividades de produção cultural, além de “passeios” que viabilizam o acesso dos pacientes à cultura e lazer (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 445).

O Plano Diretor (2010a, p. 445) narra que a Atenção Domiciliar é realizada, com muitas dificuldades, pelo Programa Vida em Casa e encontra-se implantado no HSVP e ISM e pelo Grupo de Acompanhamento Pós-Internação (GAPI). Visando articular e qualificar a atenção em Saúde Mental, estão estruturadas equipes matriciais nas Regionais de Saúde de Samambaia, São Sebastião e Recanto das Emas.

Conforme descrito no Plano Diretor (2010a, p. 446), o HSVP e o ISM são as duas unidades mais complexas da rede de serviços de saúde mental do DF. O HSVP é a “unidade psiquiátrica por excelência”, pois conta com mais de 20 psiquiatras, 20 enfermeiros e 9 psicólogos, bem como oferece a maior variedade de serviços, como o Grupo de Assistência Pós-Internação - GAPI, Equipe Matricial, Programa Vida em Casa - PVC, Enfermaria, Pronto-Socorro e Hospital-Dia. Tal nosocômio realiza, ainda, acolhimento, atendimento psiquiátrico e psicológico, de

enfermagem, terapia ocupacional e serviço social, mas também atua em grupos e dá orientação às famílias.

O ISM é também uma grande unidade que possui 7 psiquiatras, 11 enfermeiros, 49 técnicos e outros 10 profissionais de nível superior. Além de ocupar um excelente espaço físico no Riacho Fundo, abriga uma variedade de serviços como o CAPS I, Equipe Matricial, PVC, Ambulatório e Casa de Passagem. Também realiza atendimentos individuais, como acolhimentos, atendimento psiquiátrico, psicológico, de enfermagem e serviço social, e em grupos, além de busca ativa e acompanhamento de pacientes em avaliações médicas (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 446).

Além de apresentar um diagnóstico da situação atual da rede de saúde mental no DF, compõe o Plano Diretor de Saúde Mental do DF 2011-2015 a identificação de problemas relevantes, que foram selecionados e analisados pelos participantes do Planejamento Estratégico, quais sejam: dificuldade de acesso aos cuidados de saúde mental, concentrados no HSVP e em um número insuficiente de serviços substitutivos; processo de trabalho de atenção em saúde mental sem um claro padrão de qualidade definido; baixa efetividade das ações de reinserção social; e problemas relacionados à gestão dos serviços e recursos (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 480).

Diante de tais problemas e considerando que a Atenção em Saúde Mental tem recebido poucos investimentos estruturantes ao longo de anos, o referido Plano Diretor (2010a, p. 481) apresenta propostas para a readequação da rede de saúde mental.

Visando à ampliação do acesso à rede de serviços de Saúde Mental, o Plano Diretor propõe as seguintes ações: implantação de 40 CAPS no DF (CAPS I, II e III, CAPSad e CAPSi), que, somados aos 6 CAPS cadastrados, totalizarão 46 CAPS; implantação de 15 Residências Terapêuticas, que abrangerão regiões administrativas como o Gama (1), Taguatinga (2), Sobradinho (1), Planaltina (2), Paranoá (1), Ceilândia (2), Guará (1), Samambaia (1), Santa Maria (1), São Sebastião (1), Recanto das Emas (1) e Riacho Fundo (1); implantação de fluxo de emergência em Saúde Mental infanto-juvenil; habilitação dos Serviços os Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – SHRad; territorialização dos serviços de Saúde Mental e matriciamento dos serviços de Atenção Básica; levantamento e compra de equipamentos/mobiliários para adequação dos novos serviços; e readequação/contratação de recursos humanos para compor os novos serviços e adequar os já existentes (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 481).

O Plano Diretor esclarece que o atual desafio é expandir e qualificar a rede de atenção integral em saúde mental às pessoas acometidas de sofrimento psíquico no DF. Para tanto, busca-se reorganizar o sistema por meio da realocação dos recursos físicos, humanos e financeiros, de modo a atender os princípios e diretrizes do SUS. Tal Plano afirma que a meta definida é de 100% da capacidade instalada ao final de 2015 (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 481).

O Plano Diretor afirma que a Gerência de Saúde Mental - GESAM, trabalhou junto com a Coordenação Geral de Engenharia em Saúde na elaboração de planta baixa para definir os custos da implantação dos 40 CAPS e 15 Residências Terapêuticas. Foi feito o cálculo de custo por unidade: R\$ 2.300.000,00 por CAPS e R\$ 1.200.000,00 por RT.

Considerando os altos valores para implantação dos CAPS e RTs, nos moldes acima descritos, a GESAM solicitou à Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle – SUPRAC que seja feita a substituição da categoria de gastos de construção para aquisição de imóvel. Segundo referido documento, tal solicitação se justifica em razão da otimização de recursos para aumentar o número de serviços substitutivos no DF, com consequente ampliação do acesso às ações de saúde mental pela população (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 490).

No que se refere à habilitação dos serviços Hospitalares de Referência para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – SHRad, o Plano Diretor estabelece que, com base na Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009, que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS, a proposta é que os Hospitais Regionais de Ceilândia, do Paranoá, do Gama, de Sobradinho, o HRAN e o HUB sejam habilitados como serviços hospitalares de referência para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas e recebam os recursos específicos do Ministério da Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 490).

No que se refere à territorialização dos serviços de Saúde Mental e matriaciamento dos serviços de Atenção Básica, referido documento prevê que, conforme parâmetros estabelecidos pela Coordenação Nacional de Saúde Mental e pela Coordenação de Gestão da Atenção Básica do Ministério da Saúde, a atenção em saúde mental deve ocorrer dentro de uma rede de cuidados, em virtude da complexidade de fatores desencadeantes do sofrimento, aos quais a equipe do serviço especializado não tem acesso. Para maior adesão e vínculo, a organização das instâncias de saúde deve atender a essa complexidade e incluir a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatorios, os centros de convivência, grupos comunitários e demais recursos disponíveis para lidar com a amplitude e profundidade das questões subjetivas de sofrimento de indivíduos (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 490).

Tal ação visa fortalecer a ideia de interlocução entre os diversos serviços de saúde, priorizando uma rede mais horizontalizada e diversificada, aspectos que viabilizam uma atenção mais humanizada e potencializada dentro do próprio território (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 490).

A partir dos pressupostos da Política de Humanização do SUS, vigente desde 2003, propõe-se como novos arranjos a equipe matricial e a equipe de referência, no sentido de mudar a lógica burocrática de encaminhamento instituída no modelo anterior de gestão, aspectos que geraram o não comprometimento,

dificuldades de comunicação e sobrecarga em vários pontos do sistema de saúde (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 490).

A Equipe Matricial consiste em um grupo de profissionais de diversas especialidades que visa oferecer suporte e orientação às equipes de saúde da atenção básica no acompanhamento, prevenção e promoção da saúde mental. O matriciamento visa proporcionar apoio e autonomia aos profissionais da atenção básica nas ações de saúde mental por meio de capacitações em serviço, discussões de casos e demais aparatos de suporte e de formação continuada (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 490).

Já a Equipe de Referência constitui-se em um grupo de profissionais da unidade básica de saúde, responsável direto pela atenção integral e condução dos casos, que oferece espaço privilegiado de acolhimento e vínculo aos usuários de seu território. Em atuação complementar, a equipe matricial auxilia na construção de estratégias terapêuticas específicas e no desenvolvimento de ações compartilhadas. Logo, “[...] a responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde mental pela equipe local.” (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 490).

O Plano Diretor dispõe que, de acordo com as orientações do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde, no caso de municípios onde o número de CAPS é insuficiente para garantir o apoio matricial a todas as equipes de atenção básica, é possível compor esse apoio com a implantação

de equipes de apoio matricial e/ou planejar a expansão do número de CAPS. Já onde não houver serviços de saúde mental haverá a criação de equipes de apoio matricial compostas, no mínimo, por um médico psiquiatra (ou generalista com capacitação em saúde mental), dois técnicos de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro etc.) e auxiliares de enfermagem, para no mínimo 6 e no máximo 9 equipes de PSF ou grupos populacionais entre 15 a 30 mil habitantes (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 490).

Em consonância com tais orientações o Plano Diretor recomenda, como estratégia de fortalecimento da rede de serviços, a criação de equipes matriciais vinculadas a cada um dos CAPS da rede de serviços de saúde e vinculada a unidades do Programa Saúde da Família, sendo que sua configuração deve ser regulamentada pelos critérios demográficos já mencionados, para que seja mantida sua base territorial e capacidade (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 496).

Visando a qualificação do cuidado em saúde mental, o Plano Diretor da GESAM/DF propõe as seguintes ações: ampliação de novas estratégias assistenciais nos serviços de saúde mental (grupos de convivência, terapia comunitária etc.); criação de protocolos assistenciais padronizados (com reformulação de indicadores de produção e classificação de risco); implementação de supervisão clínica institucional; e implantação de programa de formação inicial e de educação permanente na rede de saúde mental (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 490).

Buscando a promoção da reinserção social dos pacientes, o Plano Diretor propõe ações visando o mapeamento e articulação com a rede social da área de abrangência dos serviços de Saúde Mental; o apoio à implementação de projetos de produção cultural promovidas pelos serviços e associações de usuários por meio de Programa de Incentivo; a promoção de oficinas de geração de renda em todos os serviços de saúde mental, entre outros mecanismos de reinserção social dos pacientes no mercado de trabalho; a informação à população sobre os transtornos mentais e ampliação da visibilidade da questão na sociedade – Dia de Luta Manicomial; bem como a corresponsabilização/participação de familiares e ou responsáveis no processo terapêutico e de reinserção social dos usuários atendidos nos serviços de saúde mental (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 500).

Com vistas à reinserção social dos pacientes acometidos de transtorno mental no DF, o Plano Diretor propõe que sejam organizados os processos no sentido de mapear e articular a rede social da área de abrangência de todas as Unidades de Saúde Mental, o que implicaria realizar oficinas de territorialização entre os serviços na perspectiva da intersetorialidade, apoiar a implementação de projetos de produção cultural promovidos pelos serviços e associações de usuários por meio de Programa de Incentivo, participar da organização de agenda local de eventos culturais, de forma a inserir oficinas com suas equipes na participação e construir instrumentos de parceria com as ONG da área na execução orçamentária (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 500).

Quanto à capacitação o Plano Diretor (2010a, p. 500) prevê que será necessário promover oficinas de geração de renda, entre outros mecanismos de reinserção social dos pacientes no mercado de trabalho, bem como fazer levantamento das atividades das oficinas atuais e a análise de trabalho desenvolvido como gerentes, profissionais e usuários dos serviços.

Na perspectiva da sociedade, referido documento preconiza que será necessário informar a população sobre os transtornos mentais e ampliar a visibilidade do problema na sociedade, o que pode ser feito utilizando recursos das várias mídias para comunicação entre a sociedade e os serviços. O Plano Diretor (2010a, p. 500) salienta que a introdução dessas práticas no território como atividades cotidianas dos serviços facilita a promoção da reinserção social com o olhar e vivência de quem traz uma história particular.

Objetivando a reorganização e gestão da rede de serviços, referido Plano Diretor propõe as seguintes ações: definição de atribuições dos diversos níveis de atuação dos serviços de Saúde Mental; promoção de mecanismos de comunicação entre os serviços de Saúde Mental; registro correto da informação e informatização de 100% dos serviços em Saúde Mental; abastecimento de 100% dos medicamentos constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, a todos os serviços de Saúde Mental; estabelecimento de métodos de padronização e controle de medicamentos; melhoria da gestão da força de trabalho; negociação com Superintendência de Gestão

e da Participação Social – SUGEPS para realização de concurso específico para a Saúde Mental; e ampliação dos espaços à participação ativa dos profissionais, usuários e familiares nos serviços e no Programa de Saúde Mental (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 500).

O Plano Diretor estabelece que as ações acima descritas serão construídas por meio da execução de atividades como: definição da responsabilidade sanitária em saúde mental para cada serviço, de acordo com os critérios geográficos, entre outros; agendamento sistemático de reuniões de serviços de saúde mental; criação de mecanismos de comunicação ágil entre os serviços (e-mail e grupos dos serviços); promoção de reuniões dos serviços com a Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle – SUPRAC no sentido de definir o registro adequado das informações; realização de reuniões com a Diretoria de Assistência Farmacêutica – DIASF e os serviços de saúde mental para organizar a distribuição adequada das medicações na rede (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 500).

Quanto ao investimento em recursos humanos, o Plano Diretor (2010a, p. 500) frisa que é importante a manutenção dos cursos de atualização e de capacitação dos profissionais, priorizando áreas críticas, bem como a criação de proposta de edital para concursos em saúde mental adequados às necessidades da SES e respeitando a legislação vigente.

O Plano Diretor de Saúde Mental (2010a, p. 509) apresenta, ainda, a proposta de fluxo operacional de acesso à rede de Saúde

Mental, que deverá se pautar nos seguintes princípios: acolhimento universal; acesso por demanda espontânea ou encaminhamento de diversas instituições; construção contínua da rede de Saúde Mental; e cuidado baseado no território, considerando a necessidade de ações intersetoriais.

Propõe-se que no acolhimento em Saúde Mental deve-se tomar um cuidado importante: rejeitar o velho critério do agendamento conforme a fila por ordem de chegada, pois é preciso avaliar não só qual o atendimento necessário, mas também o grau e a premência dessa necessidade (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 509).

O acolhimento, quando na unidade básica, pode ser feito por qualquer profissional de saúde. Nos CAPS, que atendem casos de maior complexidade, é sempre feito por um profissional de Saúde Mental. Após a primeira abordagem, o técnico que o acolheu poderá necessitar do apoio imediato de um outro profissional, ou tomar ele próprio as primeiras decisões quanto às condutas a serem adotadas.

O Plano Diretor estabelece que após o acolhimento e o devido encaminhamento para a unidade de saúde mental de referência, o técnico de referência será o responsável por estabelecer e sustentar o vínculo com o paciente, bem como por estabelecer junto com ele as linhas de seu projeto terapêutico individual, definindo a frequência dos atendimentos e do comparecimento ao serviço. Ressalta-se, ainda, que contatos com familiares e outras pessoas/serviços de sua rede social são extremamente importantes para o sucesso do tratamento (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 510).

O Plano Diretor prevê o fluxograma de atendimento na rede de Saúde Mental. Se o usuário for identificado na visita domiciliar ou acolhido na UBS com os seguintes perfis: usuário crônico de benzodiazepínicos ou antidepressivos, neurótico ou psicótico, usuário de álcool e outras drogas, egresso de serviço de saúde mental, usuário “problemático” ou “em crise”, deverá ser encaminhado para avaliação pela ESF, com apoio do profissional de Saúde Mental. Em seguida o paciente deverá ser encaminhado para o CAPS se houver a confirmação do diagnóstico, para definição do projeto terapêutico e acompanhamento, ou se o usuário tiver sido atendido no serviço hospitalar ou de urgência/emergência (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 510).

Se o paciente estiver de alta do CAPS ou de um serviço de saúde mental ambulatorial, referido documento estabelece que, se houver necessidade de atendimento de urgência em caso de crises, o paciente deverá ser reencaminhado para o CAPS. Se tal fato acontecer no período noturno, finais de semanas e feriados, o paciente poderá ser encaminhado para os CAPS 24 horas ou para o pronto socorro do HSVP e, em caso de comorbidades com quadro clínico, encaminhado para a Unidade de Psiquiatria do HBDF (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 510).

O Plano Diretor dispõe que a Gerência de Saúde Mental iniciou um processo de qualificação e ampliação dos serviços no Entorno por meio de participação no Colegiado de Saúde da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE. O resultado desse processo de construção com

os municípios do Entorno apresentou-se com a implantação dos CAPS nos seguintes municípios: Águas Lindas, Cristalina, Formosa, Unai, Padre Bernardo, Luziânia e Buritis. No entanto, ressalta que “[...] faz-se mister continuar investindo na ampliação do acesso e na qualificação do processo de gestão dos municípios envolvidos” (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 510).

Em suas “Considerações Finais”, o Plano Diretor de Saúde Mental do DF (2010a, p. 510) dispõe que dois itens devem fazer parte do elenco de um projeto de atenção com qualidade em saúde mental: “identificar dados de uma rede reprimida e tentar organizar as forças possíveis no sentido de construir um Sistema Único de Saúde que possa atender a toda a população do Distrito Federal”.

E, tendo em vista que o cotidiano dos serviços irá apresentar demandas diversas, tal Plano Diretor estabelece que caberá ao seu gestor acompanhar adequadamente as ações, os resultados e tomar as medidas necessárias para implementar uma rede de saúde de base comunitária e com práticas territoriais articuladas também intersetorialmente. A ação territorial pode significar para muitos usuários dos serviços de saúde mental uma retomada dos espaços sociais e a consequente assunção do seu papel na sociedade (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 510).

Por fim, a GESAM/DF dispõe que o Plano Diretor de Saúde Mental do DF 2011-2015 é resultado de um processo de planejamento estratégico que contemplou a participação de usuários, familiares, trabalhadores e gestores e que suas propostas

serviram para os debates nas Conferências Regionais de Saúde Mental, que, por sua vez, produziram as bases de discussão da Conferência de Saúde Mental do DF. Ressalta, ainda, que “as propostas aprovadas foram encaminhadas ao Conselho de Saúde do Distrito Federal e compuseram o rol de propostas nacionais apreciadas na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, em junho último” (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 510).

3 Cidadania

A possibilidade de se pensar na saúde mental por um outro paradigma, o da construção da cidadania, aumenta a possibilidade de intervenções, as quais ultrapassam a medicação e a psicoterapia (MOTA; BARROS, 2013).

A saúde mental tem buscado ocupar um espaço privilegiado na discussão do exercício da cidadania dos pacientes com sofrimento psíquico. Esse movimento está atrelado às transformações do modelo assistencial que, por consequência, busca modificar a forma de relação que existe entre pacientes e técnicos, técnicos e familiares, técnicos e sociedade civil, pacientes, familiares e a sociedade civil (MORENO; SAEKI, 1998).

A cidadania traz em seu bojo as questões dos direitos civis, políticos e sociais. A esses direitos vêm atrelados os deveres, que consistem em uma luta constante para se fazer que esses direitos sejam respeitados por meio dos movimentos sociais, da responsabilidade de cumprir normas propostas e elaboradas

coletivamente e, ainda, incorporar novos conteúdos para serem agilizados no interior desses movimentos (MORENO; SAEKI, 1998).

O conceito de cidadania tem origem na Grécia clássica e foi ampliado ao longo da história, passando a abranger um conjunto de valores sociais que determinam o conjunto de deveres e direitos de um cidadão.

A origem da cidadania é atribuída à polis grega. Dessa forma, o surgimento da vida nessa cidade, a necessidade de regular os direitos e deveres dos homens, assim como o fato de tomar decisões, fizeram que os cidadãos gregos participassem ativamente da esfera pública. Todavia, os gregos não permitiam uma amplitude do conceito de cidadão, vez que tal restrição segregava as mulheres, crianças e escravos. Fustel de Coulanges, ao ensinar sobre a sociedade grega, afirma que cidadão era “[...] todo homem que participava do culto da cidade, e dessa participação provinham todos os seus direitos civis e políticos”. Com o caminhar da história, o desenvolvimento da sociedade em que a burguesia ascende e substitui o modelo feudal, o exercício da cidadania recebe outros contornos. A Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão (1789) evidencia a separação da personalidade jurídica (*status personae*) em relação à cidadania (*status civitatis*).

[...] A mencionada separação longe está de ser apenas uma distinção entre termos, mas uma afirmação pela defesa do ser em face do Estado, algo plenamente justificável diante do sentir de ideias e atitudes tirânicas.

Ao separar o homem do cidadão nasce uma concepção individualista deste, ou seja, “o indivíduo torna-se praticamente um ser sem nenhum dever para com a sociedade”. A respectiva noção recebe reforço com a obra *Citizenship and Social Class*, 1950, em que Marshall definiu a cidadania como um status, ou seja, algo que confere ao homem a existência igualitária de direitos e obrigações. Contudo, tais deveres apenas seriam cobrados em situações extremas, como, por exemplo, na guerra.

Em outras palavras, para Marshall, o cidadão possuía um extenso rol de direitos em contraposição a algumas obrigações para com o corpo social.

Percebe-se que a noção de cidadania (individualizada) ainda possui assento em diversos segmentos sociais, aflorando-se, apenas, na forma política mais comum, qual seja, o voto. Não parece razoável admitir que a cidadania esteja resumida no direito político de votar e ser votado. Para muito além é necessário o caminhar, principalmente quando se depara com um Estado cada vez menos capaz de assegurar a todos os benefícios de outrora.

Para Leonardo Prota, a cidadania é formada com a soma de três ingredientes, quais sejam: “não há direitos sem deveres; a cidadania não é outorgada, mas conquistada; e essa conquista só se realiza pela educação”. Permite-se dizer que três também são às características centrais da cidadania: quais sejam: a *identidade*, ou seja, cada pessoa sendo livre e autônoma e, por consequência, afastando-se da servidão; a *integração social*, uma vez que o indivíduo deve sentir e saber de sua importância perante a comunidade e, por último, a *superação*, traduzida na vontade de buscar algo a mais, superar os obstáculos e vencer.

Reinventar a cidadania é tarefa urgente, imprescindível para que se permita construir uma sociedade responsável, preocupada e solidária com o próximo. Daquele modelo excludente (grego) para um pacto de inclusão cidadã faz-se mister algumas reformulações. A começar, a cidadania deixa de ser algo dado, estático e passa a ser apreendida e sentida diante do mundo vivido, da dimensão política. Ora, não se entende como razoável a definição de uma cidadania incapaz de realizar os movimentos e mudanças socialmente exigidas.

Em segundo momento, a cidadania precisa abandonar o status de direitos políticos para albergar todo o rol dos direitos e deveres dos homens. Assim, a cidadania deixa de ser realizada através do eleitor, somente nos períodos de eleição, e passa a ser sentida na participação diária, no cotidiano.

Por fim, abandona-se a cidadania individual pelo nascimento de um conceito plural, capaz de abranger os mais variados grupos, classes e minorias sociais. A partir das alterações mencionadas, fértil estará o campo para que floresçam ações de inclusão política e social. (SOUZA, 2008, p. 32-34).

No entender de Belfort (2010), a cidadania tem uma estreita relação com o Estado Democrático de Direito, pois permite a efetiva participação do cidadão nas resoluções do Estado. O exercício da cidadania serve à democracia quanto à organização e objetivos de um Estado Democrático de Direito, que busca, teoricamente, o equilíbrio, a liberdade e a igualdade, tendo como centro o cidadão e os seus direitos fundamentais e inalienáveis de pessoa humana.

A verdade é que, no mundo dos fatos jurídicos, no processo da história do Direito, o Estado Democrático de Direito somente se realizará no Brasil, como em qualquer país, quando não só os direitos políticos, mas todos os direitos fundamentais, inclusive os políticos, estiverem convertidos em direitos humanos difusos, integrais, recíprocos, solidários: verdadeiros direitos de todos que, por serem apoiados em deveres de todos que lhe sejam correspondentes, possam assim, quanto à titularidade, sujeitar todos os indivíduos da espécie humana e, quanto ao objeto, apreender todos os valores da *dignidade humana* (BELFORT, 2010, p. 284-285, grifo nosso).

3.1 A Cidadania como Direito Fundamental

Os direitos fundamentais constituem uma categoria jurídica, constitucionalmente erigida e vocacionada à proteção da dignidade humana em todas as dimensões. Dessarte, possuem natureza poliédrica, prestando-se ao resguardo do ser humano na sua liberdade (direitos e garantidas individuais), nas suas necessidades (direitos econômicos, sociais e culturais) e na sua

preservação (direitos à fraternidade e à solidariedade) (ARAÚJO, 2006, p. 110).

Quando se fala em direitos fundamentais se está diante de direitos humanos garantidos por um ordenamento jurídico positivo, na maioria das vezes em patamar constitucional e que gozam de uma tutela reforçada, com o papel de fundamentar o sistema jurídico político dos Estados de Direito (SOUZA, 2008, p. 187).

Nos dizeres de Canotilho (1998, p. 359):

[...] os direitos do homem arrancariam da própria natureza humana e daí o seu caráter inviolável, intemporal e universal; os direitos fundamentais seriam os direitos objectivamente (sic) vigentes numa ordem jurídica concreta.

O fato de a cidadania estar gravada no artigo 1º, inciso II, da Constituição Federal de 1988, como fundamento do Estado Democrático de Direito já é, por si só, fator suficiente para aplicação direta e imediata a todos. Jorge Miranda (1997, p. 231), ao abordar o sistema constitucional brasileiro, afirma que “[...] diversamente de todas as anteriores Constituições, a de 1988 ocupa-se dos direitos fundamentais com prioridade em relação às demais matérias”.

Dessa maneira, entender a cidadania como direito fundamental é, também, proteger de forma objetiva a dignidade da pessoa humana, uma vez que não se tem vida digna sem a participação ativa nos rumos da própria história. Ao cidadão não se pode permitir um existir passivo, descompromissado com os próprios rumos (SOUZA, 2008, p. 36).

Portanto, uma vez que os direitos fundamentais são “[...] os pressupostos elementares de uma vida na liberdade e na dignidade humana [...]”, ilógico seria excluir a cidadania desse catálogo (BONAVIDES, 1999, p. 514).

Cumpre, ainda, destacar a posição de Gilmar Ferreira Mendes (2012), que, seguindo a tradição europeia sobre o tema, trabalha os direitos fundamentais como, a um só tempo, direitos subjetivos e elementos fundamentais da ordem constitucional objetiva. No primeiro aspecto significa dizer que eles outorgam a seus titulares possibilidades jurídicas de impor interesses pessoais em face dos órgãos estatais obrigados. No outro, os direitos fundamentais formam a base do ordenamento jurídico de um Estado Democrático de Direito. A primeira (subjetiva), conforme descrito acima, importa na faculdade de impor uma atuação negativa ou positiva dos titulares do Poder Público. A segunda (objetiva) vai além da perspectiva subjetiva dos direitos fundamentais como garantias do indivíduo frente ao Estado e coloca os direitos fundamentais como um verdadeiro “norte” de “eficácia irradiante” que fundamenta todo o ordenamento jurídico.

Nesses termos, os direitos fundamentais seriam, ao mesmo tempo, ora vistos como direitos de defesa (ligados a um dever de omissão, um não fazer ou não interferir no universo privado dos cidadãos), principalmente contra o Estado; mas ainda, como garantias positivas para o exercício das liberdades (e aqui, entendidos como obrigações de fazer ou de realizar) por parte do mesmo Estado. Dito de outro modo: por meio dos direitos

fundamentais um cidadão é titular de um direito subjetivo contra o Estado que estaria, por sua vez, obrigado a uma ação (prestação positiva) ou omissão (prestação negativa) (FERNANDES, 2011, p. 229).

Porém, outra leitura pode, ainda, ser desenvolvida. Nessa, os direitos fundamentais representam garantias fundamentais de caráter instrumental. Ou seja, eles permitiriam ao cidadão acionar os Poderes Públicos – mas principalmente o Judiciário – para a proteção de outros direitos, representando, assim, meios processuais para o reconhecimento e assecuramento de direitos (FERNANDES, 2011, p. 229).

3.1.1 Práticas de Cidadania nos Serviços de Saúde Mental – Caso Damião Ximenes Lopes

Na apresentação do livro *A Instituição Sinistra – Mortes Violentas em Hospitais psiquiátricos no Brasil* (SILVA, 2001), este se intitula como um alerta para toda a sociedade e leitura imprescindível para quem quiser saber o que realmente ocorre dentro dos muros dos manicômios. Publicado pelo Conselho Federal de Psicologia, o livro apresenta relatos de crimes ocorridos dentro dos muros dos hospitais psiquiátricos no país, elaborados por entidades de Direitos Humanos ligadas à luta antimanicomial. Ao todo são sete casos contados por profissionais que convivem com a terrível realidade dessas instituições.

O segundo caso relatado em tal obra é o de Damião Ximenes Lopes, 30 anos, na Casa de Repouso Guararapes, em

Sobral (CE). O impacto da morte de Damião repercutiu em todo país por meio de denúncia pública procedida pela mãe e irmã da vítima, as senhoras Albertina Viana Lopes e Irene Ximenes Lopes Miranda. Movida pela dor, nas circunstâncias brutais da perda, a família de Damião passa a revelar toda estrutura miserável que tipifica as relações e interesses ligados aos hospitais psiquiátricos. O caso de Damião foi pesquisado pelo Diretor do Instituto Franco Basaglia do Rio de Janeiro, Milton Freire Pereira (SILVA, 2001).

Em referido livro, Irene Ximenes Lopes Miranda, irmã de Damião, narra que:

Damião tinha 30 anos e sua saúde mental não era perfeita. Fisicamente era saudável e quando não estava em crise levava uma vida normal à base de remédios controlados. Era extremamente pacato, gentil e dócil. Era amado pela família e benquisto em toda a vizinhança. Ele já havia sido internado duas vezes na Clínica Guararapes e em ambas às vezes, voltou com cicatrizes que não possuía antes. Ele reclamou: “Lá dentro existe muita violência e maus-tratos; se o paciente não quer tomar o remédio, os enfermeiros batem até o doente perder as forças e aceitar o medicamento”.

No mês de setembro, meu irmão resolvera deixar de tomar os remédios, disse que lhe causavam náuseas e se sentia mal. Já estava farto de tantos remédios e afirmou com firmeza que nunca mais tomaria medicamento algum. Esta decisão afetou novamente sua saúde. Ficou sem dormir, sem se alimentar, inquieto, mas não estava agressivo. Nossa mãe, por receio que ele entrasse em crise, na tarde de sexta-feira, primeiro de outubro de 1999, levou-o ao hospital acima mencionado e o deixou internado para receber cuidados médicos.

Na segunda-feira pela manhã quando ela voltou para fazer visita encontrou Damião quase morto. Ele havia sido impiedosamente espancado, estava com as roupas sujas e rasgadas, as mãos amarradas para trás e seu corpo coberto de sangue. Cheirava a sangue coagulado, a fezes e a urina. Nas fossas nasais bolões de

sangue coagulado. Ele ainda conseguiu falar e numa expressão de pedido de socorro, disse: “polícia, polícia, polícia [...]

Uma faxineira do hospital contou para mamãe que presenciou tudo; os autores da violência foram os auxiliares de enfermagem e monitores do pátio, que teoricamente são contratados para apartar brigas, mas não possuem preparo para isso.

Mamãe pediu que limpassem o sangue. Eles deram um banho nele sem sequer desamarrar as mãos e o deixaram nu. Neste interstício, ela foi procurar o médico dele, que até o momento não havia lhe dado assistência. Aflita e chorando (reação normal de uma mãe, neste caso) fez reclamações ao Dr. Francisco Ivo de Vasconcelos (CRM 3374) e pediu para que ele atendesse meu irmão. Ele grosseiro mandou ela calar a boca (sic). Então ela disse: “Mas doutor, o meu filho vai morrer”. Ele respondeu: “Vai mesmo, porque todo mundo que nasce morre. Pare de chorar, eu não assistia novela porque não gosto de choro (sic)”.

Ali mesmo, onde estava, receitou um medicamento injetável, sem ao menos ver o paciente. Vale ressaltar que o Dr. Ivo é também o diretor clínico da Casa de Repouso Guararapes [...].

Ela saiu e foi até ao Damião novamente. Ele estava jogado ao lado de uma cama, completamente nu e ainda com as mãos amarradas. Ela queria tocá-lo, mas o enfermeiro disse que ele tinha tomado a injeção e, por isso, que não o incomodasse, pois ele ia dormir. Ela foi embora e pegou o ônibus para casa, em Varjota, cidade que fica a 72 km de Sobral. Quando ela chegou em casa, já havia um telefonema do hospital, chamando-a com urgência. Então, minha mãe me ligou e contou o que havia acontecido com Damião e que tinha sido chamada para voltar a Sobral com urgência. Eu pedi a meu esposo para pegá-la em casa e levá-la para a Clínica de Guararapes. Quando chegaram lá, estava um outro médico (sic), Dr. Humberto Lacerda, que disse que não sabia de nada e tinha sido encarregado apenas de dar a notícia. Ele disse “O rapaz faleceu”. Damião havia morrido. Depois, entregou o laudo assinado pelo Dr. Ivo, em que dizia que a *causa mortis* era “parada respiratória”. Nós sabíamos que não era verdade; tratava-se de um homicídio.

Minha mãe ficou em estado de choque. Então, meu esposo foi à polícia e pediu um exame cadavérico, mas o médico legista da polícia é o mesmo da Clínica Guararapes – ou seja, o Dr. Ivo Francisco. Por isso não deu em nada. Depois, pedimos o

mesmo exame para o Instituto Médico Legal de Fortaleza. Houve o exame, mas foi incompleto, nem abriram a caixa craniana. Eu e outras pessoas vimos o corpo, depois da autópsia e havia marcas de tortura. O resultado do laudo foi manipulado, dizendo “*causa mortis* indeterminada. Sem elementos para responder”. Denunciei o crime de todas as formas e para todas as autoridades ligadas à saúde, à justiça e aos direitos humanos – inclusive para o Coordenador de Saúde Mental do Estado do Ceará, Dr. Aquino, que, após visitar a Clínica com uma equipe, constatou que aquele hospital não tinha condições de funcionar. Ele também compreende que a morte de Damião foi causada por maus-tratos e assistência precária. (SILVA, 2001, p. 130-133).

Diante das confirmações das denúncias relativas à Casa de Repouso Guararapes, o Conselho Municipal decidiu pela sua intervenção, o que ocorreu no dia 29 de fevereiro de 2000. Depois de 90 dias do trabalho da junta interventora, o Conselho Municipal de Saúde proporia a solução definitiva para o caso (SILVA, 2001, p. 157).

No dia 10 de julho de 2000, a Secretaria Municipal de Sobral emitiu a Portaria CCA nº 113, descredenciando a Casa de Repouso Guararapes como instituição contratada para prestação de serviços ao SUS na área de assistência hospitalar em psiquiatria, ficando estabelecido que a assistência hospitalar de urgência seja prestada pelo hospital Dr. Estevão Ponte, sob a supervisão da Equipe de Saúde Mental do Município. O Centro de Atenção Psicossocial de Sobral – CAPS dará seguimento ambulatorial aos usuários. O programa da Saúde Família – PSF prestará a atenção básica aos usuários procedentes de Sobral e os procedentes de outros municípios ficarão a cargo do Ambulatório Especializado

em Psiquiatria do Centro de Especialidades Médicas (SILVA, 2001, p. 157).

Outras providências também foram tomadas, como ação indenizatória, por danos morais, em favor de Albertina Viana Lopes, mãe de Damião. Além disso, o caso foi encaminhado para os Conselhos Regional e Federal de Medicina (SILVA, 2001, p. 157).

O caso da morte de Damião Ximenes Lopes tornou-se relevante na história atual da psiquiatria no Brasil, pela quebra de um tabu. O fato se tornou coletivo, transcendendo o âmbito local e alcançando repercussão quando atingiu a opinião pública. Juntando-se a outros casos, o fato se transforma em debate nos mais diversos fóruns. Mobilizou, ainda, instâncias políticas, movimentos populares como o das entidades de usuários e familiares dos serviços de saúde mental e instituições oficiais como o Conselho Federal de Psicologia, culminando em ações como a da I Caravana Nacional de Direitos Humanos da Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, que realizou um levantamento crítico da realidade manicomial brasileira (SILVA, 2001, p. 159).

Em termos locais, as auditorias e sindicâncias realizadas pelas Secretarias Municipal de Sobral e Estadual do Ceará, as ações do Conselho Municipal de Saúde de Sobral e da Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará resultaram em intervenção e posterior descredenciamento da Clínica de Repouso Guararapes, provocando a aplicação, na prática, de uma nova política de saúde mental. Essa política, com

uma concepção democrática e comunitária, leva em consideração a subjetividade e o comportamento humano, incluindo de forma mais ampla na saúde pública e no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira dimensões sociais, legislativas, econômicas e culturais, possibilitando uma prática transformadora e otimista em termos de cuidados, reabilitação e inclusão social (SILVA, 2001, p. 160).

Essa prática transformadora tem levado a psiquiatria a se articular melhor com outros saberes como a história, a filosofia, a antropologia, a sociedade, a psicanálise, a psicologia e, principalmente, a estabelecer uma relação riquíssima com o campo das artes (SILVA, 2001, p. 161).

A prática transformadora em saúde mental requer a construção de um novo modelo assistencial que facilite a participação ativa do usuário como principal protagonista de sua própria história. Esse modelo requer novos lugares de produção de sentido, onde na “emoção de lidar” possam fluir relações mais humanas e os afetos mais criativos, garantindo a construção da cidadania, favorecendo a integração psicossocial, o acesso à educação, à moradia, ao trabalho e ao lazer (SILVA, 2001, p. 161).

Essa nova prática requer também uma nova atitude da sociedade em relação ao portador de sofrimento psíquico, transformando também o status de seu papel histórico de bode expiatório, para se tornar um referencial da subjetividade humana. Por incrível que pareça, essa minoria tão mortificada pela clausura e segregação passou para a sociedade, em sentimentos, sensações, imagens e percepções oníricas, os conteúdos mais profundos de

conhecimento do homem sobre si mesmo. Em troca, como seres exóticos, foram amontoados em espaços reduzidos de prisão para reproduzirem uma cultura fabricada pelos seus algozes, sem direitos, sem testemunhas, amaldiçoados na prisão perpétua de uma condição cruel, como matéria prima da indústria da loucura, na sua vertente pública e privada (SILVA, 2001, p. 162).

A conclusão a que se chega é que, além de um novo modelo de atenção à saúde mental, há necessidade também de uma nova mentalidade, de uma nova atitude em face da sombra onde estão presentes os fatores irracionais e destrutivos das relações humanas. Deve-se levar em conta que a sobrevivência da própria espécie humana não depende apenas da relação do homem com a natureza ou com outros homens, mas também da relação do homem consigo mesmo. O novo continente da esfera da experiência humana, denominado por Freud de inconsciente, sempre foi empiricamente um lugar da vivência mais familiar da pessoa considerada doente mental. Lidar com o inconsciente significa lidar com o irracional para, cada vez mais e de uma forma melhor, lidarmos com a loucura, o absurdo e a violência nas relações humanas (SILVA, 2001, p. 163).

3.2 Resgate da Cidadania dos Pacientes Acometidos de Transtorno Mental no Distrito Federal

A Reforma Psiquiátrica coloca em pauta a questão da ética, da cidadania dos portadores de sofrimento psíquico e o processo

de desinstitucionalização, apontando para novas possibilidades no campo terapêutico (MORENO; SAEKI, 1998).

A cidadania não se apresenta mais como uma palavra abstrata, mas faz parte do cotidiano dos serviços de saúde. Sua busca não se baseia apenas na observação constante do quadro clínico, mas sim no conhecimento da história de vida dos pacientes (MORENO; SAEKI, 1998).

A relação que se estabelece é entre pessoas, em um local solidário, onde sujeitos/atores constroem uma relação democrática. Nesse novo cenário a doença mental permeia todos os microespaços e não está mais trancada em um prática que fica no fundo de uma enfermaria (MORENO; SAEKI, 1998).

As diretrizes devem ser propostas em nível local, de acordo com as peculiaridades do Distrito Federal, não existindo normas gerais ditadas por um órgão superior distante. Os projetos ou programas devem ser construídos por usuários, familiares e trabalhadores, de acordo com as necessidades do serviço e utilizando o máximo potencial criativo de todos (MORENO; SAEKI, 1998).

Nesse contexto, Vieira (1997) aponta que o exercício da cidadania cumpre um papel libertador e contribui para a emancipação humana, abrindo novos espaços de liberdade, por onde ecoarão as vozes de todos aqueles que, em nome da liberdade e da igualdade, foram silenciados.

O cotidiano dos serviços irá apresentar demandas diversas. Caberá à gestão do Plano Diretor de Saúde Mental 2011-2015 (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 510) acompanhar

adequadamente as ações, os resultados e tomar as medidas necessárias para implementar uma rede de saúde de base comunitária e com práticas territoriais articuladas também intersetorialmente. A ação territorial pode significar para muitos usuários dos serviços de saúde mental uma retomada dos espaços sociais e a consequente assunção do seu papel na sociedade.

Vale ressaltar que esse Plano é resultado de um processo de Planejamento Estratégico – PE, que contemplou a participação de usuários, familiares, trabalhadores e gestores. As propostas resultantes desse PE serviram para os debates nas Conferências Regionais de Saúde Mental, que por sua vez, produziram as bases de discussão da Conferência de Saúde Mental do DF – Intersetorial, ocorrida em maio deste ano. As propostas aprovadas foram encaminhadas ao Conselho de Saúde do Distrito Federal e compuseram o rol de propostas nacionais apreciadas na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, em junho último (DISTRITO FEDERAL, 2010a, p. 510).

No entanto, o direito à cidadania conforma-se e consolida-se mediante políticas públicas (MORENO, 1998). Portanto, enquanto não forem implementadas no DF políticas públicas de saúde mental que garantam assistência integral aos pacientes acometidos de tal patologia, a Reforma Psiquiátrica não passará de um movimento simbólico, vez que não cumpriu o seu principal papel: resgatar a cidadania dos pacientes acometidos por transtornos mentais.

4 Conclusão

Apesar dos avanços conquistados com a Reforma Psiquiátrica no que se refere à humanização do tratamento em saúde de indivíduos acometidos por transtornos mentais, constata-se que muitos obstáculos ainda devem ser transpostos para a efetiva universalidade e atendimento integral em saúde mental desses indivíduos. Portanto, a Reforma Psiquiátrica não é um movimento findo, mas que está em processo de construção e consolidação de seus princípios.

Se a Política Nacional de Saúde Mental merece reconhecimento por deflagrar a Reforma Psiquiátrica Brasileira, com a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de outros serviços extra-hospitalares substitutivos dos antigos Hospitais Psiquiátricos, bem como a previsão de leitos em Hospitais Gerais, não se pode ignorar que o fechamento desordenado de leitos psiquiátricos e a implementação de equipamentos de saúde mental em número insuficiente ou sem as mínimas condições de atendimento é um desastre.

Se considerarmos apenas os dispositivos previstos na Política Nacional de Saúde Mental já implementada no DF, conforme dados apresentados pela Gerência de Saúde Mental do DF, constantes no Plano Diretor de Saúde Mental 2007-2011 e 2011-2015, a realidade atual revela diversas falhas nas estruturas já implementadas, bem como a constatação da falta de CAPS, centros de convivência, leitos em Hospitais Gerais e inexistência de residências terapêuticas, o que compromete a integralidade de

assistência em saúde e o suprimento da demanda da população por esse tipo de atendimento.

Na atuação cotidiana da PROSUS, visando garantir os direitos dos usuários do SUS acometidos por transtornos mentais, constata-se que no DF a demanda por assistência em tal área da saúde é crescente e que, não obstante tal constatação, as Políticas Públicas de Saúde Mental já implementadas pelo governo são insuficientes para assegurar o tratamento integral desses pacientes como forma de resgate da cidadania.

Assim, impõe-se a implementação e ampliação, na sua totalidade, dos dispositivos extra-hospitalares das atuais políticas públicas em saúde mental no Distrito Federal, conforme preconizado pelo Plano Diretor de Saúde Mental do DF 2011-2015, de forma a incentivar o processo de desinstitucionalização. Contudo, a observação crítica da realidade revela que, nem sempre, a atuação dos gestores públicos é condizente com o fortalecimento dos recursos extra-hospitalares e com a humanização do tratamento em saúde dos indivíduos acometidos por transtornos mentais.

Ora, garantir a assistência integral aos pacientes acometidos de transtornos mentais no DF significa resgatar-lhes a cidadania, que tem na dignidade da pessoa humana seu principal fundamento. E, enquanto isso não ocorrer, a promoção dos direitos humanos não passará de discurso ideológico e vazio. Futuros trabalhos que acessem tais questões serão importantes no planejamento das ações tanto para a saúde como para a garantia da cidadania.

Title: Brazilian Psychiatric Reform to the Rescue of Citizenship for People Affected by Mental Disorder in Distrito Federal.

Abstract: This paper seeks to examine whether the current policies of the Distrito Federal follow the guidelines introduced by the Brazilian Psychiatric Reform, as well as performs a critical reflective analysis about public policy on mental health which have been implemented by the government of the Distrito Federal, seeking to verify if these are sufficient to meet the demand of patients of SUS users affected by this pathology as a way of rescuing citizenship. It proposes a reflection about the process of Brazilian Psychiatric Reform in which is culminated with the edition of the Law number 10.216/2001 and proposed new guidelines to the current public health system provided by Sistema Único de Saúde - SUS, to patients suffering from mental disorders. It is held bibliographical and documental research about the changes implemented by the Law number 10. 216/2001, which provides for the protection of the rights of people with mental disorders and redirects the model of mental health care, establishing guidelines for care outside hospitals, the reintegration into the society services and multidisciplinary services.

Keywords: Mental health. Public policy. Distrito Federal. Citizenship.

Referências

ALMEIDA, Maurício B. *Noções básicas sobre metodologia de pesquisa científica*. Belo Horizonte: UFMG, [20--]. Disponível em: <<http://mba.eci.ufmg.br/downloads/metodologia.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2012.

ARAÚJO, Luiz Alberto David. *Curso de direito constitucional*. São Paulo: Saraiva, 2006.

BARROS, Aidil Jesus da Silveira; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. *Fundamentos de metodologia: um guia para a iniciação científica*. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

BARROS, Sônia; EGRY, Emiko Yoshikawa. A enfermagem em saúde mental no Brasil: a necessidade de produção de novos conhecimentos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 79-94, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n1/07.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

BELFORT, Fernando. Cidadania, estado de direito e democracia de direito. In: ESCOLA SUPERIOR DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO MARANHÃO (Coord.). *Direitos fundamentais, democracia e cidadania: estudos em homenagem a Elimar Figueiredo de Almeida Silva*. São Luís: Procuradoria Geral de Justiça, 2010. p. 284-285.

BONAVIDES, Paulo. *Curso de direito constitucional*. 8. ed. São Paulo: Malheiros, 1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de média e alta complexidade*. Brasília: CONASS, 2011.

_____. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 3.090, de 23 de dezembro de 2011*. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 14 fev. 2013.

_____. _____. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília, DF, 2005. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Relatório brasileiro sobre drogas*. Organizadores: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuk e Lúcia Pereira Barroso. Brasília: Senado, 2009. 364 p. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2011.

BRUNETTA, Cíntia Menezes. O direito das pessoas portadoras de transtornos mentais. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, ano 94, v. 835, p. 59-72, maio 2005.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito constitucional e teoria da constituição*. 3. ed. Coimbra: Almedina, 1998.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Gerência de Saúde Mental no Distrito Federal. *Plano Diretor de Saúde Mental 2007- 2011*. Brasília: GESAM, 2010.

_____. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Ação Civil Pública. *Processo n. 2010.01.1.067203-4*, de 3 de maio de 2010. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/unidades/pddc/acp/2010.01.1.067203-4%20-%20Resid%20Terapeuticas.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2013.

_____. _____. *Coletânea de normas*. Brasília, DF, 2010. v. 2.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. *Procedimento Interno nº 08190.135128/11-50*. Brasília, DF: Brasília, DF, 2011.

FERNANDES, Bernardo Gonçalves. *Curso de direito constitucional*. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg et al. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 19, n. 2, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/08.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2011.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica*. Brasília: ESMPU, 2008.

MAPELLI JUNIOR, Reynaldo. Novos desafios para as políticas públicas de saúde mental no Brasil. *Revista Jurídica Consulex*, Brasília, DF, n. 320, p. 38-40, maio 2010.

MARCHEWKA, Tania Maria Nava. *A reforma psiquiátrica como justiça social: a atuação do Ministério Público na garantia do direito à saúde mental*. 2003. 108 f. Monografia (Especialização)–Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

MENDES, Gilmar Ferreira. *Direitos fundamentais e controle de constitucionalidade*. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

MEZZAROBBA, Orides; MONTEIRO, Cláudia Servilha. *Manual de metodologia na pesquisa no direito*. São Paulo: Saraiva, 2008.

MIRANDA, Jorge. *Manual de direito constitucional: preliminares. O estado e os sistemas constitucionais*. 6. ed. Coimbra: Coimbra, 1997. Tomo I.

MORENO, Vânia; SAEKI, Toyoko. Refletindo sobre a cidadania nos serviços de saúde mental. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 91-94, jul. 1998. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4197/2218>>. Acesso em: 30 nov. 2012.

MOTA, Taia Duarte; BARROS, Sônia. Saúde mental, direitos, cidadania: o escritório de advocacia como agência para inclusão social. *Revista Escola Enfermagem da USP*, v. 42, n. 2, p. 220-226, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a01.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2013.

NOGUEIRA, Maria Sônia Lima; COSTA, Liduina Farias Almeida. *Política pública de saúde mental: discutindo o paradigma da desinstitucionalização*. São Luis: UFMA, 2007. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoF/d7d2c633a8b08b4a7236MariaSonia_liduina.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2012.

OLIVEIRA, Cristiano Lessa de. Um apanhado teórico-conceitual sobre a pesquisa qualitativa: tipos, técnicas e características. *Revista Travessias*, Santa Cruz do Sul, RS, 2008. Disponível em: <http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/um_apanhado_teorico_conceitual_sobre_a_pesquisa_qualitativa_tipos_tecnicas_e_caracteristicas.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2012.

OLIVEIRA, Denize Cristina de et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 197-206, jan. 2008.

OLIVEIRA, Lúcio Garcia de; NAPPO, Solange Aparecida. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 35, n. 6, p. 212-218, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol35/n6/pdf/212.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2011.

RIO DE JANEIRO. Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. *Ministério Público e tutela à saúde mental*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Jurídicos, 2010.

SILVA, Marcus Vinicius de Oliveira. *A instituição sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2001.

SOUZA, André Barbieri de. A necessária reinvenção da cidadania: uma fundamental construção social. In: FACHIN, Zulmar (Coord.). *Direitos fundamentais e cidadania*. São Paulo: Método, 2008. p. 31-37.

VIERA, Liszt. *Cidadania e globalização*. Rio de Janeiro: Record, 1997.

Referência bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2002 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

ALVES, Pollyana Beatriz de Oliveira. A reforma psiquiátrica brasileira para o resgate da cidadania das pessoas acometidas por transtorno mental no Distrito Federal. *Revista do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios*, Brasília, n. 8, p. 173-243, 2014. Anual.

Submissão: 27/6/2014

Aceite: 21/7/2014