

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

BÁRBARA SITENESKI DE OLIVEIRA

**NO CRUZAMENTO ENTRE SISTEMA DE JUSTIÇA E REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (RAPS): estudo sobre a implementação da política de saúde mental**

Porto Alegre

2021

BÁRBARA SITENESKI DE OLIVEIRA

**NO CRUZAMENTO ENTRE SISTEMA DE JUSTIÇA E REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (RAPS): estudo sobre a implementação da política de saúde mental**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas

Professora Orientadora: Dra. Luciana Leite Lima

Porto Alegre

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

REITOR

Carlos André Bulhões Mendes

VICE-REITORA

Patricia Pranke

DIRETORA DO INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

Claudia Wasserman

VICE-DIRETOR DO INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

Hélio Ricardo do Couto Alves

DIRETOR DO INSTITUTO DE LETRAS

Sérgio de Moura Menuzzi

VICE-DIRETORA DO INSTITUTO DE LETRAS

Beatriz Cerisara Gil

CHEFE DA BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANIDADES

Maycke Young de Lima

CIP - Catalogação na Publicação

Oliveira, Bárbara Siteneski de
NO CRUZAMENTO ENTRE SISTEMA DE JUSTIÇA E REDE DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): estudo sobre a
implementação da política de saúde mental / Bárbara
Siteneski de Oliveira. -- 2021.
131 f.
Orientadora: Luciana Leite Lima.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Políticas
Públicas, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Políticas Públicas. 2. Implementação de
políticas públicas. 3. Política de saúde mental. 4.
Judicialização da saúde. I. Lima, Luciana Leite,
orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bárbara Siteneski de Oliveira

**NO CRUZAMENTO ENTRE SISTEMA DE JUSTIÇA E REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (RAPS): estudo sobre a implementação da política de saúde mental**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas

Porto Alegre, 25 de janeiro de 2021

Resultado: Aprovada

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Luciana Leite Lima (Orientadora)
Departamento de Sociologia do IFCH
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dra. Lígia Mori Madeira
Departamento de Ciência Política
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Luciano da Ros
Departamento de Sociologia e Ciência Política
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é resultado de um caminho de trocas e aprendizagem construído durante a formação acadêmica e serviço público, uma trajetória vivida e compartilhada com pessoas. São colegas de aula, professores, orientadores, colegas de trabalho, gestores, usuários atendidos, famílias assistidas, amigos e família, todos se transcrevem nas linhas do pensamento e nas lentes que uso para ver o mundo. Àqueles que me constituem enquanto sujeito, reservo minha gratidão e carinho, mesmo porque seria impossível nominá-los todos. Utilizarei esse espaço para agradecer as pessoas e instituições que contribuíram diretamente para o desenvolvimento do mestrado e da dissertação.

Aos gestores Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social (SEMCAS) e da Prefeitura Municipal de Passo Fundo-RS, instituições as quais estou funcionalmente vinculada, que sempre viabilizaram as licenças-estudo e incentivaram meu desenvolvimento profissional e acadêmico. Foi nos espaços da SEMCAS, nas reuniões de rede, nos estudos de caso, implementando, formulando e pensando a política que me apaixonei pelas políticas públicas.

As minhas duplas técnicas de trabalho: Andréia Fávaro dos Santos, assistente social, e depois Carina Tramontina Corrêa, pedagoga. Agradeço a compreensão, respeito e auxílio que tiveram comigo para que conciliasse minhas funções do setor com as atividades acadêmicas. Quantas histórias, reflexões, divergências e apoio pude vivenciar, será sempre um privilégio ter trabalhado ao lado dessas mulheres.

Ao Núcleo de Saúde Mental, da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo-RS, por disponibilizar abertamente seus registros e informações que viabilizaram a pesquisa. A organização deste setor foi fundamental para que os dados pudessem servir para o estudo. Agradeço a gestora, técnicos e estagiários, por me acolherem durante a árdua coleta de dados, pela atenção recebida e pelo espaço que precisava ser compartilhado.

A minha orientadora, Dra. Luciana Leite Lima, a qual dispenso grande admiração pela competência e produção no campo da implementação de políticas públicas. Luciana acolheu as ideias, ajudou a construir e conectar a amplitude do meu interesse, me deu a liberdade de tropeçar e se levantar, sempre atenciosa e auxiliando prontamente.

Ao PPGPP do IFCH-UFRGS, pela oportunidade de desenvolvimento no campo das políticas públicas, pela qualidade no ensino, atenção as dúvidas e necessidades. A minha inserção no campo, o aprendizado e amadurecimento acadêmico só foram possíveis em função da qualidade do corpo docente e da estrutura que o PPG proporciona.

RESUMO

O presente estudo se insere na intersecção entre os campos da judicialização da saúde e da Política de Saúde Mental Álcool e outras Drogas. Elegemos como tema a interação entre Sistema de Justiça e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na implementação da Política de Saúde Mental na esfera municipal de governo. A escolha desta política como contexto de ação se deu pelo incremento de uma reforma política, o que pressupõe rupturas com o antigo modelo de atenção e o desenvolvimento de novas ideias e estratégias de ação. Já o Sistema de Justiça pode se relacionar ao contexto de implementação da política, devido a existência de possibilidades de intervenção na saúde mental: seja para garantia de assistência, a realização de internação compulsória ou o cumprimento de medidas de segurança. O objetivo do estudo é analisar os reflexos da intervenção do Sistema de Justiça na RAPS para implementação da política de saúde mental na esfera local de governo. A hipótese inicial é de que ao interagir na implementação da Política de Saúde Mental o Sistema de Justiça influencia o direcionamento das ações e consequentemente interfere na implementação. A pesquisa consiste em um estudo de caso, de caráter descritivo e abordagem quantitativa com a utilização do *software* SPSS. A amostra é composta por 502 prontuários administrativos da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Passo Fundo-RS, abertos e acompanhados em decorrência de demandas de saúde mental oriundas do Sistema de Justiça nos anos de 2014, 2015, 2016 e 2017. O referencial analítico está baseado na literatura sobre implementação de políticas públicas. Os aspectos delimitados para análise são: as instituições e atores envolvidos no processo, o plano político formal e os aspectos cognitivos dos atores e as interações no campo de implementação. Os resultados evidenciaram aspectos cognitivos que ainda representam desafios a implementação da Política. Concepções baseadas no paciente de risco e problema se transcrevem na busca pelo afastamento como mecanismo de tratamento. Em que pese, o discurso que chega à Rede pelo Judiciário, ser este, a hipótese inicial não encontrou sustentação quanto ao direcionamento das ações pelo Sistema de Justiça, evidenciando equilíbrio e harmonia na relação Sistema de Justiça e RAPS. O Poder Judiciário atribuiu autonomia aos técnicos da Rede para a condução das ações, inclusive autorizando previamente procedimentos a critério dos profissionais. Essa atuação harmoniosa pode ser relacionada a postura assumida pelas instituições e atores, mas também se sustenta na política formal. A exigência de avaliação médica que ateste a necessidade para a realização de internação psiquiátrica, somada a Política Nacional de Regulação e a centralidade dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), demonstram ser estratégias importantes para a institucionalização da política durante a implementação. Com isso, o paciente que acessa a Política por intermédio do Sistema de Justiça, segue o fluxo assistencial semelhante ao que é recebido em outras portas de entrada da RAPS.

Palavras-chave: Política de Saúde Mental. Judicialização da saúde. Implementação de políticas públicas.

ABSTRACT

The present study is inserted in the intersection between the fields of the judicialization of health and the Mental Health Policy for Alcohol and other Drugs. The issue approached is the interaction between the Justice System and the Psychosocial Care Network (RAPS) in the implementation of the Mental Health Policy at municipal government level. The choice of this policy was due to the proposal of a political reform, which intends to alter the old model of care and to develop new ideas and strategies for action. The Justice System, on the other hand, can be related to the context of policy implementation, due to the existence of possibilities for intervention in mental health: whether to guarantee assistance, carry out compulsory hospitalization or comply with security measures. The objective of the study is to analyze the reflexes of the intervention of the Justice System in the RAPS for the implementation of the Mental Health Policy at the local government level. The initial hypothesis is that when interacting in the implementation of the Mental Health Policy, the Justice System influences the direction of actions and consequently interfere on implementation. The research consists of a case study, of a descriptive character and quantitative approach using the SPSS *software*. The sample consists of 502 administrative records from the Municipal Health Secretariat of the city of Passo Fundo-RS, open and monitored as a result of mental health demands arising from the Justice System in the years of 2014, 2015, 2016 and 2017. The analytical framework is based on the literature on public policy implementation. The aspects analyzed are: the institutions and actors involved in the process, the formal political plan and the cognitive aspects of the actors and the interactions in the field of implementation. The results showed cognitive aspects that still represent challenges to the implementation of the policy. Conceptions based on the patient at risk and problematic patient are reflected in the search for withdrawal as a treatment mechanism. Despite the discourse that reaches the Network through the Judiciary, this being the case, the initial hypothesis was not supported by the actions of the Justice System, showing the balance and harmony between Justice System and RAPS. The Judiciary has given autonomy to the technicians of the Network to take action, including previously authorizing procedures at the discretion of the professionals. This harmonious performance can be related to the position taken by institutions and agents, but it is also supported by formal policy. The requirement for medical evaluation that attests to the need for psychiatric hospitalization, added to the National Regulation Policy and the centrality of the Psychosocial Care Centers (CAPS), prove to be important strategies for the institutionalization of the policy during implementation. This way, the patient who accesses the Policy through the Justice System follows an assistance flow similar to that received in other RAPS admission doors.

Keywords: Mental Health Policy. Judicialization of health. Implementation of public policies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma das ações	98
---------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Objeto da ação judicial	67
Tabela 2	- Hipótese diagnóstica por grupo	68
Tabela 3	- Faixa etária e gênero dos usuários	69
Tabela 4	- Instituições envolvidas nas ações judiciais	69
Tabela 5	- Representação Judicial	70
Tabela 6	- Representação judicial em relação a faixa etária do usuário	71
Tabela 7	- Representação judicial em relação ao polo passivo da ação	71
Tabela 8	- Fundamentação da decisão judicial	73
Tabela 9	- Decisões judiciais identificadas nas sentenças	74
Tabela 10	- Instituições da Rede Assistencial envolvidas no atendimento dos casos	76
Tabela 11	- Início do acompanhamento pelo órgão gestor	78
Tabela 12	- Tempo de acompanhamento do caso pelo Núcleo de Saúde Mental	79
Tabela 13	- Principais procedimentos realizados	80
Tabela 14	- Outros procedimentos realizados pela rede	80
Tabela 15	- Fluxo assistencial seguido pelo usuário	81
Tabela 16	- Motivos para frustração do fluxo assistencial	83
Tabela 17	- Aspectos referentes a interação entre instituições	84

LISTA DE SIGLAS

AJG	Assistência Judiciária Gratuita
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CAPSII	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSIII	Centro de Atenção Psicossocial
CASE	Centro de Atendimento Socioeducativo
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CJM	Colônia Juliano Moreira
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DPE	Defensoria Pública Estadual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ILPT	Instituição de Longa Permanência Terapêutica
INAMPS	Instituto de Assistência à Saúde e Previdência Social
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PGM	Procuradoria Geral do Município
PTS	Plano de Tratamento Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMU	Serviço Atendimento Móvel de Urgências
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde

TRF-3 Tribunal Regional Federal da 3ª Região
UBS Unidades Básicas de Saúde
UPA Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	17
2.1	Contextualização sócio-histórica da assistência em saúde mental	17
2.2	A Reforma Psiquiátrica Brasileira	21
2.3	Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas	25
3	INTERVENÇÃO DO SISTEMA DE JUSTIÇA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	31
3.1	A judicialização da saúde	31
3.2	Intervenção judicial na implementação política de saúde	34
3.3	Intervenção do Sistema de Justiça na política de saúde mental	37
4	IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	43
4.1	O ciclo de políticas públicas	43
4.2	A implementação de políticas públicas	45
4.2.1	Abordagem <i>top-down</i> ou primeira geração de estudos sobre implementação	47
4.2.2	Abordagem <i>bottom-up</i> ou segunda geração de estudos de implementação	50
4.2.3	Abordagens híbridas ou terceira geração de estudos de implementação	51
4.3	Delimitação dos aspectos de análise da implementação de políticas públicas no estudo	53
4.3.1	Plano formal: a intenção política e os aspectos cognitivos na implementação	54
4.3.2	Burocracia: organizações e atores na implementação de políticas públicas	57
4.3.3	Contexto de ação: interações no processo de implementação	60
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	63
5.1	Delineamento, período e local	63
5.2	Considerações éticas, coleta e análise de dados	65
6	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	67

7	DISCUSSÃO E ANÁLISE	85
7.1	Pano formal e aspectos cognitivos na implementação	85
7.2	Burocracia: instituições e atores na implementação	90
7.2.1	Sistema de Justiça	91
7.2.2	Rede Assistencial	94
7.2.3	Usuários da política	97
7.3	Interações no campo da implementação	100
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
	REFERÊNCIAS	119
	ANEXO A – Formulário de coleta de dados	129

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas passou por um significativo processo de mudança, considerando sua trajetória nos últimos 40 anos. Na década de 70 e 80 são registrados os primeiros movimentos contrários ao modelo de atenção vigente, baseados em intervenções segregacionistas e higienistas em relação ao público-alvo. O movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira que se iniciou formalmente nos anos 90, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, culminou com a publicação da Lei 10.216 de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. A lei dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Numa trajetória posterior, de quase 20 anos, a Política alcançou significativo grau de desenvolvimento na perspectiva de superação do antigo modelo de cuidados, preconizando a atenção em redes e o cuidado comunitário, persistindo ainda fragilidades a serem superadas como a ampliação da cobertura das redes, integração da assistência e a superação dos aspectos socioculturais e simbólicos que acompanham a doença mental (BRASIL, 2005; BRASIL, 2015).

Os caminhos trilhados pelas políticas sociais no Brasil após a Constituição Federal de 1988 mostram, ao mesmo tempo, os avanços obtidos no campo dos direitos e os desafios da implementação efetiva, por parte do Estado, de políticas que atendam esses direitos. A submissão dos direitos sociais a intervenção do Poder Judiciário se tornou um sintoma material das dificuldades encontradas na atenção a esses direitos. Como consequência, um dos resultados práticos é a participação cada vez maior do Judiciário nas rotinas de gestão, especialmente da saúde (BARREIRO; FURTADO, 2015; CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015; MAPELLI JUNIOR, 2015).

O presente estudo se insere no cruzamento entre esses dois campos: o da Judicialização da Saúde e o da Política de Saúde Mental. Elegemos como tema a interação entre Sistema de Justiça e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na implementação da Política de Saúde Mental na esfera local de governo. A escolha desta política como contexto de ação ocorreu pelo incremento de uma reforma política, o que pressupõe rupturas com o antigo modelo de atenção e a necessidade de desenvolver novas ideias e estratégias de ação. O Sistema de Justiça pode ser inserido como parte do contexto de implementação da Política de Saúde Mental, devido a existência positivada de possibilidades de intervenção na saúde mental: seja para garantia de assistência à saúde, a realização de internação compulsória ou o cumprimento de medidas de segurança.

O campo de estudos que se volta para Judiciário e seus efeitos nas políticas públicas é emergente, sobretudo em relação ao sistema judicial e a judicialização da política. Mas a pesquisa sobre o papel do Judiciário na tomada de decisões dentro do sistema político no Brasil e na América Latina ainda se mantém pouco explorado, em partes, isso ocorre devido à dificuldade de traduzir efeitos do Judiciário em termos claros e objetivos (TAYLOR, 2008). Também poucas pesquisas são desenvolvidas sobre a forma como as políticas de saúde pública são implementadas ou os aspectos que influenciam sua implementação (VALAITIS *et. al.*, 2016). No campo da implementação de políticas públicas, o interesse mais frequente dos estudos está em identificar os problemas enfrentados ou erros da implementação (LIMA; D'ASCENZI, 2013). Para ampliar esse debate o enfoque no decorrer do trabalho está nos desfechos da implementação na política de fato, influenciada pelo elemento externo Sistema de Justiça.

O Município foi escolhido como *lócus* do estudo devido ao seu papel fundamental na atenção à saúde, ao qual foi encarregado com o processo institucional de municipalização da saúde desenhado no Brasil após a promulgação da Constituição Federal de 1988. No Sistema Único de Saúde (SUS), é no Município que se desenvolve grande parte da oferta de serviços de saúde (LIMA *et. al.*, 2014). A política de saúde mental, igualmente, tem grande parte de sua operacionalização no âmbito local de governo. O ente federado Município é o protagonista quanto à atenção à saúde mental devido atribuições institucionais pela política formal, pela proximidade com os cidadãos e a realidade local.

O objetivo da pesquisa é analisar os reflexos da intervenção do Sistema de Justiça na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para implementação da política de saúde mental na esfera local de governo. Com base na literatura sobre judicialização da saúde, a hipótese inicial é de que ao atuar na implementação o Sistema de Justiça influencia o direcionamento das ações e conseqüentemente interfere na implementação da política pública. Para alcançar o objetivo, foram percorridos os objetivos específicos a fim de: conhecer as demandas em saúde mental oriundas do Sistema de Justiça para o Município estudado, os aspectos cognitivos dos atores, as instituições envolvidas, a assistência prestada; analisar os procedimentos solicitados, realizados e fluxos considerando as diretrizes políticas formais e como esta, se conforma nas ações do campo; distinguir aspectos relacionados à implementação da política de saúde mental que refletem a interação do Sistema de Justiça com a RAPS.

O desenvolvimento do estudo está fundamentado na revisão da literatura, que permitiu o recorte analítico dos dados. A revisão bibliográfica se desenvolveu nos seguintes aspectos: contextualização da política de saúde mental, aspectos da judicialização da saúde e a

implementação e análise de políticas públicas. A pesquisa de campo está embasada em demandas de saúde mental oriundas do Sistema de Justiça para o Município de Passo Fundo/RS, pelo período de 04 anos, compreendido entre 01 de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2017. Envolvendo a análise descritiva dos dados obtidos em uma amostra de 502 (quinhentos e dois) prontuários administrativos, ponderados de forma quantitativa por meio do software SPSS.

Com o desenvolvimento da pesquisa, se espera que os resultados proporcionem informações relevantes quanto à intervenção do Sistema de Justiça na assistência prestada pela rede local de atenção psicossocial à pessoa com sofrimento ou transtorno mental, ou ainda, com necessidades decorrentes do uso de álcool crack e outras drogas, oferecendo direcionamentos para a compreensão do processo de implementação de uma política de saúde em sua interação com o Sistema de Justiça. Importante considerar o limite da pesquisa que aparece, sobretudo, quanto à impossibilidade de generalização *latu sensu* desses achados, por se tratar de um estudo de caso, com um Município. Como sinalizam Arretche e Marques, (2007, p. 189) “os municípios brasileiros estão profundamente desiguais na provisão de serviços de saúde”. Havendo significativa variabilidade no desempenho dos municípios na implementação de políticas sociais, além de desigualdades regionais (CAVALCANTE, 2014).

Para abordar o tema a dissertação foi decomposta em seis capítulos, além desta introdução e da conclusão. O primeiro capítulo apresenta a contextualização da política estudada, associando a Política de Saúde Mental Álcool e outras Drogas aos aspectos sócio-históricos que permeiam o seu desenvolvimento, para então compreender e olhar a estruturação, diretrizes e objetivos da política atual. Para isso, expõe o movimento da Reforma Psiquiátrica ocorrido em diversos países e sua trajetória no Brasil. Em sequência o capítulo apresenta a Política de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, seus objetivos, pontos de atenção e organização referentes ao período de coleta de dados.

O segundo capítulo resgata a literatura sobre o campo da judicialização da saúde, visto que, a implementação da política de saúde mental será analisada em sua intersecção com a judicialização. Inicialmente, parte-se da literatura a respeito da intervenção judicial na política de saúde em sentido amplo, situação mais conhecida e pesquisada sob a ótica das políticas públicas. Para em sequência pensar a intervenção do Sistema de Justiça na implementação da política de saúde mental, em específico, dadas as particularidades previstas na legislação para essa intersecção, que vão além da conhecida provisão em saúde, mas também envolvem a internação compulsória e a execução de medidas de segurança.

O terceiro capítulo esquematiza a revisão da literatura sobre a implementação de políticas públicas, buscando delimitar os aspectos analíticos que sustentam o olhar da pesquisa

no campo da implementação de políticas públicas. Primeiramente as políticas públicas são apresentadas enquanto um ciclo que se desenvolve em fases contínuas e que se relacionam e são interdependentes. As principais abordagens da implementação de políticas públicas, *top down* e *bottom up*, são descritas para ao fim situar o estudo em linhas híbridas, que envolvem aspectos de mais de uma teoria do campo. Por fim, delimita os elementos que embasam a análise dos dados sobre o processo de implementação da política: os aspectos cognitivos, a burocracia compreendendo as instituições e atores e as interações entre instituição e atores.

O quarto capítulo esclarece o delineamento metodológico da pesquisa, definido os métodos utilizados, o local, período e aspectos éticos da pesquisa. Em sequência, o quinto capítulo apresenta os dados obtidos.

O sexto capítulo desenvolve a discussão e análise dos resultados deste estudo, com base nos três elementos analíticos selecionados. Os aspectos cognitivos dos atores aparecem nas ações judiciais e nas ações de atenção da rede e ilustram como concepções sociais, históricas e culturais sobre periculosidade, adequação social e institucionalização estão presentes, representando ainda desafios para a implementação das diretrizes da política baseadas na atenção em redes e cuidado comunitário.

Sobre as instituições e atores, apresenta como as diretrizes formais da política se relacionam com a definição de papéis institucionais. Também reconhece e enfatiza a possibilidade de atuação dos usuários da política na fase de implementação. Delimitados os papéis, se considera que estes possuem uma configuração formal, mas são organizações humanas as ações são realizadas por atores que têm sua atuação no campo influenciada por diferentes elementos como as ideias, interesses e recursos disponíveis.

Já a análise das interações ocorridas na implementação, focaliza a relação entre RAPS e Judiciário, que no caso em estudo se caracteriza pela cooperação entre as duas instâncias, diferente do que ocorre nas interações apresentadas pela literatura na política de saúde em sentido amplo. O estudo evidencia que além da postura das instituições e atores, outros elementos contribuem para uma relação cooperativa, como a configuração da Política de Saúde Mental Álcool e outras Drogas e a existência de um sistema de regulação. Com isso, a hipótese do estudo não encontrou base no campo, mas os resultados contribuem para que se possa compreender e pensar essa relação entre rede assistencial e Judiciário. A política implementada se apresenta como resultado da conformação de ações de diferentes instituições e atores que participam no processo, em uma perspectiva democrática que busca conciliar a política formal, os interesses e percepções dos atores.

2 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A Política Nacional de Saúde Mental Álcool e outras Drogas é concebida como um conjunto de estratégias e diretrizes com o objetivo de estruturar e direcionar a atenção às pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais, de forma abrangente, incluindo aquelas com sofrimento psíquico relacionado ao uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas como o álcool, crack e outras drogas. Atualmente a assistência integral a esta população é proposta no SUS, por meio de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em diferentes níveis de complexidade de acordo com a demanda do usuário da política (BRASIL, 2011).

Este primeiro capítulo tem como objetivo contextualizar a Política e suas circunstâncias reformadoras, situando seus marcos estruturantes atuais. Primeiramente apresentaremos a configuração histórica de cuidado em saúde mental anterior as reformas, na sequência a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), elucidando como este movimento permitiu uma nova concepção de atenção, percorrendo caminhos para a formulação e a configuração atual da Política. Por fim, realizar-se-á um apanhado das normas e estruturação formal da Política Nacional de Saúde Mental Álcool e outras Drogas.

2.1 Contextualização sócio-histórica da assistência em saúde mental

A concepção de loucura e o tratamento despendido ao doente mental é reflexo de um contexto histórico e social. Segundo Foucault (2005) é necessário entender o quanto ao longo da história a doença mental é concebida como algo a ser afastado e isolado, para conceber o estigma histórico em torno da loucura. Embora a pesquisa esteja focada na política atual, é preciso conhecer o seu desenvolvimento, porquanto, consideramos que no processo de implementação da política as opiniões, ideias e interesses dos atores serão importantes para a sua execução. Compreender os modelos pré-existentes, os problemas para os quais se propôs a mudança política, auxilia a entender “de que forma” e “porque” as mudanças foram e vem sendo institucionalizadas, ou não, nas novas práticas de cuidado.

Por um longo período da história inexistiam concepções consistentes que explicassem as patologias mentais, o que fazia com que estes indivíduos ficassem na obscuridade do desconhecido. As explicações para a loucura e seus sintomas iam desde mensagens dos Deuses, na Grécia antiga, até possessão demoníaca, na Idade Média. Nesta época já existiam lugares de

retenção destinados aos insanos, prática que perdurou durante a história como forma de resolver a questão da loucura, separando-os da sociedade. Na Europa, no período da Renascença por volta do século XV surge outra possibilidade, a “Nau dos Loucos”, embarcações onde as pessoas com doenças mentais eram simplesmente colocadas e deixadas sem rumo para fora das cidades como um mecanismo de limpeza social. Mais tarde com a sífilis, que pela precariedade do tratamento gerava sintomas demenciais, a doença mental também acabou sendo relacionada a doenças libidinosas e inadequadas às normas sociais da época (FOUCAULT, 2005).

Já ao final da Idade Média com a erradicação da lepra, as muitas instituições destinadas a afastar os leprosos da sociedade ficaram obsoletas. Essas instituições passaram a ser ocupadas pela loucura, fenômeno que sucede a lepra nos medos seculares, suscitando reações como a divisão, exclusão e a purificação. As instituições de internação não ofereciam tratamento, apenas mantinham os doentes mentais presos e isolados do convívio social (FOUCAULT, 2005).

Com o racionalismo cartesiano dando origem as primeiras elaborações filosóficas que posteriormente, viriam a compor o positivismo científico, a loucura passa a ser compreendida como uma incapacidade de controle sobre as próprias ideias, retirando-lhe qualquer resíduo de racionalidade. Estando o louco sem domínio sobre a verdade, passa-se a sequestrar a sua diversidade e a sua psique, passando a (des)razão compreendida no espaço daquilo que é desprezível, incapaz e inútil (BRITO; SOUTO, 2004). Tal entendimento veio a configurar a concepção de doença mental no século XIX, estando relacionada com a privação da razão. Não sendo dotado de plena razão, o sujeito não podia se autodeterminar, ou seja, gozar da sua liberdade que era pré-requisito para o exercício da cidadania. Neste meio, o asilo detinha a tarefa de isolar os desprovidos de razão para, por meio do tratamento moral, devolver-lhe a sanidade e conseqüentemente a liberdade (AMARANTE, 1996).

Somente no início do século XX a doença mental, que já possuía a concepção de patologia, passa a ser o domínio da psiquiatria. Com a apropriação da doença mental pela psiquiatria, os manicômios deixam essa denominação e passam a se chamar hospitais psiquiátricos. Essa aplicação do modelo hospitalar na psiquiatria encontrou outro problema notável, qual seja, o caráter involuntário da internação. Houve um esforço para incorporar a figura do tutor, como ocorre com as crianças ou os idosos, essa pessoa próxima é quem toma a decisão pelo paciente. Apesar de alguns pacientes involuntários reconhecerem, posteriormente, a necessidade da hospitalização, o mais comum é um ressentimento permanente (GOFFMAN, 1987).

Com a doença mental vista como uma patologia moral e em sua maioria hereditária, era degradante para as famílias possuírem um insano em casa, admitir um louco em sua linhagem significava contaminar toda a família com aquele defeito perante a sociedade. Tal concepção fazia com que o número de leitos crescesse à custa dessas famílias que mantinham sua doença escondida da sociedade e os hospitais psiquiátricos começam a se multiplicar, na busca por manter a sociedade protegida dos doentes mentais (RIGONATTI; BARROS, 2007). Nessa conjuntura, a internação de caráter asilar, em instituições totais¹ se tornou o mecanismo fundamental de tratamento da doença mental, fundado na noção de periculosidade, incapacidade e irrecuperabilidade (AMARANTE, 1996).

A incorporação do modelo médico de hospitalização no tratamento psiquiátrico se mostrou deficitário tanto do ponto de vista estrutural, como dos resultados obtidos. Embora se considerasse os sintomas apresentados, a preocupação estava voltada para adequação do comportamento ao mundo externo e ao hospital, por meio de intervenções corretivas, situação exacerbada nos casos de internação involuntária. Em instituições com grande número de internos e equipe reduzida o foco no controle era ainda maior, enquanto o objetivo reparador da saúde foi deixado de lado (GOFFMAN, 1987).

Para além das deficiências no tratamento existem as problemáticas psicossociais oriundas desse modelo. O distanciamento que as instituições totais causam entre o sujeito e o mundo externo promove a primeira mutilação do eu, a sequência de situações que se seguem a entrada na instituição são de integral despersonalização. Os papéis sociais ocupados pelo indivíduo, sua rotina, particularidades e até pertences individuais ficam do lado de fora. A instituição, por vezes, limita ou até barra o contato com visitas e o mundo externo, o indivíduo é obrigado a assumir as regras, cultura e rotina institucional. Em institucionalizações prolongadas a pessoa se aliena do funcionamento social e mesmo que lhe seja possibilitado o contato externo posterior ela se torna incapaz de retomar sua vida ou até não ter mais esse desejo. A confusão entre sujeito e instituição é tamanha que os sintomas e comportamentos apresentados depois da institucionalização, não poderão ser vistos como do indivíduo, pois não se concebe se a ele pertencem ou foram incorporados do ambiente institucional (GOFFMAN, 1987). No hospital psiquiátrico todos são iguais, não importando sua história, cultura e sofrimentos, a única diferenciação é dada pelos sintomas psicopatológicos. A realidade que se

¹ “Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, pp.11, 1987).

mostra nesse ambiente, é antes um ato de violência do que um ato de cura ou libertação (AMARANTE, 1996).

Nos anos 40 e 50 o clima de liberalismo e democratização do pós-guerra era incompatível com as características de instituições totais. O desenvolvimento de movimentos de direitos civis, as pesquisas em ciências sociais, as associações de famílias e amigos dos doentes protestavam as características repressoras e autoritárias da instituição psiquiátrica tradicional e a descoberta dos neuropiléticos² que viriam a facilitar o tratamento extra-hospitalar, são alguns dos motivos que impulsionaram a busca por alternativas ao modelo asilar. Diversos países passaram a reorientação na atenção em saúde mental. A mudança substancial estava no deslocamento da base do modelo de cuidados, do hospital psiquiátrico para a comunidade. A tentativa de desospitalização buscava estabelecer recursos extra-hospitalares de assistência. Os Estados Unidos da América é um dos países em que essa mudança se iniciou há mais tempo (LOUGON, 1993).

Esse processo de desospitalização se enquadra na categoria mais abrangente de desinstitucionalização da assistência. Utilizando os balizadores do diretor do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos, o autor esclarece as finalidades da desinstitucionalização do tratamento psiquiátrico: prevenir internações inadequadas em instituições psiquiátricas, procurando alternativas comunitárias para o tratamento; reinserção comunitária de todos os pacientes institucionalizados, com preparo adequado para tal mudança; estabelecimento e manutenção de sistemas de suporte comunitário para os sujeitos não-institucionalizados que utilizem serviços de saúde mental na comunidade (LOUGON, 1993).

Movimento semelhante é articulado na Itália pela escola da Psiquiatria Democrática, tendo como principal expoente Franco Basaglia, líder do movimento italiano que reconheceu o papel histórico crítico que a Psiquiatria Clássica representou. Baseado nas práticas propostas por Basaglia à promulgação da Lei italiana 180/78 também conhecida como Lei Basaglia, é considerada como um marco divisório para o Movimento Antimanicomial. A Lei determinou a abolição dos manicômios e incorporou práticas como as comunidades terapêuticas, entre alternativas para promoção da saúde mental (CARVALHO, 2010).

As premissas do pensamento de Franco Basaglia e sua prática reconhecem que: “a luta contra a institucionalização: diz respeito à ideia de destruição do manicômio, ou melhor, do aparato manicomial por meio da incorporação de práticas multidisciplinares e multi-

² No início da década de 50, Delay e Deniker, descobriram casualmente que a clorpromazina, além de princípios sedativos, reduzia a intensidade dos sintomas psicóticos. Os neurolépticos ou antipsicóticos passaram a ser desenvolvidos e utilizados na psiquiatria (CORDIOLI, 2005).

institucionais, capilares, estendidas e exercitadas por múltiplos espaços sociais”, incluindo também “a luta contra a estigmatização, a segregação, os conceitos de periculosidade e irrecuperabilidade”. Além disso, Basaglia preconizou outras lutas: contra a tecnificação, agregando outros saberes sobre a doença mental e estimulando novas ideologias pra justificar novas formas de intervenção; a substituição de uma relação de tutela por uma relação de contrato, onde o doente é livre das imposições normativas e do poder institucional; e a luta nos campos políticos e sociais, para criar à consciência necessária as transformações do antigo modelo (AMARANTE, 1994, p. 62).

Na busca pelo término da exclusão desses sujeitos, o movimento antimanicomial, resultou em muitas ações no campo da saúde, percebendo a ineficiência das práticas asilares características de um modelo psiquiátrico clássico que perpetuam a exclusão e o aniquilamento do doente mental, buscaram alternativas e estes tratamentos. Com a progressiva substituição, por outras modalidades assistenciais e tecnologias de cuidados (AMARANTE, p. 494, 1995). Para o autor, este processo de desinstitucionalização não possui apenas um caráter técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político. “Trata-se acima de tudo, de um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos”.

2.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

A atenção à saúde mental preconizada no Brasil é imagem do significativo processo de mudanças ocorridas no campo da política de saúde como um todo. Seguindo a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), o Movimento de Luta Anti-manicomial também conseguiu impelir sua crítica a um sistema hospitalocêntrico, excludente e eminentemente higienista.

Até metade do século XX o modelo de atenção à saúde era alicerçado na doença, com caráter assistencialista, de especialidades, curativo e hospitalocêntrico. O Brasil se caracterizava por uma economia de produção primária, cuja maior preocupação em termos sanitários era manter a desinfecção dos ambientes onde às mercadorias destinadas à exportação circulavam, para não prejudicar o comércio exterior. Com a industrialização se introduziram também as práticas de imunização (AMARANTE; RIZZOTTO; COSTA, 2015; MAPELLI JUNIOR, 2015).

No período de 1964 a 1988 a atenção à saúde no Brasil sofreu expressiva transição (FALETTI, 2009). No regime militar a assistência à saúde ficou marcada pela privatização,

especialmente com a construção subsidiada de hospitais privados, o repasse de valores ao setor privado e pela contratação de profissionais, de especialidades, pelo Instituto de Assistência à Saúde e Previdência Social (INAMPS) para atender os trabalhadores formais e mediante contribuição (AMARANTE; RIZZOTTO; COSTA, 2015; MAPELLI JUNIOR, 2015). Prevaleram o tratamento curativo e não preventivo, atuação fragmentada e gestão centralizada no Governo Federal (CAVALCANTE, 2014). Os processos de privatizações repercutem até o presente, na forma como se estrutura a atenção à saúde. Foram responsáveis pela segmentação da atenção, privilegiando os trabalhadores com planos privados (MENICUCCI, 2007; AMARANTE; RIZZOTTO; COSTA, 2015; MAPELLI JUNIOR, 2015).

Com o enfraquecimento do regime autoritário a sociedade acirrou os movimentos de resistência, o que trouxe reflexos também para o campo da saúde. Os profissionais e acadêmicos tiveram expressivo papel nos rumos da política de saúde brasileira, em que pese a resistência dos interesses privados. Os profissionais e acadêmicos encontravam-se infiltrados no aparelho burocrático e atuantes enquanto formadores de opinião, sua atuação utilizou objetivos do próprio regime autoritário para expandir a oferta de serviços de saúde, sobretudo para o Nordeste e Minas Gerais, onde o principal objetivo era se aproximar da população e conter os divergentes. Os sanitaristas utilizaram a estratégia de mudança de dentro das instituições de saúde pública, em vez de aguardar a influências exógenas (FALETTI, 2009). A crítica do movimento sanitarista ao modelo centralizado-privado de saúde e o contexto de movimentos sociais pela democracia e garantia de direitos refletiram em muitas reformas setoriais que passaram a ocorrer no sistema público de saúde, permitindo o que ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (FALETTI, 2009; MAPELLI JUNIOR, 2015).

A Reforma Sanitária Brasileira não foi resultado exclusivo de uma conjuntura social e política crítica, como sugerem muitos autores, mas de uma sequência de mudanças incrementais. Isso leva a reconhecer que os processos de mudança tiveram início muito antes de 1988 com três elementos fundamentais: atores subversivos, infiltração e expansão. O modelo de atenção à saúde modificou-se gradativamente de um modelo centralizado, cujo principal ator era o governo federal, financiador do sistema privado por meio de concessões contratuais e marcado pela desigualdade na prestação de serviços. Para um sistema de saúde universal, igualitário e de acesso gratuito, com a integração dos serviços e descentralização da atenção em saúde (FALETTI, 2009). A implementação da reforma de saúde se desenhou como um processo que redirecionou a política, por meio de decisões que buscaram adaptar a política as possibilidades que o contexto oferecia. O SUS foi institucionalizado como resultado de um

processo de acomodação entre as novas definições normativas e a realidade pré-existente (MENICUCCI, 2007).

O modelo de atenção à saúde mental vigente no Brasil pós anos 50 e anterior a Constituição de 1988 era um exemplo marcante de uma cultura psiquiátrica hospitalocêntrica e higienista (AMARANTE; RIZZOTTO; COSTA, 2015). Embora os movimentos contrários à perspectiva manicomial já estivessem presentes, eram minoritários e contra hegemônicos. Nas décadas de 70 e 80 houve uma disseminação das propostas trazidas pela luta antimanicomial, entre eles o I Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, ocorrido em 1978 que marcou o movimento antimanicomial no Brasil (RIBEIRO; SILVA; OLANDA, 2017). Conforme dados da Comissão de Saúde Mental, em 1980, o campo dominado pela psiquiatria contava com a oferta de 80.000 (oitenta mil) leitos psiquiátricos, sendo 97% dos recursos destinados à saúde mental, gastos em procedimentos hospitalares-asilares (AMARANTE; RIZZOTTO; COSTA, 2015).

Em meados da década de 80, um fato brasileiro ilustra a realidade da assistência ao paciente em saúde mental e a busca por alternativas para a resolução dos problemas identificados. Denúncias sobre as atrocidades no tratamento e a precariedade das condições de vida dos internos da Colônia Juliano Moreira (CJM), vinculadas na imprensa, desencadearam pressões no Ministério da Saúde que se viu obrigado a intervir. Com o compromisso da direção a primeira nota foi à suspensão dos tratamentos de eletrochoque extensivo aos 2.600 pacientes e utilizado de forma irrestrita. O procedimento de eletrochoque era utilizado não somente com indicação médica, mas como método disciplinar. Outra medida foi a abertura dos quartos-fortes, celas individuais fechadas por uma porta de ferro ou madeira forte, equipadas apenas com um leito e uma latrina. Mesmo com a compreensão por parte de alguns funcionários, essa medida enfrentou reações contrárias daqueles que temiam estar perdendo um meio de controle dos internos. A terceira ação da direção foi o fechamento para novas internações, assim a existência da CJM ficou atrelada a vida dos internos que lá viviam e permitiu sua extinção posterior. Por fim, embora menos comentada, medidas para a incorporação de outros saberes no campo da saúde mental também foram tomadas. A equipe de assistência das unidades passou a ser dividida em técnicos (médicos, enfermeiros, psicólogos e outros) e funcionários (demais trabalhadores). Medida que gerou controvérsias, mas incorporou a ideia de que a saúde mental não é privativa do campo médico-psiquiátrico (LOUGON, 1993).

Mesmo com os movimentos anteriores, a Reforma Psiquiátrica Brasileira que deu corpo a Política Nacional de Saúde Mental iniciou sua construção formal apenas na década de 90,

após a Constituição Federal de 1988. Tendo como marcos: o compromisso firmado pelo Brasil na Declaração de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2005; BRASIL, 2015).

A Declaração de Caracas reconheceu as fragilidades do modelo de atenção psiquiátrica vigente, baseado unicamente no hospital psiquiátrico, que além de não atingir os objetivos de atenção comunitária, integral e contínua é incompatível com a estratégia de atenção primária adotada. Para a adequação da linha de cuidados entre os países signatários definiu que as legislações dos países precisavam assegurar os direitos humanos e civis dos pacientes de saúde mental, propiciar o desenvolvimento de serviços que garantam esses direitos e a prioridade do cuidado comunitário e baseado nas redes sociais dos pacientes. A Declaração também convencionou a que a internação psiquiátrica deve ser executada em hospitais gerais, prevendo uma reestruturação de todo o modelo de atenção psiquiátrica (OMS/OPAS, 1990).

Desde então, entraram em vigor as primeiras normas e diretrizes criando dispositivos próprios, direcionando utilização dos serviços da rede geral de saúde e regulamentando as intervenções em saúde mental (BRASIL, 2005; BRASIL, 2015). Embora não se desconsidere a positivação dos direitos sociais no Brasil com o advento da Constituição Federal de 1988, e as mudanças ocorridas após a Convenção de Caracas, a Luta Antimanicomial brasileira teve seu ápice com a promulgação da Lei 10.216 de 2001. Mesmo com as mudanças que se desenvolviam, segundo documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, até 2000 em torno de 93% dos recursos dedicados a saúde mental pelo Ministério da Saúde ainda tinham como destinatário os hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Ao analisarmos a trajetória da Política de Saúde Mental, é possível observar que o seu desenvolvimento é indissociável da Reforma Sanitária. Em uma perspectiva legislativa muitos foram os avanços consolidados, em sequência uma série de disposições administrativas e legislativas tem formulado e reformulado a política buscando institucionalizar este novo modelo de atenção, de base territorial e comunitária, para que se possa dispor de uma assistência integral a esta população por meio do SUS.

2.3 Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

O redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, possibilitou o incremento na destinação de recursos e oferta de serviços de base comunitária. Desde então, a Política Nacional de Saúde Mental prevê entre outras garantias: o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde; a oferta de tratamento humano, respeitoso e com interesse de beneficiar exclusivamente o usuário da política, visando sua recuperação e reinserção social; ter a garantia à presença médica para esclarecer a necessidade ou não de sua internação involuntária; receber informações sobre sua doença e tratamento; ter seu tratamento desenvolvido sempre da forma menos invasiva possível; e ter tratamento preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas envolve uma série de pontos de atenção. O desenvolvimento de dispositivos sanitários em diferentes níveis de assistência à saúde, a estruturação de equipes multiprofissionais e a necessidade de atenção integrada à saúde mental no âmbito do SUS, foi um contexto fecundo para a institucionalização formal de uma política de saúde mental desenvolvida em rede, sendo instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS foi objeto de normatização da Portaria do Ministério da Saúde N.º. 3088 de 2011. A ideia de proporcionar a atenção integral à saúde mental no âmbito do SUS prevê incentivos financeiros para a criação dos dispositivos necessários, implantação da rede e atenção às necessidades locais (BRASIL, 2011).

O funcionamento da RAPS tem como objetivos: ampliar o acesso à atenção psicossocial para a população em geral; permitir que pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias tenham acesso aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos dispositivos das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. A RAPS é composta por diferentes níveis de atenção, conforme a complexidade da demanda do usuário. Os componentes estão distribuídos em: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Os dispositivos que integram a atenção básica da RAPS são as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas unidades se estabelecem enquanto serviço constituído por equipe multiprofissional, encarregadas pela execução de ações em saúde de âmbito individual e

coletivo, com o objetivo de desenvolver atenção integral e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. No âmbito da saúde mental, essas equipes devem ser responsáveis por desenvolver ações de promoção, prevenção e cuidado e ações de redução de danos. Vinculado a UBS, está o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que envolve profissionais de diferentes áreas para de forma integrada apoiar as equipes de atenção básica realizando o apoio matricial e caso necessário o cuidado compartilhado, incluindo as situações relacionadas a saúde mental (BRASIL, 2011).

Outros dispositivos componentes da atenção básica são as equipes de atenção básicas para populações específicas. A Equipe de Consultório na Rua está prevista para atuação de forma itinerante. Na RAPS, essas equipes ofertam cuidados em saúde mental para pessoas em situação de rua, pessoas com transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas. As ações dessas equipes envolvem práticas para a redução de danos e a integração com outros pontos de atenção, de outros níveis assistenciais da rede de saúde. Já as Equipes de apoio aos Serviços Atenção Residencial de Caráter Transitório foram pensadas para além de oferecer suporte clínico e apoio a esses equipamentos, também coordenar e articular o cuidado com os outros pontos de atenção da rede. Ainda na atenção básica pode-se implementar os Centros de Convivência, enquanto unidades públicas que articuladas as Redes Assistenciais em Saúde oferecem espaços de sociabilidade, para inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

A atenção psicossocial especializada é constituída pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades. Inicialmente regulamentados pela Portaria N.º. 336/GM de 2002 os CAPS, já operavam antes disso, em alguns municípios do Brasil. Os CAPS são dispositivos próprios para a atenção à saúde mental, previstos na política formal em três modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, que variam conforme a população municipal atendida. A portaria regulou ainda os CAPSi, destinados ao atendimento de crianças e adolescentes e CAPSad, proposto para a atenção ao sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas. Os CAPS são destinados ao atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, em tratamento que pode ter modalidade intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, conforme definido no Plano de Tratamento Singular -PTS. Os serviços ofertados pelos CAPS são de caráter ambulatorial, de atenção diária e baseado na lógica do território (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011).

O CAPS I é indicado para cidades com população de mais de vinte mil habitantes, e o CAPS II para municípios com população acima de setenta mil habitantes, são destinados ao atendimento ambulatorial especializado de pessoas com transtornos mentais graves e

persistentes e/ou necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias. Os CAPS III são indicados para o mesmo público, mas com funcionamento vinte e quatro horas, todos os dias da semana, neste dispositivo o atendimento é contínuo, com oferta clínica e acolhimento noturno. São indicados para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes. O CAPSad destina-se ao atendimento de adultos, crianças e adolescentes, com necessidades específicas relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas, podendo ser estruturado na modalidade II ou III, no caso de CAPSad III a oferta de leitos obedece ao limite de doze. O CAPSi, por sua vez, é específico para atenção a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. É um serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes (BRASIL, 2011).

A atenção ao usuário e a família junto aos CAPS, em suas diferentes modalidades envolvem o estabelecimento de Plano de Atendimento Singular (PTS) por equipe multiprofissional, atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); o atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); o atendimento em oficinas terapêuticas; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do usuário ao território. Além da função assistencial em saúde mental, de atenção diária, conforme sua modalidade, os CAPS também desempenham funções de gerência no seu território de abrangência, voltadas a organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental. Os CAPS atuam como reguladores da porta de entrada da rede assistencial; supervisão e capacitação das equipes de atenção básica e outros programas e serviços de atenção à saúde mental (BRASIL, 2002).

A atenção de urgência e emergência na RAPS é realizada pelo Serviço Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), por dispositivo de Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, pelas UBS e outros dispositivos que possam atender a esta finalidade. Esses pontos de atenção são responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidados em situações de urgência e emergência em saúde mental e sua atuação deve ser articulada com os CAPS ou outros dispositivos da RAPS, caso sejam necessários outros procedimentos (BRASIL, 2011).

A atenção residencial de caráter transitório, prevista na RAPS, envolve a Unidade de Recolhimento e Serviço de Atenção em Regime Residencial, ambos destinados ao atendimento específico de pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. As Unidades de Acolhimento são serviços que oferecem cuidados contínuos e integrais em ambiente residencial, com funcionamento vinte e quatro horas, para pessoas que além do

sofrimento psíquico, estejam em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar. Podem ser ofertadas na modalidade para adultos, acima dos dezoito anos, ou infanto-juvenil, para público com idade entre doze e dezoito anos. As Unidades possuem caráter terapêutico e protetivo e a permanência do usuário não deve ultrapassar seis meses. Os Serviços de Atenção em Regime Residencial incluem as Comunidades Terapêuticas e se constituem em serviços de saúde de caráter residencial transitório, com oferta contínua de cuidados por até nove meses, para situações já estáveis. Em ambas as modalidades de atenção residencial a indicação para o acolhimento é de responsabilidade da equipe dos CAPS, com elaboração de PTS e articulação da rede de cuidados (BRASIL, 2011).

A atenção hospitalar é formada pelas enfermarias especializadas em Hospital Geral e pelos serviços Hospitalares de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. As enfermarias especializadas em hospital geral oferecem tratamento para casos graves, em especial de abstinência e intoxicações severas. Os serviços hospitalares de referência oferecem cuidado hospitalar, com internações de curta duração. O acesso a internação hospitalar, deve ser regulado por intermédio do CAPS. Caso o usuário passe primeiro por internação, a unidade deve providenciar a sua vinculação a um CAPS, que dará continuidade na assistência ao usuário (BRASIL, 2011).

Enquanto estratégias de desinstitucionalização encontra-se o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), que são moradias destinadas ao acolhimento de pessoas egressas de internações de longa permanência, assim consideradas as que duram dois anos ou mais, de forma ininterrupta. Os SRTs devem estar inseridos na comunidade, buscando promover a autonomia, a cidadania e a progressiva inclusão social. O Programa de Volta para Casa, instituído pela Lei 10.708 de 2003, também é uma estratégia de desinstitucionalização. O Programa prevê um auxílio reabilitação para pessoas egressas de internações de longa permanência (BRASIL, 2011).

Por fim, a Reabilitação Psicossocial da RAPS pode ser formada por iniciativas de geração de trabalho, renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. O objetivo da Reabilitação Psicossocial deve ser a inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Essas iniciativas precisam articular, para além das redes de saúde outros recursos disponíveis no território (BRASIL, 2011).

Sobre a transição da assistência em saúde mental de base hospitalar, para comunitária, o Ministério da Saúde divulga que o incremento anual de CAPS se manteve estável desde 1998,

em 2014 o número de CAPS habilitados no Brasil chegou a 2209 (dois mil duzentos e nove). A destinação de recursos para atenção hospitalar também vem diminuindo de forma gradativa e constante. A partir de 2005 houve a reversão para maiores gastos em atenção territorial e comunitária, alcançando 79,39% dos recursos em 2013 e menores investimentos em atenção hospitalar, chegando a 20,61%. O que significa a gradativa solidificação de um modelo de cuidados de base territorial e comunitária para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso álcool e outras drogas (BRASIL, 2015).

Em 2017, a Resolução N.º. 32 do Ministério da Saúde, criou dispositivos, estabeleceu diretrizes com metas para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Importante mencionar a resolução, mas suas alterações não serão abordadas no presente estudo, uma vez que, não se relacionam com o período estudado. No início de 2018, ocorreram também mudanças nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, com a Resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) N.º. 1/2018, com o objetivo de promover ações que façam frente às graves demandas sociais relacionadas ao crescente uso de álcool e outras drogas no país. A atual política é denominada Política Nacional de Saúde Mental Álcool e outras Drogas envolvendo as estratégias e diretrizes adotadas pelo Brasil no intuito de organizar e prestar a assistência as pessoas com necessidade de cuidados em Saúde Mental, compreendendo as pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais e incluindo os transtornos relacionados ao uso de nocivo e dependência de substâncias psicoativas, como o álcool e outras drogas (BRASIL, 2018).

A trajetória da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas é decorrente de um contexto sócio histórico, marcado por lutas e reformas, que buscaram garantir ao sujeito com sofrimento psíquico atenção à saúde mental pautada no respeito à promoção da saúde, a convivência comunitária e aos os direitos fundamentais. Desde a criação da Política, que representou uma ruptura com o modelo de assistência anterior, a política já passou por readequações. Houve significativa reversão de investimentos, antes destinados mais a leitos hospitalares e que hoje destinam-se em sua maioria a rede extra-hospitalar. Os pontos de atenção ou serviços foram ampliados, as atribuições reformuladas e as práticas repensadas em um processo contínuo para a implementação dos objetivos da política.

3 INTERVENÇÃO DO SISTEMA DE JUSTIÇA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Neste capítulo o objetivo é compreender as possíveis interações entre o Sistema de Justiça e a Política de Saúde Mental. Primeiramente, apresentando a conjuntura em que o judiciário é legitimado a intervir na política de saúde, fenômeno mais estudado no campo das políticas públicas, que conforme a literatura está relacionada a ineficiência ou a percepção de ineficiência da política. Buscou-se conhecer as questões que costumam ser relacionadas a essa ineficiência, reconhecendo a crescente necessidade de ação estatal para a proteção social e garantia do direito a saúde como parte do estado de direitos, preconizado pela Constituição Federal de 1988, a estrutura do Estado brasileiro e sua organização político-administrativa, a crise fiscal dos Municípios e o subfinanciamento do SUS.

Em sequência, o capítulo busca identificar as circunstâncias em que o Judiciário é legitimado a intervir ou interagir com a política de saúde mental, em específico, identificando a ação para garantia de acesso ou provisão em saúde, a internação compulsória e a execução de medida de segurança. Por fim, o capítulo esclarece por que o estudo considera o Sistema de Justiça nessa relação e não somente o Poder Judiciário.

3.1 A judicialização da saúde

A judicialização da política, em sentido amplo, consiste na utilização do Poder Judiciário como meio de exigir o direito, impelindo a prática às instituições administrativas e/ou legislativas. Assim, a arena política que além do Executivo e o Legislativo passa a contar com a intervenção do Judiciário (FLEURY, 2012). Já a judicialização da saúde é descrita como um meio de atuação legítimo de cidadãos e instituições, para a garantia e a promoção dos direitos firmados que envolvem a saúde e reconhecida como um fenômeno devido a sua significativa incidência (VENTURA *et. al.*, 2010). Esse crescimento da judicialização da saúde representa o aumento da intervenção do Poder Judiciário no espaço de gestão das políticas de saúde, anteriormente restrito a influências político-partidárias e de agentes individuais, podendo ser considerado um fenômeno político, social e jurídico (BARREIRO; FURTADO, 2015).

A adesão ao estado de bem estar-social levou a um reordenamento na oferta de serviços públicos, a sociedade deixou a perspectiva de generosidade do governo, característico de estados liberais e passou a reivindicar a proteção social como um direito do cidadão (LIPSKY, 2010). Embora tenha encontrado resistência na configuração conservadora dos governos que

questionavam os novos papéis assumidos pelo estado (MENICUCCI, 2007), a gradativa substituição do modelo de estado liberal para um modelo de estado de bem-estar social, foi responsável pela ampliação de políticas sociais, incremento de legislações e consequentemente pela transformação dos modelos de implementação e gestão (OLIVEIRA, 2013; RESENDE, 2014; CAVALCANTE, 2014).

A Constituição Federal de 1988, considerada uma constituição social, instituiu os pilares sobre os quais devem se desenvolver as políticas sociais no Brasil, por meio de uma série de direitos e garantias, o subsequente ciclo de desenvolvimento dessas políticas está atrelado ou limitado a esses fundamentos (RESENDE, 2014). A Constituição Federal, em seu art. 196, estabelece a saúde como “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Além disso, com a previsão de universalização, igualdade e gratuidade da saúde, garantidas pela Constituição se impossibilitou a existência de restrição ao acesso à política e o Estado assume o papel garantidor do direito à saúde em relação a todo cidadão (MACÊDO *et. al.*, 2015; MARQUES *et. al.*, 2019). E nesse contexto a judicialização da saúde costuma ser justificada pelo desfecho ineficiente na garantia do direito constitucional a saúde pública, gratuita e universal (FLEURY, 2012; WANG *et. al.*, 2014; CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015; MAPELLI JUNIOR, 2015; MACÊDO *et. al.*, 2015).

Assim como a Constituição Federal instituiu direitos e garantias sociais, também fixou competências institucionais. As políticas que compõe o estado de proteção social, saúde, educação e assistência social, incorporaram o princípio da descentralização político administrativa, embora essa distribuição federativa da autoridade política seja variável de acordo com as diferentes políticas. As políticas sociais tendem a dotar o governo federal com o planejamento e coordenação, enquanto a operacionalização se desenvolve nos estados e municípios. Enquanto isso, as políticas econômicas mantiveram seu ciclo, centralizadas no governo federal (ARRETCHE, 2004; MOREIRA; RIBEIRO; OUVENEY; 2017). No caso da política de saúde, na distribuição de competências cabe a União à formulação, financiamento e coordenação da política nacional. O governo federal, tendo como principal instituição o Ministério da Saúde, detém a autoridade para formulação e decisão macro política além de coordenar a sua execução pelos estados e municípios. Embora algumas políticas passem pelo legislativo ainda é a União que direciona e influencia a decisão política (ARRETCHE, 2004).

Com esse processo de descentralização da política de saúde ocorrido após os anos 90, também conhecido por municipalização da saúde, é possível observar o alargamento da rede pública municipal. A participação dos municípios em procedimentos ambulatoriais passou de 65% em 1995, para 84% em 2000. Já os serviços de alta-complexidade, caracterizados pela

provisão hospitalar, ilustram um aumento muito tímido da participação dos municípios passando de 23% em 1995, para 30% em 2000. Os grandes provedores dos serviços públicos hospitalares, ainda são os hospitais privados e filantrópicos com 61% da rede em 2001 (ARRETCHE; MARQUES, 2007). Além do aumento das responsabilidades na provisão, o processo de implementação do SUS complexou as prerrogativas municipais na gestão do sistema de saúde (LIMA, 2012).

Referida a tendência à municipalização da implementação da política de saúde, chega-se ao terceiro ponto abordado pela literatura, que é a carência de recursos financeiros. Talvez a questão mais consistente na literatura, em termos de relação com as falhas da execução das políticas de saúde. Como ocorre em outras políticas sociais, os recursos orçamentários destinados ao financiamento das políticas de saúde são insuficientes para alcançar os objetivos constitucionais (MACÊDO *et. al.*, 2015).

As dificuldades financeiras que ocorrem desde a criação do SUS, inviabilizam a oferta igualitária de serviços e refletem insegurança na população (FLEURY, 2012). O momento de criação do SUS e os que se seguiram foram de crise fiscal, desencadeando um movimento de ajuste e estabilização econômica como tendência global de gestão. A falta de recursos financeiros para os estados e municípios, aliada a posições conservadoras direcionam para reformas estruturais com a diminuição das atribuições governamentais, solução de caminho inverso aos direitos sociais recém conquistados. Propostas de direcionamento do gasto público para os domínios mais pobres, consentindo ao mercado a prestação de serviços sociais para os mais ricos, passam a ser aceitas, como forma de reduzir o gasto público (MENICUCCI, 2007).

A arrecadação fiscal se concentra na União e secundariamente nos estados, mas o repasse é destinado majoritariamente aos municípios. Na arena da saúde há ainda a vinculação de gastos mínimos no orçamento, o que reproduz essa desigualdade no campo da arrecadação para o campo da execução (ARRETCHE, 2004). O financiamento da política de saúde é de competência dos três entes federados. Mas para atender as suas competências, os municípios além de seus próprios fundos recebem recursos da União e dos estados. Os estados recebem repasses de verbas da União, respeitadas as contrapartidas dos recebedores para a manutenção dos recursos (CAVALCANTE 2014). A significativa expansão do número de municípios no Brasil, sem existência de norma reguladora para análise da capacidade de gerar renda, emprego e prover proteção social, contribuiu para que grande parte dos municípios sejam dependentes desses repasses da União (MOREIRA; RIBEIRO; OUVENEY; 2017).

Como se observa, a positivação do direito à saúde, concretizada pela Constituição Federal (1988), em meio à escassez de recursos orçamentários e dificuldades para a efetiva implementação de políticas sociais e econômicas que o garantam esse direito por parte do Estado, consentiu com que o Judiciário assumisse gradativamente um papel de atuação direta na política (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015; MAPELLI JUNIOR, 2015).

3.2 Intervenção judicial na implementação política de saúde

Este item se preocupa com a contextualização dessa atuação do judiciário na implementação da política de saúde. Como se verifica, a brecha para a intervenção do judiciário, segundo a literatura, está na ineficiência das políticas públicas para a garantia do direito à saúde. Então buscamos ainda identificar na literatura características que envolvem essas ações e resultados dessa intervenção nas políticas públicas.

No campo da saúde pública brasileira é possível observar nas diferentes esferas de governo a existência de ações cujo objeto é o direito a saúde. Ocasão em que o Judiciário assume um protagonismo na efetivação da saúde e ao mesmo tempo há a submissão da gestão a presença do judiciário (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015; MARQUES *et. al.*, 2019). Mas qual o intuito dessa intervenção? Entre os objetivos para a atuação, a prevalência das ações de medicamentos ainda é a mais recorrente, mas também existem pedidos que pleiteiam procedimentos cirúrgicos, leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), insumos e outros tratamentos (MADEIRA, 2014; WANG *et. al.*, 2014; MACÊDO *et. al.*, 2015; MARQUES *et. al.*, 2019). Em pesquisa sobre o impacto da judicialização da saúde no Estado de Alagoas, no período de 2009 a 2014, Macêdo *et. al.*, (2015) verificaram que o acesso a medicamentos compreendia o maior número de demandas judiciais. Procedimentos médicos e cirúrgicos não alcançavam nem 50% do número de ações de medicamentos.

As implicações dessa atuação do judiciário no campo da saúde, vêm sendo descritas e analisadas (WANG *et. al.* 2014; CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015). Diante das consequências consideradas em sua maioria negativas, o papel atribuído ao Judiciário e assumido por este, como garantidor, vem sendo questionado (MAPELLI JUNIOR, 2015).

Wang *et. al.*, (2014) sintetizam três questões que têm sido abordadas como impactos da judicialização. A primeira é o favorecimento do cidadão que aciona o judiciário em detrimento daqueles que buscam os serviços disponíveis, criando um acesso desigual ao SUS. A segunda questão é o desequilíbrio na distribuição de competências federativas no SUS, as ações judiciais

acabam sobrecarregando os municípios. E terceira, a dificuldade para os gestores no planejamento e orçamento públicos, devido a impossibilidade de se prever os gastos gerados pelas demandas judiciais.

A garantia do direito a saúde pelo Estado, envolve dimensões individuais e coletivas. Individual em respeito à satisfação da necessidade do sujeito, a consideração às subjetividades, direitos e liberdades. Coletiva no sentido de o acesso a este bem-estar ser acessível a todos e a um custo aceitável para a sociedade. As ações judiciais impactam a gestão, pois privilegiariam determinados indivíduos em detrimento de outros (VENTURA *et. al.*, 2010).

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em 2013, com o objetivo de analisar o cenário da judicialização da saúde e o que denominou de política judiciária de saúde, desenvolveu um estudo multicêntrico focalizando as relações estabelecidas entre Poder Judiciário, sociedade e gestão de saúde, com foco nas estratégias de efetivação do direito à saúde. Entre as consequências da intervenção do Judiciário no campo da saúde, o estudo destaca uma ampliação da disponibilização dos serviços de saúde e procedimentos. Em um primeiro momento esse aumento soa positivo, mas precisa também ser considerado por outra ótica, pois em sua maioria as decisões são tomadas com base no crivo de magistrados e tribunais, sem que existam estudos programáticos sobre seus impactos (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015).

Exemplificativamente, decisões judiciais que avalizam o sujeito a pleitear judicialmente insumos ou procedimentos de saúde de qualquer ente da federação, se contrapõe a lógica da divisão de competências preconizada pelo SUS (WANG *et. al.* 2014). Os recursos gastos com as ações judiciais que demandam a saúde impactam o orçamento e a gestão, deixando de serem utilizados de forma estratégica e planejada pelos governos. A judicialização faz com que a determinação do uso desses recursos se embase na efetivação de direitos e garantias fundamentais, em detrimento de outros princípios como separação de poderes, repartição de competências e da reserva do possível. Os municípios são vistos como os mais prejudicados, isso porque, como já descrito, são responsáveis pela implementação da maior parte das políticas de saúde, na maioria decididas e planejadas pela União. A menor capacidade de absorver os custos das demandas judiciais e lidar com a imprevisibilidade orçamentária dessas, afetam o planejamento de suas ações (WANG *et. al.*, 2014; MACÊDO *et. al.*, 2015).

Necessário comentar que em 2019, o Supremo Tribunal Federal (STF), no julgamento do Recurso Extraordinário 855178, reafirmou a tese de responsabilidade solidária entre os três entes federados, nas demandas prestacionais na área da saúde. Mas não deixou de apreciar os critérios de constitucionais de descentralização, hierarquização, afirmando que compete a

autoridade judicial direcionar o cumprimento de acordo com as regras de competências, determinando o ressarcimento ao ente federado que suportou o ônus financeiro caso a pretensão não seja de sua competência. Ficando o questionamento se este posicionamento repercutirá nos impactos financeiros que suportavam os municípios até então (BRASIL, 2019).

Outro aspecto a ser considerado é que o fornecimento de insumos, procedimentos hospitalares e medicamentos no Brasil, ainda implicam em uma forte participação do setor privado na provisão da saúde (MENICUCCI, 2007). O que corrobora na área da saúde o pensamento de Adam; Kriesi (2007) que consideram uma ficção a composição da tomada de decisão política centrada no Estado, onde ainda impera uma indefinição dos domínios público e privado. Essa característica está presente principalmente em Estados frágeis e com ausência de recursos para atenção aos problemas, situação que força os estados a delegar atribuições e competências para agentes privados.

Em um estudo que analisou o impacto das decisões judiciais que obrigam o poder público a fornecer insumos, equipamentos ou realizar procedimentos na área da saúde para a gestão orçamentária da política de saúde de São Paulo-SP, se verificou que em 2011 o gasto com a judicialização da saúde foi de 6% do que o Município investiu na assistência farmacêutica, 10% do total de gasto com o fornecimento de medicamentos e materiais em saúde. Também, que 55% desse gasto foi para o fornecimento de medicamentos de responsabilidade do Estado ou da União e 45% dos tratamentos não estavam contemplados pelo SUS, estando assim, fora da previsão da política de saúde para acesso universal. A Secretaria de Saúde de São Paulo, buscando racionalizar os gastos com as demandas judicializadas, realiza licitações prévias para obtenção de melhores preços em medicamentos, insumos e tratamentos que possam ser requisitados por ordem judicial (WANG *et. al.*, 2014).

Na percepção dos gestores a judicialização da saúde, envolvendo a relação Ministério Público, Judiciário e gestores municipais e estaduais, é vista como prejudicial. Evidenciando o desenvolvimento de um ambiente negativo para a implementação, em vez de cooperativo. O posicionamento de determinadas instituições judiciais parece tratar a política como um problema, onde vigoram interesses e que a ação positiva só é produzida quando forçada, sob pena de punições que podem envolver até a prisão. Posturas como estas criam um ambiente hostil, com tendência a culpabilização e ações vingativas, proporcionando também o afastamento de profissionais qualificados de cargos públicos importantes. A coerção do sistema de justiça acaba por estimular o estreitamento de inovações políticas e institucionais (MOREIRA; RIBEIRO; OUVENEY; 2017).

Apesar de boa parte da literatura descrever a judicialização da saúde no Brasil como uma intervenção indevida sobre o planejamento e ações desenvolvidas pelo governo, além de uma ameaça aos gestores locais, sobretudo nas ações impetradas pelas procuradorias, a judicialização pode ser uma importante aliada do SUS (FLEURY, 2012). A interferência do Poder Judiciário na implementação de políticas públicas leva a necessidade de investir na oferta de bens e serviços públicos de qualidade, mas também na necessidade de abrir o diálogo com o Poder Judiciário (BARREIRO; FURTADO, 2014).

Em análise da atuação do Supremo Tribunal Federal nas ações de controle de constitucionalidade em matéria de políticas públicas sociais, Madeira (2014) evidencia que as decisões tendem a garantir sua implementação. O papel do judiciário tende a ser mais proativo em relação às políticas garantidoras de direitos, neste caso age como um aliado do Poder Executivo Federal garantindo a governabilidade e a efetivação das políticas propostas. O mesmo não se pode afirmar em relação aos estados e municípios, onde a resposta do tribunal é menos previsível, assumindo um papel fiscalizador e mandatário. Essa diferença de relação entre Judiciário e União e Judiciário e estados e municípios se explica pelo fato de as ações envolvendo municípios e estados estarem justamente mais relacionadas a implementação.

No campo da judicialização da saúde, é marcante a preocupação com a intervenção do Poder Judiciário na política de saúde, com maior ênfase para a fase de implementação da política. A literatura destaca o caráter impositivo das decisões judiciais e tende a reconhecer os municípios como os mais afetados por essas decisões, isso se deve ao papel do ente federado na execução da Política de Saúde, assumido com a descentralização e municipalização da política. O reconhecimento cada vez maior da participação do Judiciário na gestão da saúde, com o reconhecimento das ações impositivas, conduz ao pensamento de que quando o Judiciário atua, enquanto elemento externo demandando aos municípios, este influencia o direcionamento das ações e conseqüentemente os resultados da implementação da política.

3.3 Intervenção do Sistema de Justiça na política de saúde mental

Na atenção à saúde mental a intervenção por parte do Sistema de Justiça pode ocorrer por três importantes possibilidades previstas no ordenamento jurídico: garantia de assistência à saúde; a realização de tratamento compulsório e o cumprimento de medidas de segurança (BRASIL, 1940; BRASIL, 1988; BRASIL, 2001).

A intervenção do Poder Judiciário para a garantia de assistência à saúde é a conjuntura mais conhecida e pesquisada. Constitui-se pela falta ou escassez da prestação de serviços,

insumos e procedimentos em saúde, razão pela qual, o sistema de justiça intervém como o garantidor do direito constitucional a saúde (BRASIL, 1988; WANG et. al. 2014). A intervenção com o objetivo de garantir a assistência em saúde mental, possui a mesma essência da judicialização da saúde em sentido amplo.

Já a segunda possibilidade de intervenção é a determinação para a realização de internações compulsórias, previstas pela Lei 10.216 de 2001. A Lei prevê a realização de internações involuntárias e compulsórias, que algumas vezes são tratadas como sinônimos, pois ambas se caracterizam pela realização de tratamento contra a vontade do sujeito, entretanto, são dois institutos diferentes e nos importa diferenciá-los (BRASIL, 2001). Sendo esta situação relevante para o desenvolvimento desse trabalho, uma vez que o Sistema de Justiça vem assumindo um papel cada vez mais expressivo na imposição de tratamento aos indivíduos, sobretudo os acometidos por transtornos mentais ou sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas.

No caso da internação involuntária, esta ocorre quando não há o consentimento do paciente, mas é solicitada por um terceiro responsável que busca o estabelecimento de saúde para realizar a internação, o familiar ou pessoa próxima conduz o sujeito de forma involuntária diretamente ao estabelecimento de saúde. Neste caso, no prazo de setenta e duas horas, o responsável técnico pelo estabelecimento deve comunicar o Ministério Público Estadual, sobre o momento de entrada do paciente no estabelecimento, sobre a avaliação médica quanto a necessidade de internação e a respectiva alta. Não há intervenção do Estado no momento da internação, apenas após a sua efetivação, quando o Ministério Público Estadual avaliará a legalidade ou não e caso entenda necessário intervirá para salvaguardar os interesses da pessoa internada, tendo um papel fiscalizatório. Caso não haja necessidade de intervenção do Ministério Público, o tratamento mantém-se na relação família-sujeito-serviço de saúde (BRASIL, 2001).

Já nos casos de internação compulsória, situação comum nas demandas judiciais em saúde mental, sobretudo as relacionadas ao uso de álcool, crack e outras drogas, a internação também ocorre sem o consentimento do paciente, mas necessita ser determinada pelo juiz competente, havendo necessidade de avaliação médica indicando o procedimento. O juiz também deve considerar a segurança do estabelecimento, a proteção do paciente, dos outros internados e profissionais. Há, portanto, a necessidade de uma ação judicial, na qual a autoridade judiciária irá decidir pela internação ou não, e somente após a decisão, a internação pode ser realizada. Estabelece-se assim uma relação família-sujeito-Sistema de Justiça-serviço de saúde (BRASIL, 2001).

Por fim, as medidas de segurança que também constituem demandas judiciais, as quais cabem ao poder público a sua execução. Tais medidas são instituto do direito penal brasileiro que legitima a intervenção estatal em relação ao doente mental que apresente reduzida ou inexistente capacidade de discernimento e foi o autor de um ato antijurídico. Desse modo, tendo o agente praticado fato previsto como crime, verificada sua periculosidade e a ausência de imputabilidade plena, este estará sujeito a medida de segurança que poderá ser internação em hospital de custódia ou sujeição a tratamento ambulatorial (BRASIL, 1940).

No caso da garantia de assistência à saúde, o Sistema de Justiça, busca tutelar o acesso do usuário a tratamentos, procedimentos ou insumos, assim, o Estado ocupa o polo passivo da ação. Já nos dois últimos casos a realização de tratamento compulsório e o cumprimento de medidas de segurança, observa-se que o polo passivo da ação é ocupado pelo próprio usuário, cabendo ao Estado a atribuição pela execução da decisão. Como se observa as possibilidades de intervenção do Sistema de Justiça na política de saúde mental, situam-se na fase de implementação. Justamente onde segundo Barreiro; Furtado (2015), as decisões judiciais costumam trazer maiores implicações para a administração pública e gestão.

Ao buscar uma aproximação teórica entre os temas da Judicialização e Políticas Públicas é importante considerar a atuação do Poder Judiciário em si, mas também dos demais atores do Sistema de Justiça (BARREIRO; FURTADO, 2015). O Sistema de Justiça, aqui citado envolve tanto os órgãos integrantes do Poder Judiciário, elencados no capítulo III da Constituição Federal, os Tribunais Superiores e os Tribunais e Juízes dos Estados, quanto os órgãos autônomos que exercem as funções essenciais à Justiça, como é o caso do Ministério Público e da Defensoria Pública (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

A Defensoria Pública nos termos do Art. 134, *caput*, da Constituição Federal de 1988 se constitui como instituição permanente e essencial à função jurisdicional do Estado, cabendo-lhe como expressão e instrumento do estado democrático de direitos, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa judicial e extrajudicial, em todos os graus, dos direitos individuais e coletivos. A atuação da Defensoria Pública é integral e gratuita aos necessitados, assumindo cumprimento ao Art. 5º, LXXIV, da Constituição Federal de 1988, que preceitua que “o Estado, prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos”.

A Defensoria Pública somada ao benefício da Assistência Judiciária Gratuita (AJG), se configuram como canais de viabilidade do direito de ação, importante pressuposto para o Estado Democrático de Direito. O cidadão ao entender que houve lesão ou ameaça a algum direito, mas não possua condições econômicas de arcar com as despesas relacionadas ao processo

judicial e a representação judicial – constituição de advogado pode utilizar destas instituições para estes fins (VENTURA *et. al.*, 2010). A participação das Defensorias Públicas nas ações judiciais que envolvem a saúde é destacada em estudos do campo (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014; MACÊDO *et. al.*, 2015)

Quanto ao Ministério Público, a Constituição Federal (1988) em seu Art. 127 prevê “o Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”. Com a Constituição Federal (1988) o Ministério Público deixou seu papel primariamente repressivo e de proteção dos incapazes para atuar na defesa dos direitos fundamentais e interesse coletivo. Sendo instituído como um órgão do Estado, com garantias de autonomia e independência, que garantem-lhe fiscalizar a ação do próprio Estado e de atividades de interesse público (OLIVEIRA, 2013). No campo das políticas públicas, o STF reconheceu a legitimidade do Ministério Público inclusive para exigir a implementação de políticas públicas do Poder Executivo (MADEIRA; 2014).

Na conjuntura brasileira, conhecida por sua complexidade política, a execução de uma política pública envolve diversos atores e interesses a serem coordenados. compostos por burocracias de diferentes níveis de governos e distintos poderes, em um país federalista, presidencialista, de sistema multipartidário e com uma estrutura de regras que institucionais que impulsionam a colisão dos poderes instituídos (PIRES; GOMIDE, 2014). A relação conflituosa e competitiva entre os poderes Executivo e Judiciário é própria do estabelecimento das funções inerentes a cada um e a instituição de um sistema de freios e contrapesos estabelecido entre os poderes (BARREIRO; FURTADO, 2015).

A política pública pode ser analisada como o resultado da interação entre esses diversos atores e instituições que buscam de alguma forma influenciar o processo na direção mais favorável as suas próprias concepções e interesses. O embate pelo poder e por recursos entre atores sociais e de interesses é o núcleo da decisão, formulação e implementação de políticas (KLIJN, 1998; SOUZA, 2006). No campo das políticas públicas, o Poder Judiciário pode ser visto como ator e não somente caminho ou instrumento, vez que, seus agentes são dotados de personalidade política, sua atuação é coercitiva e seus posicionamentos podem ser prevalentes em relação a outros poderes e atores (TAYLOR, 2008).

O foco desse estudo é ainda mais ampliado, pois as demandas judicializadas de saúde mental envolvem o Sistema de Justiça como um todo, por isso incluem os Defensores Públicos e agentes do Ministério Públicos, também como atores. O papel político do Poder Judiciário é amplamente reconhecido, ainda assim, este não age de ofício, mas respondendo a provocação.

Considerando o Sistema de Justiça e não somente o Poder Judiciário, o estudo busca ampliar o olhar para as instituições da Defensoria Pública e do Ministério Público também como atores políticos na implementação, por estarem amplamente envolvidas nas ações que envolvem o direito a saúde.

4 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O objetivo da pesquisa se relaciona com a análise da implementação da política de saúde mental, influenciada pelo elemento externo Sistema de Justiça e para isso, se faz necessário situar o trabalho no campo da implementação de políticas públicas, a fim de compreender os fundamentos que embasam a análise. Neste capítulo, a discussão é realizada abordando a linha de análise da política pública enquanto um ciclo dinâmico e contínuo, delimitando o olhar para a implementação da política pública. Com a exposição da trajetória do campo de implementação da política pública, buscou-se trazer as abordagens tradicionais *top down* e *bottom up* para apresentar e justificar a possibilidade de trabalhos híbridos. Dentro dessa possibilidade são delimitados os aspectos da literatura que alicerçam a análise da pesquisa.

4.1 O ciclo de políticas públicas

Existem diferentes definições do que são políticas públicas (SOUZA, 2007; HOWLETT; RAMESH; ANTHONY, 2013). Retomando conceitos Souza (2007) sintetiza política pública como o campo que se desenvolve com dois objetivos simultâneos: colocar o governo em ação ou analisar a ação do governo e propor mudanças se identificada a necessidade. A autora situa a política pública e a política social, que nos interessa com maior ênfase para a pesquisa, como campos multidisciplinares, com teorias da ciência política, sociologia e da economia, daí a dificuldade em se estabelecer uma teoria geral das políticas públicas. Para a autora, as definições do que seja a política pública convergem ao focalizar os governos, ou seja, o lócus onde se desenvolvem os embates em torno de interesses, preferências e ideias.

Uma das definições mais difundidas e que atende a perspectiva adotada neste estudo é a de Thomas Dye, de 1972, citada e abordada por Howlett; Ramesh; Anthony (2013, p. 06) que descreve a política pública como “tudo que um governo decide fazer ou não fazer”. Para os autores essa definição de Dye que parece simplista traz importantes questões. A primeira é que o agente principal da decisão política é o governo, responsável por tomar decisões oficiais em nome dos cidadãos. Embora atores e instituições privados, organizações não-governamentais e associações possam participar em algum momento das decisões ou execução da política, quando se fala em política pública, está se falando de iniciativas sancionadas por governos. A segunda questão é que a política pública é uma escolha, envolve uma decisão tomada pelo

governo que pode ser positiva, no sentido de fazer, ou negativa, de não fazer alguma coisa em relação a um problema. E terceira, a política pública é intencional, é a determinação consciente do governo em prol de um objetivo.

A literatura recente de políticas públicas tem se desenvolvido diferenciando cinco fases no ciclo político-administrativo que são: montagem de agenda, formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação de políticas (HOWLETT; RAMESH; ANTHONY, 2013). O *policy cycle* tem se mostrado um modelo interessante para a análise dos fatos que envolvem a vida de uma política pública (FREY, 2000). Esta tipologia do ciclo da política pública, a considera como um ciclo deliberativo em que esses estágios vão construindo um processo dinâmico e de aprendizado que se retroalimenta (SILVA; MELO, 2000; SOUZA, 2007; HILL; HUPE, 2014).

A formação da agenda política ou *agenda setting*, primeira fase do ciclo político e a mais enfatizada na tipologia do ciclo de políticas públicas, busca compreender por que, e de que forma alguns temas chamam a atenção e entram na agenda de governo (SOUZA, 2006; CAPELLA, 2007). Entre os modelos teóricos para a compreensão do processo de montagem da agenda, destacam-se o Modelo de Equilíbrio Pontuado desenvolvido por Baumgartner e Jones em 1993 e o Modelo de Múltiplos Fluxos por John Kingdon em 2003 (CAPELLA, 2007).

A formulação é a fase que sucede a definição do problema, nesta fase os governos desenvolvem propósitos e plataformas eleitorais, traduzindo em ações e programas para atender aos seus anseios de mudança (SOUZA, 2006). Como referido, a formulação de políticas está baseada no processo prévio de diagnóstico ou reconhecimento de uma situação problema. Nesta fase subsequente são estabelecidos os objetivos, os recursos, as ações e o horizonte temporal da política (SILVA; MELO, 2000). A formulação é quanto se estabelecem as propostas e elementos estruturantes da política (HOWLETT; RAMESH; ANTHONY, 2013).

A tomada de decisão ocorre após o problema entrar na agenda, serem pensadas e propostas as soluções. A fase de tomada de decisão é a aprovação formal ou informal da política a ser adotada (HOWLETT; RAMESH; ANTHONY, 2013).

A implementação corresponde à fase em que a decisão política é posta em prática ou executada. A literatura sobre a implementação de políticas públicas é mais recente em relação às fases iniciais e foi construída sob diferentes perspectivas que refletem a organização político-administrativa (LOTTA, 2010). As principais abordagens para a compreensão e análise da implementação se basearam nas visões *top down* ou *bottom up* diferenciando-se quanto ao foco da análise (PÜLZL; TREIB, 2006; LOTTA, 2010; LIMA; D'ASCENZI, 2013). A primeira enfatiza as características materiais e técnicas dos planos políticos em contraponto com os resultados do processo de formulação. Ao comparar os resultados com os objetivos do plano,

verifica a conformidade, ou não, busca identificar os possíveis erros na implementação e prescrever melhorias para os planos. A segunda perspectiva evidencia as estruturas político-administrativas e a atuação dos atores envolvidos, buscando compreender o processo de implementação inserido em um contexto de ação (FREY, 2000; LIMA; D'ASCENZI, 2013).

Já a avaliação de políticas públicas, última fase do ciclo de uma política pública, se ocupa das consequências das decisões políticas. Interrelacionada com a implementação, a avaliação questiona o que aconteceu, quais os impactos, enquanto a implementação se ocupa do porquê (VAN METER; VAN HORN, 1975). A avaliação se refere ao estágio em que se avalia, analisa e determina de que forma a política está operando na prática, se os meios são adequados, analisa os resultados e a compatibilidade destes, com a intenção política (HOWLETT; RAMESH; ANTHONY, 2013).

O modelo baseado em estágios tem importante espaço na compreensão do processo político, mas não deve servir para dissociar uma fase das outras. Não há como olhar para a fase de implementação sem considerar o impacto de formulação, sobretudo quando falamos de mudanças políticas, a implementação também cria política (PÜLZL; TREIB, 2006). A abordagem sequencial, também denominada ciclo de políticas públicas, serve muito mais como instrumento de recorte do objeto de estudo, de utilização heurística, do que como uma teoria analítica, pois carece de variáveis explicativas para a análise (LIMA; D'ASCENZI, 2013).

Como a fase de implementação é o foco deste trabalho sua conceituação será detalhada em seguida, emergindo da literatura diferentes definições, um breve apanhado histórico do campo, os principais estudos e teorias, até chegarmos aos aspectos chave para a análise no presente estudo.

4.2 A implementação de políticas públicas

A implementação da política pública recebeu diversas definições que foram questionadas e remodeladas por diferentes perspectivas com a evolução do campo de estudos. A bibliografia sobre a implementação de políticas públicas traz diversas concepções e vicissitudes algumas complementares e outras conflitantes. Para contextualizar o momento estudado, dentro do ciclo de políticas públicas, as definições e suas críticas serão descritas conforme forem abordados os modelos analíticos a que se referem. Inicialmente cabe-nos mensurar algumas conceituações de implementação de políticas públicas encontradas na literatura que a definem como:

- o processo de interações entre os objetivos definidos da política e as ações realizadas para atingi-los (PRESSMAN; WILDAVSKY, 1973);

- o campo que se desenvolve entre a decisão política, estruturada formalmente e o resultado no contexto de ação, compreendendo o esforço, os conhecimentos e os recursos utilizados (SABATIER; MAZMANIAN, 1980; HOWLETT; RAMESH; ANTHONY, 2013);

- processo que se desenvolve por meio de ações realizadas pelos implementadores ou suas organizações, sejam públicos ou privados, no intuito de efetivar os objetivos da decisão política. Essas ações envolvem tanto os esforços instantâneos para transpor as decisões políticas em práticas operativas, como também os esforços de longo prazo, que visam efetivas as mudanças previstas pela política (VAN METER; VAN HORN, 1975);

- processos sociais que podem fazer a intenção política se transformar em ações (ELMORE, 1978; O'TOOLE, 2014);

- o processo de apropriação de uma ideia, como consequência da interação entre a intenção política e os elementos presentes no contexto local de ação (LIMA; D'ASCENZI, 2013).

Os estudos em políticas públicas, por algum tempo, negligenciaram a fase de implementação, voltando-se primariamente as fases de formação de agenda e formulação de políticas públicas (VAN METER; VAN HORN, 1975; SABATIER; MAZMANIAN, 1980). O pressuposto inicial era que após a decisão, a política seria simplesmente implementada. Essa suposição explica o descuido inicial com a fase de implementação (SMITH, 1973).

O final da década de 1960, início da década de 70, houve uma crescente preocupação com a eficácia das políticas públicas e do governo. Nos anos 70 foi um momento de rever o conceito de planos de políticas estratégicas, dando ênfase ao projeto e o desenvolvimento da política como um processo que responde ao ambiente. Esse novo conceito de plano previa o monitoramento contínuo e a avaliação de desempenho da política. Essa mudança de perspectiva, com a identificação da discrepância entre a decisão política e a política de fato, deu origem a estudos detalhados sobre o estágio posterior a decisão política, mas o foco ainda era para a adequação dos resultados com a intenção política (SABATIER; MAZMANIAN, 1980; BARRET, 2004). Estes ensaios evidenciaram o primeiro ponto de partida dos estudos em implementação, reconhecendo que mesmo com diferentes planos, o desempenho, em sua maioria, era insatisfatório para atender aos objetivos iniciais (BARRET, 2004).

Com o desenvolvimento do campo, os estudos de implementação são apresentados em três gerações. A primeira geração é constituída por modelos baseados em uma abordagem *top-down* e a segunda geração constitui-se pelas abordagens *bottom-up*. As duas primeiras gerações

costumam ser classificadas como polarizadas ou dicotômicas, vez que, consideram o processo de implementação em perspectivas antagônicas. Uma terceira geração surge composta por estudos híbridos, que buscam o caminho do meio entre os dois primeiros desenvolvimentos teóricos (BARRET, 2004; PÜLZL; TREIB, 2006, HOWLETT; RAMESH; ANTHONY, 2013).

As definições do estágio de implementação convergem ao reconhecer que os resultados de uma política podem divergir da intenção política e a resposta para a diferença está na implementação. Também consideram o estágio enquanto um processo e reconhecem a influência de diferentes aspectos no seu desenvolvimento. Por fim, buscam compreender a implementação sem a distinção entre política e administração, reconhecendo que a execução e os elementos do contexto de ação integram a política pública.

4.2.1 Abordagem *top-down* ou primeira geração de estudos sobre implementação

Na perspectiva *top down* ou primeira geração de estudos sobre o processo de implementação, a política é formulada no topo e entregue ao sistema administrativo para ser executada por agentes, na medida em que os objetivos e orientações são passados para os níveis mais baixos de hierarquia até chegar à base da pirâmide ou sistema. Na base os agentes devem atuar em conformidade com o plano político que já prevê estratégias de reforço e coerção para alcançar os objetivos (BARRET, 2004; HOWLETT; RAMESH; ANTHONY, 2013).

Maior parte da literatura que abordou implementação de políticas nos anos 1970 e 1980, assumiu a implementação como um processo essencialmente *top-down*, a se desenvolver administrativamente e de forma hierárquica (BARRET, 2004). Entre os estudos iniciais sobre implementação Barret (2004) cita: Pressman e Wildavsky 1973; Gunn 1978; Sabatier e Mazmanian 1979; Dunsire 1978; Hood 1976; Hanf e Scharpf, 1978. Com base nesses ensaios a autora enumera quatro fatores, relacionados à implementação da política, que passaram a ser fortemente pesquisados e explicados, ainda relacionados a uma visão hierárquica da implementação. O primeiro é a clareza dos objetivos políticos, se os objetivos são claros ou deixam espaço para diferentes interpretações e discricionariedade na ação. O segundo fator estudado é a multiplicidade de atores e agências atuando na implementação, aspecto que pode estar relacionado a problemas de comunicação e coordenação entre os envolvidos. O terceiro são os valores e diferenças de interesse inter e intraorganizacionais que interferem na interpretação e motivação dos atores e agências para a implementação. O terceiro é fator a autonomia das agências de execução, situação que limita o controle administrativo central da política.

Foi com a perspectiva *top down* do processo de implementação que em 1973, Pressman e Wildavsky, em trabalho considerado marco fundador em matéria de implementação de políticas públicas abriram campo para a importância desta área de estudos (HILL, 2003; VAQUERO, 2007; HILL; HUPE, 2014). Pressman; Wildavsky (1973) problematizaram a implementação analisando o fracasso de um programa federal de incentivos financeiros empresariais para o financiamento de obras públicas e privadas visando a criação de empregos, descrevendo e analisando a tentativa frustrada de implementação do programa em Oakland no Estado da Califórnia. O fracasso do programa foi atribuído a um conjunto de situações que se desencadearam na implementação como: tentativas de burlar o rito burocrático prévio, deixando de passar por algumas instâncias; articulação com políticos locais para obter vantagens; criação de restrições a abrangência do programa pela própria burocracia; desempenho insatisfatório das empresas locais, o que foi argumento para mudanças nos critérios de concessão dos benefícios; críticas e descrédito em relação ao programa; utilização dos recursos para finalidades diversas daquelas para as quais foi criada, e os desacordos entre burocratas locais e gestores do programa para a aprovação de projetos (PRESSMAN; WILDAVSKY, 1973).

Embora os autores resumam os riscos para a implementação nos critérios legislativos contraditórios e restritivos, conflitos administrativos e o desempenho das empresas locais beneficiadas, eles também reconhecem que a capacidade do plano de prever tais situações é delicada, uma vez que, a maioria dos entraves só aparecerá na sucessão de fatos que envolvem a execução. “O que esperamos mostrar é que o aparentemente simples e direto é realmente complexo e complicado” (PRESSMAN; WILDAVSKY, p.93, 1973).

Essa complexidade e a dificuldade de se analisar o processo de implementação também desmotivou o empenho dos pesquisadores por se aprofundar na compreensão desta área de conhecimento (VAQUERO, 2007). Reconhecendo a implementação das políticas públicas como um processo, a análise da implementação estava voltada para os fatores determinantes e as consequências das políticas públicas para os destinatários finais, enfatizando a diferença entre a política adotada e a efetivamente implementada. Com isso não se queria resolver os problemas relacionados ao impacto das políticas, mas mensurar e explicar o desempenho (VAN METER; VAN HORN, 1975).

No final da década de 80, o trabalho de Sabatier; Mazmanian (1980) desenvolveu mais do que uma análise de diferentes aspectos relacionados ao processo de implementação de políticas públicas, mas um esforço para sistematizar o conhecimento produzido até então,

desenvolvendo um quadro conceitual sobre o processo de implementação. Esse ‘novo conceito de plano’ previa o monitoramento contínuo e a avaliação de desempenho da política.

O estudo de Sabatier; Mazmanian (1980) propôs um quadro conceitual, estruturado em três categorias. O primeiro aspecto analisado é a tratabilidade ou solubilidade do problema, indicando os aspectos que condicionam a possibilidade de efeitos da política em relação ao problema. O segundo é a capacidade do plano político para estruturar o processo de implementação, delimitando o problema e objetivos, estruturando o processo de implementação por meio da escolha das organizações implementadoras, prevendo os recursos e dispondo das orientações necessárias. Já o terceiro é o efeito de variáveis não controladas pelo plano político, como instituições externas e atores afetados para o apoio aos objetivos da política (SABATIER; MAZMANIAN, 1980).

Os aspectos centrais da abordagem *top down* estavam em identificar as falhas da implementação para aprimorar o desenvolvimento da formulação. Como se fracasso da implementação estivesse relacionado com falhas na formulação, na capacidade de abordar o problema, na comunicação dos objetivos e não ao contexto de ação. O controle da discricionariedade dos implementadores também aparece como questão central. Buscar fazer planos bem formulados, mas também limitar a atuação da burocracia para que essa aja de acordo com o plano político, são elementos importantes para se evitar o fracasso da implementação nessas abordagens (LIMA; D'ASCENZI, 2013).

Em resumo, as análises de abordagem *top down* partem da decisão política, da elaboração e estruturação de um plano que estabeleça, oriente e controle a ação, avalia o quando da proposta inicial foi de fato implementada e busca encontrar razões para as falhas encontradas (LOTTA, 2010; HOWLETT; RAMESH; ANTHONY, 2013). Essa visão hierárquica trazida pela perspectiva *top down* está ancorada em um conceito weberiano de burocracia³ e pode ser considerada uma idealização da implementação. Isso porque, a persecução de informações precisas, regras claras, recursos suficientes, coordenação perfeita, controle do processo e dos atores, comando único e autoridade, são claramente utópicas (SILVA; MELO, 2000; PÜLZL; TREIB, 2006).

A perspectiva *top down* promoveu uma estrutura consistente para a observação da mudança política, sendo considerada prescritiva. A crítica a abordagem de cima para baixo é que ela não favorece a descrição e compreensão do processo de implementação. O seu ponto

³ O modelo de Weber considerava a burocracia em seu papel meramente executor, desconsiderando a percepção, sentimentos e valores dos implementadores. O burocrata era visto como cumpridor de regras e procedimentos, submetido a decisões hierárquica superiores (LOTTA, 2012).

de vista hierárquico e centralista vacila na atenção a ações de outros atores envolvidos, como as organizações privadas, atores independentes, burocratas de nível de rua, acadêmicos, entre outros (ELMORE, 1979/1980; BARRET, 2004; VAQUERO, 2007). Em que pese as críticas, é notável que a primeira geração de pesquisadores em implementação não hesitou em aumentar a conscientização sobre o assunto na comunidade acadêmica na sociedade como um todo (PÜLZL; TREIB, 2006).

4.2.2 Abordagem *bottom-up* ou segunda geração de estudos de implementação

Em contraponto a abordagem *top down* e como uma alternativa se desenvolveram os trabalhos de perspectiva *bottom-up*, considerados a segunda geração de estudos sobre o processo de implementação de políticas públicas (PÜLZL; TREIB, 2006; VAQUERO, 2007). Nas perspectivas *bottom up* a análise não se detém em questionar como uma política foi implementada ou comparar os resultados com os objetivos políticos originais, como em uma relação de causa e efeito, mas se debruça em compreender como e porque se desenvolveu dessa forma, no nível de entrega, olhando de baixo para cima (FREY, 2000; BARRET, 2004). A abordagem *bottom-up* teve como importantes expoentes: Lipsky, 1980, Elmore, 1980 e Hjern, 1982 (PÜLZL; TREIB, 2006).

Lipsky (1980) em seu trabalho sobre os *street-level bureaucracy*, abordou o papel dos atores responsáveis pela implementação da política pública e sua relação com o destinatário da política. O burocrata de nível de rua, denominado genericamente pelo autor, são os funcionários que atuam na execução da política e constituem os serviços prestados pelo governo. Cada contato com os trabalhadores públicos são uma instância de entrega de políticas. Grande parte dos funcionários dos serviços públicos possuem interação direta com o cidadão, isso permite que o destinatário da política, também interfira na implementação. Lipsky trouxe para a análise da implementação de políticas públicas aspectos que influenciam a atuação da burocracia: como a discricionariedade e as inter-relações entre burocratas, agências e cidadão.

Em perspectiva semelhante Elmore (1978), considerando que a compreensão da política não pode ser realizada a margem e separadamente dos seus meios de execução, sistematizou um modelo sociológico da implementação, buscando compreender o processo burocrático que se desenvolve entre as organizações. Partindo de quatro pressupostos básicos: o traço central das organizações é a interação entre a rotina, englobando os processos estabelecidos para o trabalho e a autonomia que permite a tomada de decisões individuais; o poder nas organizações não é central e tende se fragmentar e dispersar em unidades menores, cada unidade acaba por

especializar-se e exercer um controle sobre as tarefas específicas; as decisões políticas buscam modificar a realidade, mas passam pelas organizações, sua unidade e trabalhadores, fazendo com que se realizem de forma gradual; o estudo da implementação consiste em identificar o que precisa ser alterado na atuação burocrática para alcançar os objetivos, introduzindo práticas alternativas a serem incorporadas pelas organizações.

Em relação aos estudos *top down*, as abordagens *bottom up* partem da outra ponta da cadeia de implementação considerando os implementadores, o contexto em que ocorre as ações e como estes redesenam a política (LOTTA, 2010; HOWLETT; RAMESH; ANTHONY, 2013). Isso faz com que a influência das normas e diretrizes, assumidas na decisão política sejam variáveis subestimadas na análise (LIMA; D'ASCENZI, 2013). Embora busquem se voltar para a compreensão e explicação, as abordagens *bottom up* são também criticadas, mas pela deficiência na prescrição de soluções (BARRET, 2004).

4.2.3 Abordagens híbridas ou terceira geração de estudos de implementação

Conhecida a dicotomia entre as abordagens *top-down* e *bottom-up*, quanto ao foco de análise, em resumo, os modelos estão relacionados ao grau de autonomia dos burocratas no momento da implementação em relação ao plano e as normas estabelecidas na decisão política (LIMA, 2012). Se diferenciam quanto ao núcleo de análise do modelo, uma abordagem *top-down* foca na estrutura formal da política sopesando a estrutura normativa e os resultados alcançados na prática e uma abordagem *bottom-up* toma como centro da implementação os atores implementadores e suas ações (FREY, 2000; LIMA; D'ASCENZI, 2013). Esses modelos analíticos ou superestimam a importância do plano formal, ou a discricionariedade da burocracia (LIMA; D'ASCENZI, 2013).

As críticas se aplicam a ambas as perspectivas e ao mesmo tempo as duas abordagens não se mostram necessariamente excludentes uma em relação à outra (HOWLETT; RAMESH; ANTHONY, 2013). Em que pese à diferença de perspectiva ao olhar para a implementação, algumas preocupações parecem comuns às perspectivas teóricas. Ambos reconhecem que a política nem sempre se traduz nos resultados esperados e relacionam essa diferença entre intenção e resultado ao processo de implementação. Ambas visualizam a implementação como um processo que se desenvolve entre instituições e atores responsáveis pela execução dos objetivos políticos. Ambas se empenham em identificar aspectos que influenciam o processo de implementação como a estruturação da burocracia, os recursos e as interações inter e

intraorganizacionais. Também pretendem produzir conhecimentos para que políticas futuras sejam mais bem sucedidas.

As lacunas para abordar as escolhas políticas dentro do processo de implementação e porque os implementadores se comportam de determinada maneira, permanecem. Diante disso, uma terceira geração de estudos de implementação tem se voltado para o desenho e comportamento da implementação buscando fazer a ponte e preencher as lacunas entre as abordagens dicotômicas *top-down* e *bottom-up*, incorporando as ideias de ambos os campos em seus modelos teóricos. Os estudos que se autodenominaram híbridos também empreendem esforços para trazer maior cientificidade para o campo (PÜLZL; TREIB, 2006; HOWLETT; RAMESH; ANTHONY, 2013). Exponentes do campo como: Elmore, 1985; Sabatier, 1986; e Goggin e colaboradores, 1990; tentaram realizar essa síntese entre as abordagens, além de outros que também trouxeram contribuições para essa nova abordagem (PÜLZL & TREIB, 2006).

Nessa terceira perspectiva surgiu à ênfase nos processos políticos de negociação, mediação e mudança, aspectos existentes na fase de formulação, que se mantém na implementação, onde os agentes trabalham para proteger ou buscar seus próprios interesses e valores. Essa perspectiva de relações retira a análise das hierarquias, dos mecanismos de comunicação e controle, para enfatizar as estruturas e relações de poder entre os atores e agências como fatores que moldam a implementação da política pública (BARRET, 2004).

Por meio de esforços para desenvolver modelos integrativos que combinem as duas perspectivas, um enfoque pluralista permite a utilização de diferentes marcos teóricos e percepções do processo, no intuito de ampliar a visão da realidade do campo (VAQUERO, 2007; LIMA; D'ASCENZI, 2013). Como evidenciado por Elmore (1978), não existe um corpo teórico organizacional único, que possa captar plenamente toda a complexidade do processo de implementação, todo modelo será sempre uma simplificação da realidade.

No Brasil também identificamos estudos que se debruçam em contruções analíticas para além da dicotomia *top down* e *bottom up* (SILVA; MELO, 2000, LIMA; D'ASCENZI, 2013). Silva; Melo (2000) ponderam que o contexto institucional e organizacional brasileiro possui características específicas que interferem no ciclo de políticas públicas, com destaque para complexidade e diferenciação funcional, e dificuldades de coordenação e cooperação intergovernamentais. Com base nisso, propõem um modelo que considera a implementação não como um processo, mas como um jogo entre essa multiplicidade de instituições e instâncias implementadoras. Já Lima; D'Ascenzi (2013) propõem um modelo de análise de implementação que enfatiza os elementos cognitivos, as ideias e os valores de mundo dos

implementadores, sem desconsiderar aspectos relacionados ao plano político e ao contexto de ação das abordagens tradicionais.

4.3 Delimitação dos aspectos de análise da implementação de políticas públicas no estudo

Assim como a compreensão, o foco da análise da implementação de políticas públicas atende a diferentes demandas. Existem diferentes definições sobre o foco na análise da implementação de políticas públicas, mas aqui é possível observar uma maior uniformidade, quando comparada a compreensão:

- analisar os fatores que contribuem para a realização dos objetivos da política (VAN METER; VAN HORN, 1975);
- entender como as políticas são moldadas por meio do processo de implementação (ELMORE, 1978);
- identificar elementos que influenciam essa trajetória entre a formulação e os resultados políticos (SABATIER; MAZMANIAN, 1980);
- compreender a frustração da decisão política, porque o processo levou resultados diferentes do esperado (FREY, 2000; FARIA, 2012).

Primeiro aspecto a ser considerado para o estudo é que os instrumentos analíticos-conceituais da análise de políticas públicas foram elaborados em sua maioria, em democracias consolidadas do Ocidente. Ao transpor o conjunto de instrumentos para a implementação e análise de políticas públicas de países em desenvolvimento é necessário considerar as particularidades políticas, sociais e econômicas dessas sociedades (SMITH, 1973; FREY, 2000). As políticas públicas formuladas nos países em desenvolvimento costumam ser amplas e abrangentes, contudo, a estrutura do Estado, recursos e burocracias encontram dificuldades para a efetiva implementação (SMITH, 1973).

Além da pluralidade de configurações estatais a análise da implementação de políticas públicas também precisa apreciar a natureza da política estudada. A multiplicidade de políticas faz com que as variáveis de análise e os prognósticos não sejam os mesmos para todas. Por exemplo, uma lei ou um serviço instituído por lei, é algo mais formal e sólido se comparado a programas e projetos administrativos. Uma lei tem maior possibilidade de se consolidar e se preservar com o tempo, pois sua modificação ou alteração requer o envolvimento do poder legislativo. Em contrapartida, um programa ou projeto de governo estão sujeitos à vontade dos governos, podendo ser facilmente alterados com a mudança de administração ou até mesmo no curso de uma mesma gestão (VAQUERO, 2007).

Também considerando a burocracia enquanto coletividades, que estão direcionadas a objetivos estabelecidos no plano político, mas que agem baseadas em suas escolhas e orientadas por preferências e impactadas pelas interações do contexto local, é necessário considerar os diferentes fatores e que estes condicionam diferentes resultados na implementação (LOTTA; 2012). O desenvolvimento da análise dos processos de implementação de políticas públicas precisa considerar os diversos aspectos de forma inter-relacionada (VALAITIS *et. al.*, 2016)

Diante disso, para além de considerar a construção teórica do campo, importante delimitar os aspectos do campo de implementação a serem considerados para a análise, considerando os resultados que se pode alcançar com os dados disponíveis para a análise, foram delimitados os seguintes elementos: o plano político formal e os aspectos cognitivos dos atores, as instituições e atores envolvidos no processo e as interações no campo de implementação. Em respeito à opção pela pluralidade entre as correntes teóricas, considerar-se-á os aspectos relacionados a ação da burocracia e suas consequências para a política sem, no entanto, deixar de analisar os reflexos dos planos políticos e seus mecanismos de controle da implementação.

4.3.1 Plano formal: a intenção política e os aspectos cognitivos na implementação

A política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas é resultado de um processo de Reforma Política, que vem se desenvolvendo por quase 40 anos entre movimento pela reforma, estruturação da política formal, implementação, avaliação e reformulações. O que esse processo reformador pressupõe é uma ruptura, mesmo que incremental de aspectos sociais, técnicos, jurídicos e políticos com um modelo anterior. Como afirma Smith (1973) a implementação de uma política quase sempre pressupõe a alteração ou exclusão de antigos padrões de ação e instituições. O fato de a política estar legalmente estruturada, não necessariamente lhe garante segurança de implementação.

O plano político ou política formal é o programa, plano ou lei que o governo decide implementar (SMITH, 1973). São os regulamentos, normas, estatutos que estabelecem formalmente a política e moldam o processo de implementação. O plano político institucionaliza a decisão política, esclarecendo os problemas a que a política se destina, os objetivos almejados e estrutura o processo de implementação. Para estruturar a implementação o plano seleciona as instituições responsáveis, orienta a ação dos funcionários das organizações responsáveis, estabelece o fornecimento de recursos legais e financeiros, além de constituir os mecanismos de controle do processo de implementação (SABATIER; MAZMANIAN, 1980).

Em que pese a divergência de valores atribuídos ao plano formal, pelos diferentes modelos de implementação, é necessário tê-lo presente na análise. O plano formal da política consiste em um conjunto de disposições que orientarão a ação, mas que precisam ser interpretadas e adaptadas ao contexto local. A avaliação quanto ao sucesso ou fracasso está no esforço de ação produzido, não restringindo a conformidade com os objetivos previamente assumidos. “O mais relevante é verificar quais foram os efeitos gerados e se eles são desejáveis ou não”. Manter o foco apenas no plano formal da política e sua prescrição, desconsidera a influência dos implementadores e os aspectos relacionados a estes atores e a realidade local (LIMA; D’ASCENZI, 2013, p. 106).

É legítima a ligação, mas não a determinação, entre a fase de concepção da política pública e a implementação (VALAITIS *et. al.*, 2016). Embora este trabalho partilhe do entendimento de que não há uma determinação direta entre o plano político formal e sua execução, não se desconsidera que existe uma relação entre eles. “Analisar como algo é feito inevitavelmente criará a necessidade de entender a ideia executada e como ela se conformou” (LIMA; D’ASCENZI, 2013, p.105).

Ao analisar as teorias referentes à implementação, Hill (2003) adverte para duas questões que serão aqui consideradas. A primeira diz respeito à imagem da política como algo compartilhado entre formuladores, gestores e implementadores, partindo do pressuposto que se apresentados estatutos bem formulados, claros e com mecanismos de controle, estarão resolvidas as divergências na implementação. Ao se verificar que os entendimentos que os implementadores têm sobre a política e a sua autonomia para se posicionar influenciam os rumos da execução, temos uma lacuna para os estudos do campo. A segunda questão está no foco da literatura sobre as organizações governamentais que deixa de considerar outras entidades e atores, como os cidadãos, organizações de classe e acadêmicas, organizações privadas que atuam no nível de rua e em sua maioria não são passíveis de controle pelos governos.

A clareza dos implementadores sobre os padrões, objetivos e o que se espera deles está relacionada ao sucesso da implementação. Se houver distorções no processo de disseminação da informação ou falta de conhecimento os implementadores terão dificuldades na execução do programa (SANI; IDRIS, 2018). Essa apropriação do conhecimento dos burocratas de nível de rua a respeito das diretrizes políticas, mudanças desejadas e mecanismos de operação interfere sobre sua atuação. Esses atores, por vezes, aprendem sobre a política que são chamados a implementar, por meios diversos do governo. Ou seja, a falta de informação e capacitação faz com que estes trabalhadores se utilizem de outros meios de conhecimento e apropriação da

política como a própria comunidade, perspectivas pessoais, organizações privadas e meio acadêmico (HILL, 2003; HILL; HUPE, 2007).

Além de uma questão de conhecimento, a atenção aos objetivos da política é uma questão gerencial, mas que se complica com a capacidade de resistência dos burocratas de nível de rua com base em seus próprios recursos institucionais, profissionais e comunitários (LIPSKY, 2010). É necessário considerar a ideia que a política provoca no meio social, as percepções dos afetados, público-alvo e dos implementadores (SMITH, 1973).

As políticas normalmente são desenvolvidas por instâncias superiores, em uma perspectiva de cima para baixo. O fato de não serem pensados pelos atores locais, que entendem do problema, fará com que a aceitação destes da proposta e objetivos do programa repercuta sobre os resultados da implementação. Assim como as ações dos legisladores são influenciadas por suas crenças, normas e valores, os implementadores também agirão conforme suas concepções (SANI; IDRIS, 2018).

A respeito das concepções de mundo, dos aspectos socioculturais dos agentes responsáveis pela execução e como estes, influenciam os rumos da implementação da política, Lima *et.al.* (2014) identificaram que os implementadores tecem entendimentos simbólicos dos objetivos e estratégias da política pública, seja pela falta de treinamento nos marcos da política, seja pela percepção de carência dos recursos e do baixo grau de apoio. Em sua atuação os burocratas criam uma visão particular da política, de acordo com as possibilidades e necessidades locais e o entendimento dos burocratas sobre a política influencia a ação. Embora a política implementada possa diferir da política formal, é esse redesenho que permite a implementação de fato.

As perspectivas analíticas ainda atribuem a ênfase nas condições e limitações materiais que condicionam o processo de implementação. Mas tendo em vista que o entendimento dos implementadores sobre a política é relevante para a análise, a inserção de variáveis cognitivas, ou seja, que consideram as ideias, valores e concepção de mundo dos atores se torna necessária. As variáveis cognitivas recebem destaque, pois atuam como mediadoras entre as intenções contidas no plano e sua apropriação nos espaços locais. Isso se dá porque a interpretação da estrutura normativa de uma política pública é influenciada pelas concepções de mundo dos atores que irão executá-la e de suas condições materiais. Dessa amálgama se desenvolve a ação, a política pública de fato e a análise do processo de implementação que deriva dessa dinâmica deve considerar alguns fatores, entre os quais se destacam as características do plano, a organização do aparato administrativo responsável pela implementação e as ideias, os valores e as concepções de mundo dos indivíduos (LIMA; D'ASCENZI, 2013).

Partindo da percepção de Hill (2003) de que a política não necessariamente será algo compartilhado entre formuladores, gestores e implementadores, o estudo busca compreender os aspectos formais da política em correlação com as ideias e concepções que os atores envolvidos apresentam na implementação, inserindo variáveis cognitivas, como sugerido por Lima; D'Ascenzi, 2013. Também considerando nesse processo, a apropriação da política pelo meio social, uma vez que, o cidadão enquanto usuário da política que interage com a burocracia, em sua maioria não são passíveis de controle pelos governos, mas podem influenciar as ações no campo da implementação (SMITH, 1973; HILL, 2003; LIPSKY, 2010; LOTTA, 2012).

4.3.2 Burocracia: organizações e atores na implementação de políticas públicas

Ao olhar para a implementação é importante identificar qual, ou quais os responsáveis pelo processo. As organizações, atores ou redes, envolvidos na implementação são estabelecidos pelo plano político (SMITH, 1973; SABATIER; MAZMANIAN, 1980). O plano além de estabelecer os objetivos, seleciona as organizações responsáveis, estabelece o fornecimento de recursos legais, financeiros e constitui os mecanismos de controle do processo de implementação (SABATIER; MAZMANIAN, 1980).

Os aspectos relacionados às instituições na pesquisa em implementação de política têm ido além dos tradicionais focos na burocracia ou nos mercados. As políticas estão atreladas a ações institucionais, sendo em grande parte dependente da instrução dessas instituições (O'TOOLE, 2000). Cada organização envolvida possui características próprias e estas influenciam o desempenho do programa (SANI; IDRIS, 2018). O sistema político e organizacional desenvolve incentivos e disponibiliza recursos. Esses incentivos e recursos criam o contexto de ação dos implementadores, assim as decisões da burocracia também estão ancoradas nas condições, opções ou limitações estabelecidas pelas instituições e organizações (LOTTA, 2012).

Neste processo, a burocracia pode ser compreendida como um corpo de funcionários públicos, uma estrutura organizacional ou ainda um sistema de serviços responsável pelo desenvolvimento de bens e serviços públicos. Dentro do sistema constitucional do estado, a burocracia é essencial na execução das políticas públicas, mais do que isso, a burocracia é uma instituição central na efetivação do estado democrático de direito. Devido a sua capacidade de colocar em prática as decisões de governo, é um ator chave não só a efetivação das decisões políticas, mas para incitar acordos de longo prazo e a estabilidade das políticas públicas (ZUVANIC; IACOVIELLO, 2010).

As burocracias passaram a ser reconhecidas como responsáveis também pelos rumos das decisões políticas, ao passo que, embora não sejam eleitos, os burocratas realizam escolhas e tomam decisões políticas (FARIA, 2012). A burocracia também tem influência em outras fases do ciclo de políticas públicas, desde a elaboração até o controle e avaliação, mas é na fase de implementação que sua atuação é decisiva (ZUVANIC; IACOVIELLO, 2010). Nesta fase, em que pese o governo e os estatutos serem aspectos centrais, os burocratas que atuam em diferentes agências e níveis de poder exercem impactos consideráveis na execução das ações políticas que lhes são atribuídas (LOTTA, 2012; HOWLETT; RAMESH; ANTHONY, 2013).

Os burocratas de nível de rua são os agentes que atuam nas burocracias e em seu trabalho interagem diretamente com o cidadão. Exemplos típicos desses trabalhadores são: assistentes sociais, juízes, advogados públicos, profissionais de saúde, professores e policiais. Estes trabalhadores dão acessos a programas governamentais e prestam serviços dentro das agências públicas. É o conjunto das decisões individuais dos burocratas em suas rotinas diárias de atuação que constituem ou se aliam a efetivação da política de agência (LIPSKY, 2010). O papel e a influência dos burocratas são centrais em matéria de implementação, pois permitem compreender como as decisões políticas são traduzidas para a prática e quais os fatores que influenciam as mudanças e os resultados (LOTTA, 2012).

Quando o olhar se volta para a burocracia implementadora, a discricionariedade desses atores se torna um ponto chave para compreender sua atuação. A discricionariedade da burocracia de nível de rua está na autonomia, maior ou menor, que permite a decisão do agente implementador sobre a sua ação em relação a implementação. Em termos práticos podemos visualizar a decisão de um burocrata sobre o acesso e a forma dos benefícios prestados por uma agência (LOTTA, 2012). Ao se observar os estudos já mencionados no decorrer deste capítulo, pode-se verificar que a discricionariedade é um dos pontos centrais de apreciação na literatura de implementação de políticas públicas, independente da perspectiva teórica, é o papel que a discricionariedade ocupa na implementação.

A discricionariedade é um conceito relativo, as características dos contextos e dos profissionais que atuam no nível de rua tornam difícil ou até impossível eliminar a discricionariedade. As situações em que atuam são complexas e reduzir todas em formatos padrões de ação não condiz com a prática cotidiana. Outro ponto é que os burocratas de rua atuam em muitas situações que exigem respostas às dimensões humanas e sociais, neste caso suas tarefas requerem avaliação e conduta sensíveis ao caso e suas particularidades. É preciso que esses profissionais atuem de forma imparcial, mas comprometida com as circunstâncias reais (LIPSKY, 2010). A burocracia tende a reivindicar essa autonomia decisória, o que por

vezes a coloca em conflito com outros órgãos do governo e poderes (BANCO INTERNACIONAL DE DESENVOLVIMENTO, 2007).

Na perspectiva *top down* essa autonomia da burocracia seria um fator negativo, responsável por falhas na implementação. Ao se observar o ponto de vista *bottom up*, de Lipsky (2010), verifica-se que a discricionariedade é o que permite adaptar a política a realidade local. É a faculdade atribuída ao funcionário de considerar, avaliar e agir conforme entender melhor para a situação específica, isso não significa desconsiderar as normas e o plano político. Segundo O'Toole, (2014) o conhecimento sobre a implementação utilizado para a tomada de decisões e elaboração da política, serve para a descoberta ou entendimento dos fatos, mas nunca será capaz de dizer exatamente o que fazer e prever todas as situações. A discricionariedade se torna necessária, como mecanismo de adequação dos objetivos da política a realidade.

A discricionariedade também contribui para a legitimação da ação do estado com os usuários, permitindo uma relação destes com a política e sua efetivação. Os burocratas estão próximos a realidade, ouvem as queixas, tem acesso aos problemas e podem ter suas decisões influenciadas pelo destinatário da política. São esses trabalhadores públicos que entregam a política para os usuários, assim, grande parte da ação dos funcionários que atuam no nível de rua constituem os serviços prestados pelo governo. Os burocratas “possuem as chaves de uma dimensão de cidadania”, ao considerarmos a discricionariedade da burocracia e a sua interação com o cidadão, se reconhece a participação do cidadão no processo de implementação como um ator (LIPSKY, 2010, p.4).

A política nem sempre é construída para atender aos interesses daqueles a que se destinam, grupos e indivíduos afetados normalmente não participam do processo de formulação, é no momento de implementação que o destinatário da política busca atuar e não na formulação (SMITH, 1973). A burocracia de nível de rua é o instrumento ou elo por meio do qual os usuários vivenciarão a política. As necessidades dos usuários são experimentadas por estes de forma individual, como visto, o burocrata por ter o contato com essa vivência e ser detentor de certa autonomia em sua atuação poderá observar a demanda do usuário e esta influenciará sua atuação. Ao estabelecer uma proximidade com o destinatário, o burocrata pode assumir o papel de representação dos interesses dos usuários (LOTTA, 2012).

Também é importante considerar os recursos disponíveis, isso porque a burocracia toma suas decisões dentro de um repertório de possibilidades dependentes das condições oferecidas pelo sistema político. O contexto específico é o pano de fundo da atuação dos burocratas, podendo ampliar, moldar ou limitar suas atividades. (LOTTA, 2012). As fragilidades encontradas no sistema público de atenção à saúde repercutem significativamente em seu

processo de implementação e vice-versa. A compreensão dos processos de implementação de políticas, no ambiente responsável pela implementação, podem fornecer informações importantes para outros contextos que vivenciem ou sejam submetidos a processos semelhantes (VALAITIS *et. al.*, 2016). Os recursos humanos, financeiros, estruturais e de tempo são importantes para o resultado da implementação de políticas públicas, sendo também necessária a habilidade dos implementadores para otimizar os recursos disponíveis (SANI; IDRIS, 2018).

Conhecidos aspectos relacionados a burocracia, a análise parte da premissa do modelo de Lipsky (2010) segundo o qual a burocracia, organizações e atores, são responsáveis pelos rumos da implementação e sua atuação não ocorre alheia à realidade, mas sim no campo prático, estando vulnerável a diferentes aspectos. As instituições e organizações oferecem as diretrizes e os recursos para a atuação da burocracia. A concepção de discricionariedade, ou autonomia da burocracia considerada pelo autor, se mostra importante ao passo que o estudo se volta para a interação direta com o Sistema de Justiça, elemento externo que pode influenciar a autonomia na ação da burocracia. Além das instituições e atores formais, a análise considera o público-alvo como ator no processo de implementação, devido a possibilidade de atuação deste junto a burocracia para influenciar as ações.

4.3.3 Contexto de ação: interações no processo de implementação

Os desafios e possibilidades na implementação da política apontam elementos contextuais e quando se fala em implementação de políticas de cuidados em saúde os aspectos facilitadores e as barreiras enfrentadas costumam ser comuns em diferentes contextos. Entre as dificuldades estão à fragmentação do sistema, escassez de recursos humanos e financeiros, complexidade das relações interorganizacionais. Entre os aspectos favoráveis a implementação estão os defensores das políticas, suporte e comunicação dos implementadores e a adaptação operacional (O'TOOLE *et. al.*, 2011).

A implementação de políticas públicas é uma tarefa importante e complexa, podendo envolver um ou diversos órgãos burocráticos e em diferentes níveis de governo. Se a implementação da política for atribuída a uma única organização, é possível que a utilização de conhecimentos sobre administração pública possam ser utilizados, obtendo-se resultados positivos. Contudo, quando a implementação envolve ações de mais de um cenário organizacional a capacidade de efetivação pode aumentar, mas o processo de implementação torna-se mais complexo. Isso ocorre na medida em que a efetivação das ações por uma organização possui uma relação de interdependência com as ações desenvolvidas por outra

organização e a cooperação interorganizacional passa a ser necessária para alcançar bons resultados (O'TOOLE, 2014).

Se uma organização depende de outras para o seu desenvolvimento e sobrevivência, as relações que esta estabelece influenciarão suas ações. E, as questões relacionadas à mudança política e processos políticos são resultados da interação e cooperação de um conjunto de atores (KLIJN, 1998; BRANDES; KENIS; WAGNER, 2003; ADAM; KRIESI, 2007). Após a promulgação da política, outros atores podem somar-se a coalizão, o que neste caso, pode aumentar as chances de sucesso na implementação. As relações entre organizações que se estabelecem trazem implicações práticas para o processo de implementação, podendo contribuir para o sucesso ou fracasso da política (O'TOOLE, 2014).

Igualmente as atividades dos burocratas dessas instituições precisam atuar em contextos políticos, organizacionais, institucionais e comunitários e todos esses aspectos influenciam suas ações. A implementação enquanto um processo complexo, se desenvolve na dinâmica de interações entre implementadores e os diversos aspectos relacionados que impactam o processo. Há o envolvimento de diversas pessoas, interesses, poderes, recursos, disputas, informação e desconhecimento que conduzem a política para a ação. Se trata de uma série de sistemas que impactam e interferem a ação dos burocratas e conseqüentemente no processo de implementação (LOTTA, 2010; LOTTA, 2012).

Quanto maior o número de instituições e atores, maior a possibilidade de desacordo. Mesmo não tendo desacordo com a política, a linha de frente da implementação pode dificultar ou suspender a implementação quando percebe que esta afeta os seus interesses. Cada instituição possui uma visão particular sobre a política de acordo com seus interesses, competências e área de atuação. A repercussão disso é que duas agências envolvidas na implementação da mesma política podem caminhar com objetivos distintos. Esse fenômeno, também acontece dentro das próprias instituições, onde podem ocorrer diferenças das perspectivas. Assim, mesmo não havendo grupos de oposição, a diferença de perspectivas institucionais pode acabar agindo de forma contrária a política (PRESSMAN; WILDAVSKY, 1973).

Reconhecer a complexidade dessas interações que envolvem os processos políticos e os conteúdos da política articulada, permite descrever as relações internas e externas da esfera político-administrativa, seja com os diferentes agentes pertencentes à administração pública, seja com os órgãos externos do setor privado e da sociedade. Olhar para as relações também possibilita abordar o sistema político-administrativo em ação, da forma interativa e dinâmica em que este se desenvolve (KLIJN, 1998; PROCOPIUCK; FREY, 2009).

Ao apresentar a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, ficou evidente a amplitude que envolve a constituição da rede assistencial para atender aos seus objetivos. Trata-se de uma política que preconiza a atenção em uma rede prevista para atuar de forma integrada, que abrange diferentes níveis de complexidade, compostos múltiplos dispositivos de saúde em cada nível de assistência. Sinalizada a complexidade organizacional da implementação da política estudada, também importante pontuar que a análise ocorre a partir de sua interação com o Sistema de Justiça, razão pela qual, entre os aspectos que a análise de implementação de políticas públicas permite apreciar, considerar-se-á as interações estabelecidas no campo. Busca-se com isso, identificar como se desenvolvem as interações, se os fluxos são representativos de tensões ou ações representativas de cooperação, já cristalizadas, os aspectos de comunicação e coordenação e se há conflitos e disputas de poder sobre a condução das ações.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Delineamento, período e local

O contexto de ação estudado é a Política de Saúde Mental, a partir de demandas que contenham a intervenção do Sistema de Justiça, tendo como objeto de análise a implementação da política, considerando os atores, instituições e as relações que influenciam esse processo. O olhar para análise está focado no que está sendo feito, como é realizado, buscando compreender por que o processo se desenvolve desta forma.

A pesquisa consiste em um estudo de caso de caráter descritivo e abordagem quantitativa. A base de dados são prontuários administrativos abertos e acompanhados pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Passo Fundo-RS, ou seja, pelo órgão gestor do Município, em decorrência de demandas de saúde mental encaminhadas pelo Sistema de Justiça para a RAPS.

O período analisado vai de 01 de janeiro de 2014 à 31 de dezembro de 2017, compreendendo assim os anos de 2014, 2015, 2016 e 2017. O período foi escolhido devido a organização do setor responsável pelo acompanhamento destes processos, vinculados ao Núcleo de Saúde Mental a partir de 10/2012, o que permite o acesso a informações comuns das ações constantes nos prontuários administrativos de acompanhamento das demandas.

Os dados dos prontuários administrativos foram complementados pelas informações disponíveis no sistema de consulta processual do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, a fim de consolidar as informações disponíveis sobre o processo. Embora esses processos tramitem em segredo de justiça, a verificação dos polos ativos e passivos, a existência de intimação do Ministério Público, a existência ou não de custas judiciais e a designação do tipo de ação foram informações encontradas junto ao sistema. Durante a coleta de dados realizou-se anotações de campo para auxiliar na compreensão das informações quantificadas.

A coleta de dados foi realizada no período de março de 2018 a junho de 2018. Foram identificados 945 prontuários administrativos. O cálculo amostral indicou uma amostra de 274 sujeitos, com erro amostral de 5%. Como a pesquisa está embasada em prontuários, devido à subjetividade do registro das informações as variáveis nem sempre são identificadas em todos os prontuários, optou-se por diminuir o erro amostral para 3%, gerando uma amostra de 502 prontuários, no intuito de garantir maior confiabilidade dos dados coletados. Foi incluída a variável “não identificado” em todas as perguntas, para que as informações não claras pudessem ser classificadas como não válidas e excluídas na análise.

Quanto aos critérios de amostragem, optou-se pela amostra probabilística, para isso, a coleta seguiu a ordem de prontuários constantes em uma tabela de controle do setor, sendo coletados aleatoriamente 1 em cada 2 casos, para completar a amostra foram inseridos aleatoriamente mais 8 casos de cada ano. Foram incluídos os prontuários administrativos que acompanhem demandas de pacientes de ambos os sexos, residentes no Município quando do ajuizamento da ação que originou demanda de saúde mental, independente se por sofrimento ou transtorno mental ou devido a necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com ou sem comorbidades.

A opção pelo método descritivo na presente pesquisa leva em consideração os apontamentos de Adam e Kriesi (2007) considerando o cuidado para não exagerar nas possibilidades de uma rede de política, que precisa limitar-se a descrição e a análise quantitativa modelar das características individuais.

O local do estudo é o Município de Passo Fundo, cidade localizada na região norte do Rio Grande do Sul. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, a população residente no município é de 184.826 pessoas, o Município tem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,776 e renda per capita em 2013 de 36.928,93 reais (BRASIL, 2010). Tendo na ocasião da coleta de dados, 82 estabelecimentos de saúde da administração pública cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A cidade é reconhecida como polo universitário e principalmente referência na oferta de serviços hospitalares, fluxos estes que seguem paralelos e fizeram com que Passo Fundo se destacasse no cenário regional. O fato de ter um repertório amplo de serviços públicos e privados de saúde enseja o desafio de realizar ações e estratégias na gestão municipal e estadual.

A escolha pelo Município ocorreu por tratar-se de um município de médio porte, ou seja, com problemas que não alcançam a concentração e magnitude de grandes cidades, permitindo uma visão abrangente sobre a implementação da política estudada. Do mesmo modo, diferencia-se de municípios de pequeno porte pela existência de oferta de atenção à saúde em diferentes níveis de complexidade: básica, média e alta-complexidade.

A RAPS do Município quando da coleta de dados era composta por 03 (três) CAPS: 01(um) CAPSad, 01(um) CAPSII e 01(um) CAPSi. Conforme informações da gestora do Núcleo de Saúde Mental, estava em andamento licitação para a construção de um CAPSIII. No Município eram 36 (trinta e seis) unidades que integram atenção básica e destas unidades de saúde, 06 (seis) unidades possuíam serviço de referência em saúde mental com profissional da psicologia. Além destes dispositivos, o Município contava com um Ambulatório de

Especialidades onde, entre outras especialidades médicas, se disponibilizava atendimento médico-psiquiátrico.

Para as demandas de internações hospitalares em saúde mental operam em Passo Fundo, 01(um) hospital psiquiátrico privado e 02(dois) hospitais gerais, 01 público e 01 privado, com leitos psiquiátricos. Os hospitais gerais atendem situações de urgência e emergência, o que não ocorre no Hospital Psiquiátrico. No momento da pesquisa a cidade contava com a oferta de 157 (cento e cinquenta) leitos para internação psiquiátrica e parcerias público-privadas para a oferta de 32(trinta e duas) vagas em Comunidades Terapêuticas, persistindo ainda demandas para comunidades terapêuticas subsidiadas pelo Estado.

O Município integra uma região administrativa estadual de 62 (sessenta e dois) Municípios, vinculados a 6ª Coordenadoria Regional de Saúde. Tal dado é relevante ao passo que, usuários de outros Municípios realizam tratamentos de saúde em Passo Fundo e residentes de Passo Fundo também são assistidos em outros Municípios.

5.2 Considerações éticas, coleta e análise de dados

O projeto para o desenvolvimento da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, CAAE 76735617.2.0000.5347. Considerando em seu desenvolvimento os preceitos éticos em pesquisa, previstos na Resolução nº 466/2012, assim como, da Resolução n.º. 510/2016 ambas do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016). Foi dispensada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, porque o contato com os participantes deste estudo ocorreu apenas pelo acesso ao prontuário administrativo, não havendo contato pessoal. Sendo de inteira responsabilidade dos pesquisadores o respeito à dignidade dos participantes, considerando sua vulnerabilidade psicossocial.

As informações contidas nos prontuários administrativos foram coletadas por meio de um formulário padronizado, previamente elaborado inicialmente a partir da pesquisa bibliográfica. Após a aprovação pelo comitê de ética, o formulário de coleta foi adaptado com base em uma pesquisa exploratória. A reformulação das questões teve o intuito de garantir que o maior número de informações disponíveis e relevantes fossem coletados, além de realizar testes no *software* utilizado.

Cabe lembrarmos que o estudo está embasado em prontuários administrativos, não padronizados, de um órgão gestor e complementadas por informações públicas do sistema de acompanhamento processual do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, desse modo, as

informações contidas não permitem um aprofundamento maior sobre características individuais. Mas considerou-se que os dados registrados no setor evidenciam as características relevantes para o acompanhamento do caso pelo órgão gestor, para definição de qual o dispositivo irá atender, quais as ações a serem realizadas e informações das ações para o Poder Judiciário.

A análise de dados é descritiva, de abordagem quantitativa pela verificação estatística de características da demanda, ideias contidas nas decisões judiciais, procedimentos realizados, fluxos e correlações entre variáveis, por meio do software SPSS. Com a finalidade de caracterizar as demandas judiciais em saúde mental e a rede de atenção no Município de Passo Fundo-RS, os dados coletados foram ponderados por levantamento estatístico em 03 categorias de análise: contextualização do objeto de estudo (demandas, instituições e atores); ações no campo da implementação da política de saúde mental (o quê, como e por quê?); rede na implementação de políticas públicas (inter-relações, coordenação, fluxos e arranjos institucionais).

Ao longo da análise, os processos, ações e decisões foram sopesados com as leis, portarias e diretrizes que compõe o arcabouço institucional da Política Nacional de Saúde Mental, além de outras, como as relacionadas as funções institucionais, normas processuais. Tal passo é fundamental porque é preciso saber o que está nas normas formais, para olhar o que é feito e compreender as adaptações da política que envolvem o processo de implementação. O objetivo não é avaliar a conformidade, se a política implementada está correta ou não, mas compreender o processo de transcrição da política formal para a política de fato. O referencial teórico analítico está baseado na literatura sobre implementação de políticas públicas em uma perspectiva integradora, utilizando-se de mais de uma teoria do campo. Por se tratar da análise de implementação de uma política específica, a de saúde mental, com a particularidade da judicialização da saúde, o referencial teórico destes campos também contribuiu para a compreensão dos dados.

6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Ao abordarmos as interações ocorridas na implementação de uma política sob a ótica de ações judiciais direcionadas a rede de atendimento, em questões específicas, inicialmente é fundamental conhecermos essa demanda e o que caracteriza essas ações, quais as instituições e conseqüentemente os atores envolvidos nos fluxos. Além disso, cabe verificar a apropriação da política formal pelos atores e os aspectos cognitivos que envolvem esse processo, as interações estabelecidas e as adaptações da política na implementação.

Nesse capítulo, apresentaremos as variáveis estudadas apresentando: variáveis de contextualização do objeto de estudo, demandas, instituições e atores, ações no campo da implementação da política de saúde mental, o que é solicitado e o que é realizado e aspectos de rede, fluxos e comunicação.

Objeto da ação judicial

Esta variável responde qual o pedido principal da ação judicial, do que se trata a ação judicial.

Tabela 1 - Objeto da ação judicial

Pedido principal	Porcentagem
Internação compulsória	88,1%
Interdição/curatela	5,1%
Provisão em saúde	3,4%
Medida de proteção criança/adolescente	2,4%
Cumprimento de medida de segurança	0,2%
Outros	0,8%
Não identificado/excluído da análise	1,4%

Fonte: própria

Os dados nos permitem evidenciar que o foco da tutela judicial em saúde mental, que é acompanhada pelo órgão gestor é realização de internações compulsórias

Hipótese diagnóstica principal

O objetivo da variável é identificar de qual ou quais condições de saúde mental estamos falando nos casos estudados. Os dados constantes nos prontuários administrativos, na maioria dos casos não contemplam diagnóstico estabelecido com referência de Classificação Internacional de Doenças (CID), razão pela qual, identificou-se a ‘hipótese diagnóstica’, que é baseada em referências realizadas em algum momento dentro do prontuário. A variável foi composta por 6 grupos de transtornos relacionados à saúde mental, em relação aos quais obteve-se as seguintes porcentagens:

Tabela 2 - Hipótese diagnóstica por grupo

Hipótese diagnóstica	Porcentagem
Transtorno relacionado ao Uso de Álcool e outras Drogas	83,8%
Transtornos do Humor	5,2%
Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos	8,7%
Transtornos de Personalidade	0,2%
Transtornos do Desenvolvimento Intelectual	1,4%
Outros	0,6%
Não identificado/ excluído da análise	15,1%

Fonte: própria

Verifica-se que os transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas é a condição que caracteriza a maior parte da população estudada. No caso em estudo a atuação do sistema de justiça em relação à saúde mental está voltada primariamente a abordagem de situações que envolvem sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas. Não foi descartada a existência de comorbidades, entretanto, tal informação não foi passível de identificação, razão pela qual trabalhamos com a ‘hipótese diagnóstica principal’ utilizada em cada caso.

Faixa etária e gênero

A idade do usuário não foi encontrada na maioria dos procedimentos. O dado mensurável foi à diferenciação entre criança/adolescente e adultos. Quanto ao gênero, este foi classificado em feminino e masculino. A utilização do gênero em vez de sexo biológico ocorre

porque a categorização foi realizada pelo nome e pronomes de tratamento utilizados tanto nas peças processuais como nas evoluções nos prontuários. O cruzamento das variáveis permite observar variações quanto a faixa etária e o gênero do usuário, encontrando as seguintes proporções:

Tabela 3 - Faixa etária e gênero dos usuários

	Sexo do usuário		Total
	Feminino	Masculino	
Adulto	16,4%	68,5%	84,8%
Criança/adolescente	2,2%	13,0%	15,2%
Total	18,6%	81,4%	100,0%

Fonte: própria

Como se observa, a amostra estudada se caracteriza expressamente por adultos do gênero masculino. O gênero masculino prevalece tanto em relação a adultos como às crianças e adolescentes, desse modo, não variando quanto a idade.

Instituições envolvidas nas ações judiciais

Esta variável esclarece quais instituições se envolvem nas ações judiciais, foi constituída por múltiplas respostas para o mesmo caso, permitindo quantificar a porcentagem de casos em que cada instituição teve alguma atuação.

Tabela 4 - Instituições envolvidas nas ações judiciais

Instituições envolvidas	Casos identificados	Porcentagem de casos
Poder Judiciário	501	99,8%
Ministério Público Estadual	464	92,4%
Defensoria Pública Estadual	429	85,5%
Procuradoria Geral do Município	365	72,7%

Fonte: própria

A participação do Sistema de Justiça é visível nas proporções que indicam o envolvimento de três instituições: Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública. A

exceção de 0,2% que não passou pelo Poder Judiciário se trata de um caso que foi encaminhado para a Secretaria de Saúde diretamente pelo Ministério Público.

A Procuradoria Geral do Município (PGM) foi identificada na defesa constituída do Município, junto aos processos judiciais. Em campo observou-se evoluções nos prontuários em que o Núcleo contatava a PGM ou vice-versa, para assessoria e informações.

Representação judicial

Aqui buscamos identificar qual instituição ou ator com capacidade postulatória é responsável pela representação da ação. O que permite identificar quem leva a demanda ao conhecimento do Poder Judiciário e posteriormente observar os papéis institucionais assumidos com essa representação na implementação da política estudada.

Tabela 5 - Representação Judicial

Representação judicial	Porcentagem
Advogado Particular	8,5%
Ministério Público	12,3%
Defensoria Pública Estadual	79,2%
Não identificado/excluído da análise	1,2%
Total	100,0%

Fonte: própria

Os dados demonstram que a maioria das ações tiveram representação judicial por órgãos públicos e trouxeram duas questões importantes a serem analisadas: o papel dos órgãos públicos como o Ministério Público e a Defensoria Pública no acesso ao Poder Judiciário, para a tutela de direitos sociais como a saúde e a caracterização socioeconômica das demandas representadas pela Defensoria Pública.

Para aprofundar a posterior análise dos papéis relativos as instituições Ministério Público Estadual e Defensoria Pública Estadual, importante coleccionar o cruzamento de variáveis entre a idade do usuário e a representação judicial das ações.

Tabela 6 - Representação judicial em relação a faixa etária do usuário

		Representação judicial			
		Ministério Público	Defensoria Pública	Advogado particular	Total
Faixa etária	Crianças e adolescentes	4,44%	10,48%	0,20%	15,12%
	Adultos	7,86%	68,75%	8,27%	84,88%
	Total	12,30%	79,23%	8,47%	100,00%

Fonte: própria

Como se observa a representação pelo Ministério Público possui expressividade um pouco maior nas ações relativas a crianças e adolescentes. Embora ainda não ultrapasse a atuação da Defensoria Pública, demonstra que aquele órgão tende a atuar, como representante, proporcionalmente mais em causas que dizem respeito a crianças e adolescentes.

Ainda em relação a representação judicial, apresentamos o cruzamento com a variável que retrata o polo passivo da ação. Foram identificados três elementos que assumem o papel de réu nas demandas: Município; Estado; usuário, além da resposta 'outros'. A apresentação dos dados de forma cruzada tem o intuito de verificar não somente quem ocupa o polo passivo da ação, mas também quem é o ator que direciona a demanda a este polo.

Tabela 7 - Representação judicial em relação ao polo passivo da ação

		Atores no polo passivo da ação				
		Município	Estado	Usuário	Outro	Total
Representação judicial	Ministério Público	5,7%	4,7%	7,5%	,6%	11,6%
	Defensoria Pública	47,6%	47,4%	67,7%	,4%	79,9%
	Advogado particular	1,2%	1,0%	7,9%	,4%	8,5%
	Total	54,5%	53,0%	83,1%	1,4%	100,0%

Fonte: própria

Embora a maioria dos prontuários analisados verse sobre internações compulsórias, os entes federados Estado e Município, figuraram como polo passivo da ação em mais da metade das ações judiciais. A maioria das ações de internações compulsórias que contam com os entes públicos no polo passivo foram impetradas com representação da Defensoria Pública do Estado. O Ministério Público Estadual, mesmo tendo postulado menos ações também atribui a condição de réu ao Município e/ou Estado em metade de suas ações.

Fundamentação das decisões judiciais

Essa função de variáveis, que permitia respostas múltiplas, envolve os motivos pelo qual há uma busca pelo Sistema de Justiça, a demanda é aceita pelo Poder Judiciário e é utilizada como justificativa nas decisões para as determinações ou autorizações realizadas pelo magistrado. Compreender ‘os porquês’ é essencial para analisar a influência da percepção e opinião dos atores no direcionamento das ações.

Os prontuários administrativos nem sempre contam com cópias das decisões judiciais em sua íntegra, assim, foi possível verificar as justificativas que embasam as determinações judiciais em 349 dos casos da amostra. Mesmo trabalhando com um número menor da amostra, ainda temos um erro amostral menor de 5%.

Os dados distinguem as variáveis em dois grupos, de direito e de fatos. O primeiro é relativo à fundamentação legal para a decisão em que foram incluídas 05 variáveis: risco para a vida, do paciente ou de terceiros, incapacidade momentânea de discernimento, recursos extra-hospitalares insuficientes para tratar da demanda, ausência de justificativa para os entes públicos figurarem no polo passivo e avaliação técnica constante nos autos. As variáveis relacionadas a omissão ou resistência na prestação de assistência pelo ente público foram inseridas para avaliar a justificativa de inserção dos entes públicos no polo passivo da ação, mesmo nos casos em que ela não foi sinalizada na própria decisão.

O segundo grupo atinente as razões de fatos que justificam a decisão judicial e os argumentos jurídicos e envolve as outras 09 variáveis: paciente apresenta comportamentos de agressividade/violência, não aceitação de tratamento pelo paciente, paciente vende objetos pessoais, ou subtrai de familiares ou terceiros para manter o uso de drogas, família vivencia conflitos e paciente encontra-se sem condições de conviver com a família, reiteradas tentativas de tratamento, com evasão de tratamento anterior, paciente permanece desaparecido por dias ou permanece em situação de rua, paciente com sintomas psicóticos (delírios e/ou alucinações), paciente com risco de suicídio, paciente vitimado por vínculos familiares

rompidos/abandono/negligência/violação de direitos. Os grupos acabam se mostrando complementares para fins de análise, pois os fatos fundamentam o direito.

Tabela 8 - Fundamentação da decisão judicial

Argumentos que embasam a decisão	Frequência	Porcentagem
Risco para a vida do paciente ou de terceiros	281	80,5%
Incapacidade momentânea de discernimento	258	73,9%
Recursos extra-hospitalares insuficientes para tratar a situação	253	72,5%
Sinaliza a ausência de justificativa para os entes públicos figurem no polo passivo	178	52,9%
Paciente apresenta comportamentos de agressividade, violência	177	50,7%
Não aceitação de tratamento pelo paciente	143	41,0%
Paciente vende objetos pessoais, ou subtrai de familiares ou terceiros para manter o uso de drogas	67	19,2%
Família vivencia conflitos, paciente encontra-se sem condições de conviver com a família	61	17,5%
Reiteradas tentativas de tratamento com evasão de tratamento anterior	56	16,0%
Paciente permanece desaparecido por dias ou permanece em situação de rua	55	15,8%
Avaliação técnica constante nos autos	29	8,3%
Paciente com sintomas psicóticos (delírios, alucinações)	23	6,6%
Paciente com risco de suicídio	19	5,4%
Paciente vitimado por vínculos familiares rompidos/abandono/negligência/violação de direitos	14	4,0%
Omissão do ente público na provisão	0	0%
Resistência do ente público na provisão	0	0%
Outros fundamentos	33	9,5%
Total	1469	420,9%

Fonte: própria

Analisar as justificativas das decisões judiciais nos permite identificar as concepções em torno do caso concreto, da realidade e da política. As justificativas para aceitação da ação judicial e para as determinações judiciais em sua maioria se relacionam a periculosidade e incapacidade do paciente. O fato de o paciente não aceitar tratamentos esteve presente em menos da metade das decisões analisadas. A percepção de ineficiência de meio de tratamento diverso a internação psiquiátrica, também é bastante expressiva nos argumentos. Por fim, outro aspecto que chama atenção é o apontamento dos magistrados ao fato de as ações não contarem com justificativa que os entes públicos sejam inseridos no polo passivo.

Determinações, solicitações e autorizações realizadas pelo Poder Judiciário nas decisões

Este conjunto de variáveis, também permitia múltiplas respostas e refere as solicitações, determinações ou autorizações realizadas pelo Judiciário para a RAPS, para órgãos de defesa e proteção, outras políticas setoriais, ou ainda, para o próprio Judiciário, no caso de busca e apreensão. Essas informações além de mensurar o que se pretende com a demanda, uma vez que o Poder Judiciário só responde ao que é provocado, nos permitem analisar as percepções da família, do Sistema de Justiça em relação ao que seria necessário no caso concreto. Também indicará a existência de atenção aos pedidos por parte das demais instituições envolvidas, quando sopesado em relação ao que é realizado.

Foram identificadas 18 variáveis além de “outras”, esta última compreende situações que não foram tão corriqueiras nas situações observadas. Novamente, importante pontuar que nem todos os prontuários continham cópia das decisões judiciais.

Tabela 9 - Decisões judiciais identificadas nas sentenças

Decisões judiciais	Frequência	Porcentagem
Avaliação médica para verificar a necessidade de internação psiquiátrica	347	86,5%
Autorização da internação psiquiátrica compulsória	302	75,3%
Solicitação de informações sobre o usuário	300	74,8%
Autorização do uso de força policial para condução do paciente, se avaliada necessidade pela SMS	300	74,8%
Retira ou não inclui os entes públicos do polo passivo	180	52,9%
Disponibilização do transporte para avaliação e internação	201	50,1%

Disponibilização de vaga para internação psiquiátrica	197	49,1%
Avaliação da necessidade de tratamento em instituição de longa permanência	114	28,4%
Estabelecimento de prazo para realização de procedimento	71	17,7%
Solicitação de laudo circunstanciado ou atestado sobre a condição do paciente	51	12,7%
Acompanhamento pelo Conselho Tutelar	37	9,2%
Determinação de acompanhamento continuado pela Rede	34	8,5%
Determinação de procedimento sem avaliação pela Rede	33	8,2%
Reinserção no SISREG	22	5,5%
Disponibilização de vaga para internação em ILPT	21	5,2%
Disponibilização de vaga em Comunidade Terapêutica	18	4,5%
Busca e apreensão de criança ou adolescente	17	4,2%
Avaliação social e/ou sociofamiliar	7	1,7%
Outras	9	2,2%
Total	2081	519,0%

Fonte: própria

A determinação para realização de avaliação médica a fim de verificar a necessidade de internação psiquiátrica é a variável que possui maior expressividade. Mesmo com essa determinação de avaliação, a internação compulsória já fica autorizada pelo Poder Judiciário em boa parte das ações, assim, caso seja avaliada pelo médico a necessidade, a Secretaria de Saúde já fica autorizada a executar a internação compulsória.

Observa-se nas sentenças judiciais uma preocupação com a operacionalização para realização da avaliação e internação, sendo que, o uso de força policial já é autorizado, cabendo a Secretaria de Saúde avaliar a necessidade de acionar ou não a Brigada Militar. O transporte do paciente pela Secretaria de Saúde, tanto para avaliação, como para a internação também costuma ficar estabelecido, assim como, a disponibilização de leito hospitalar para internação.

Em pouco mais da metade das sentenças também foram identificadas disposições no sentido de não incluir ou, após incluir, realizar a exclusão de entes públicos do polo passivo da ação.

Outro aspecto importante é a solicitação de informações sobre o paciente que demonstra a necessidade de se ter conhecimento da situação, para além das informações levadas no processo pelos representantes e retorno sobre as ações desenvolvidas pela Rede.

Quanto a internação em Instituição de Longa Permanência Terapêutica (ILPT), observa-se que é determinada em um número reduzido de casos, se comparado ao número de solicitações para avaliação da necessidade desse procedimento.

Após a decisão judicial, a demanda judicial passa a ser uma demanda para a Rede de atendimento, desse modo, passamos a identificar quais instituições terão participação na atenção ao usuário junto a RAPS.

Instituições da Rede Assistencial envolvidas no atendimento dos casos

Esta variável esclarece quais instituições se envolvem na assistência a demanda oriunda da ação judicial, junto a RAPS. A variável constitui-se de múltiplas respostas para o mesmo caso, permitindo quantificar a porcentagem de casos em que cada dispositivo teve alguma participação. As instituições que possuem uma mesma estrutura normativa foram agrupadas, a fim de mensurar a participação daquele formato de instituição. Neste ponto utilizamos o pensamento de Rede Assistencial, em vez de RAPS, uma vez que se identificou o envolvimento de instituições reguladoras e de outras políticas setoriais, além daquelas que compõe formalmente a RAPS.

Tabela 10 - Instituições da Rede Assistencial envolvidas no atendimento dos casos

Instituições envolvidas	Casos identificados	Porcentagem de casos
Secretaria Municipal de Saúde - Núcleo de Saúde Mental	502	100,0%
CAPSad	381	75,9%
Secretaria Estadual de Saúde - 6ª CRS	361	71,9%
Hospital Psiquiátrico	275	54,8%
Comunidades Terapêuticas (18 instituições)	162	32,4%
Hospital Geral (09 instituições)	95	19%
CAPS II	81	16,1%
Brigada Militar	79	15,7%
CAPSi	51	10,2%

ILPT (07 instituições)	41	8,2%
Conselho Tutelar	22	4,4%
CentroPOP/Abordagem Social/Albergue	15	3,0%
Dispositivos de atenção básica (UBSs e ESFs)	13	2,6%
CREAS	10	2,0%
Serviço de acolhimento de crianças e adolescentes	8	1,6%
Centro de Atendimento Socioeducativo-CASE	4	,8%
Ambulatório de Especialidades- Passo Fundo/RS	3	,6%

Fonte: própria

Os dados demonstram o envolvimento direto de pelo menos 48 instituições para atenção aos casos estudados. As demandas passam pelo Sistema de Justiça e são encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde, mais em específico, para o Núcleo de Saúde Mental e dali direcionadas para a Rede.

Os componentes da RAPS, conforme portaria 3.088 de 2011, identificados na assistência aos usuários do estudo são: CAPSad, CAPSII, CAPSi. Além desses, também integram a RAPS: as Comunidades Terapêuticas, com 18 instituições identificadas; um Hospital Psiquiátrico e os Hospitais Gerais com 09 instituições identificadas. Dispositivos de atenção básica em saúde, UBSs e ESF, assim como, o Ambulatório de Especialidades, que também se constituem em pontos de atenção em saúde mental na RAPS estiveram envolvidos em um pequeno número de casos. Como se observa, sua participação é pouco expressiva em relação as demandas estudadas (BRASIL, 2011).

A Secretaria Estadual de Saúde, por seu turno, realiza a regulação dos leitos hospitalares por meio do Sistema Nacional de Regulação-SISREG e subsidia a internação em algumas Comunidades Terapêuticas.

As denominadas Instituições de Longa Permanência Terapêuticas-ILPTs, também aparecem como pontos de atenção utilizados na assistência em algumas demandas. Sendo que não encontramos correspondência para estes serviços nas normas que estruturam a Política de Saúde Mental, questão a ser tratada na análise.

Verifica-se ainda, a participação de instituições que não integram a Política de Saúde Mental, mas fazem parte da rede de política intersetorial, essas instituições envolvem dispositivos de segurança, de assistência social e de proteção a crianças e adolescentes.

Ano de início de acompanhamento pelo órgão gestor

Estes dados visam quantificar a porcentagem de prontuários abertos em cada ano do período estudado, pelo Núcleo de Saúde Mental junto a Secretaria Municipal de Saúde, para o acompanhamento das demandas oriundas do Sistema de Justiça. Os dados foram correlacionados à faixa etária do usuário, o que permite comparar situações ao longo desse período em correspondência com a faixa etária.

Tabela 11 - Início do acompanhamento pelo órgão gestor em relação a faixa etária

		Ano de início de acompanhamento				Total
		2014	2015	2016	2017	
Faixa etária	Criança/adolescente	20 4,0%	21 4,2%	22 4,4%	13 2,6%	15,1%
	Adulto	129 25,7%	90 17,9%	101 20,1%	106 21,1%	84,9%
	Total	149 29,7%	111 22,1%	123 24,5%	119 23,7%	100%

Fonte: própria

Sob a perspectiva do ano de início do acompanhamento verifica-se a uniformidade na porcentagem de novos casos. Houve um número maior de prontuários abertos referentes a adultos em 2014, já nos anos seguintes de 2015, 2016 e 2017, a porcentagem de casos novos mantém-se estável. Ao analisarmos tal informação percebe-se que o fluxo para novas ações judiciais e a organização da atenção em saúde mental no período analisado, mantêm o número de novas ações a cada ano estáveis.

Em relação à especificidade do ano de início do acompanhamento em relação à faixa etária, observa-se uma diminuição do número de novos casos de crianças e adolescentes em 2017, com relação a 2014, 2015 e 2016. Ponderamos que no ano de 2015 foi inaugurado o CAPSi no Município, destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico grave, tratando-se de dispositivo específico para o acompanhamento desse público. Tomando 2016 como um ano de organização da nova estrutura do serviço, fluxos e rotinas, 2017 pode ser resultado da efetividade trabalho desse dispositivo. Para isso, seria recomendada

o levantamento de ações relativas a crianças e adolescentes nos anos seguintes, para avaliação da hipótese encontrada.

Tempo de acompanhamento da demanda pela Secretaria Municipal de Saúde

Para mensurar o tempo que a situação foi acompanhada pela Secretaria de Saúde foram estabelecidos períodos para a classificação. O período de acompanhamento considerado é o tempo transcorrido entre a primeira e a última anotação constante no prontuário administrativo do paciente, junto ao Núcleo de Saúde Mental.

Tabela 12 - Tempo de acompanhamento do caso pelo Núcleo de Saúde Mental

Tempo de acompanhamento	Porcentagem
até 06 meses	56,6%
de 06 meses até 01 ano	20,9%
de 1 a 2 anos	16,5%
de 2 a 3 anos	3,8%
de 3 a 4 anos	2,0%
mais de 4 anos	,2%
Total	100%

Fonte: própria

Mesmo com a complexidade das ações, observa-se que a maioria dos prontuários tem evoluções encerradas em até 06 meses. A maioria dos casos encerrou em até 1 ano de acompanhamento, somando 77,5% deles. Embora, seja notória a existência de acompanhamento que se estendem por períodos maiores, tratando-se possivelmente de situações crônicas de saúde mental. Em campo, também foi possível observar que usuários passaram por mais de um processo, ou seja, houve a ação, o processo foi extinto e quando acionado o judiciário deu abertura a novo procedimento. Saliente-se que a pesquisa elegeu como identificador do sujeito o prontuário administrativo. Em muitos casos havia referência à existência de processo anterior ou posterior em relação ao usuário, contudo buscá-los traria confusão à amostra.

Procedimentos assistenciais realizados pela rede

Essa função de variáveis, com múltiplas respostas, envolve as principais ações, anotadas nos prontuários, que foram realizadas pela Rede para assistência à demanda. Buscou-se identificar o número dos principais procedimentos, estabelecendo a média de realização destes por caso.

Tabela 13 - Principais procedimentos realizados

Procedimento realizado	Porcentagem	Média
Avaliação médica para verificar a necessidade de internação	92,5%	1,33
Internação hospitalar	75,7%	1,09
Acompanhamento Ambulatorial em CAPS	54,5%	,66
Internação em Comunidade Terapêutica ou assemelhado	28,2%	,34
Internação em ILPT ou assemelhado	9,1%	,09

Fonte: própria

Observa-se que a avaliação médica para verificar a necessidade de internação psiquiátrica é o procedimento mais realizado. Sendo que a média de avaliações por caso é de mais de uma. Lembramos que a solicitação desta avaliação foi também o procedimento mais solicitado pelo Poder Judiciário. A internação psiquiátrica ocorreu em um número menor, mas a média demonstra que há casos com mais de uma internação psiquiátrica.

Quanto ao acompanhamento ambulatorial em CAPS, observa-se que este não era um procedimento especificamente requisitado nas decisões judiciais, ainda assim, esteve presente em mais de metade dos casos.

Além dos procedimentos principais que estão relacionados diretamente a assistência, outros procedimentos também foram identificados, entretanto não sendo especificado o número de ocorrências em cada caso.

Tabela 14 - Outros procedimentos realizados pela rede

Procedimento	Porcentagem
Transporte para avaliação/internação	58,5%
Indicação de outras intervenções durante o acompanhamento	46,3%
Aciona força policial	23,6%

Visita domiciliar	16,3%
Colhe declaração familiar de desistência do procedimento	16,0%
Avaliação social	8,3%
Busca-ativa	7,3%
Encaminhamento para atenção básica de saúde	4,8%
Encaminhamento para DPE	1,9%

Fonte: própria

Fluxo assistencial

Acompanhando as ações registradas nos prontuários é possível identificar o fluxo seguido pelo usuário dentro da Rede, para o atendimento da situação. Observa-se que usuários por vezes passaram por mais de um fluxo, enquanto outros entraram apenas uma vez e assim passaram por um único fluxo. Importante considerar que a identificação de fluxos está baseada nos registros, assim, os fluxos não identificados, foram excluídos para fins de análise.

Tabela 15 - Fluxo assistencial seguido pelo usuário

Fluxo identificado	1º fluxo	2º fluxo	3ºfluxo
Demanda judicial/ Núcleo de SM/ Avaliação em CAPS/ Tratamento Ambulatorial em CAPS	27,7%	29,7%	25%
Demanda judicial/ Núcleo de SM/ Avaliação em CAPS/ Regulação 6ªCRS/ Internação psiquiátrica	21,6%	26,9%	18,8%
Demanda judicial/ Núcleo de SM/ Avaliação em CAPS/ Reg. 6ªCRS/ Internação psiquiátrica/ Tratamento Ambulatorial em CAPS	17,8%	17,9%	18,8%
Demanda judicial/ Núcleo de SM/ Avaliação em CAPS/ Reg. 6ªCRS/ Internação psiquiátrica/Comunidade Terapêutica	17,8%	17,2%	22,9%
Demanda judicial/ Núcleo de SM/ Avaliação em CAPS/ Regulação 6ªCRS/ Internação psiquiátrica/ internação em ILPT	3,8%	4,1%	5,2%

Demanda judicial/ Núcleo de SM/ Avaliação em CAPS/ Reg. 6ªCRS/ Internação psiquiátrica/ CT./ Tratamento Amb. em CAPS	3,4%	1,4%	6,3%
Demanda judicial/ Núcleo de SM/ Avaliação em CAPS/ internação em ILPT	3,4%	0,7%	1%
Demanda judicial/ Núcleo de SM/ Avaliação em CAPS/ Comunidade Terapêutica	1,9%	0,7%	2,1%
Demanda judicial/Núcleo de SM/ internação em ILPT	1,9%	0	0
Demanda judicial com avaliação técnica/ Núcleo de SM/ Avaliação em CAPS/ Regulação 6ªCRS/ Internação psiquiátrica	0,8%	0	0
Demanda judicial/ Núcleo de SM/ Avaliação em CAPS/ Regulação 6ªCRS/ Internação psiquiátrica/ internação em ILPT	0	4,1%	0
Demanda judicial/ Núcleo de SM/ Avaliação em CAPS/CT./Tratamento Amb. em CAPS	0	1,4%	0
Total válido	264	145	96
Não identificado	14	16	16
Fluxo frustrado por questões contextuais	224	163	91
Total excluído da análise	238	357	406
Total	502	502	502

Fonte: própria

Conforme se observa, em sua maioria, o usuário segue na rede um dos primeiros quatro fluxos identificados. O primeiro deles está pautado no acompanhamento ambulatorial, o segundo na internação psiquiátrica, sem sequência de outro acompanhamento, o terceiro e quarto, preconizam a internação psiquiátrica, mas com a sequência de intervenção em tratamento ambulatorial ou internação em comunidade terapêutica. Chama a atenção a quantidade de fluxos frustrados por questões relacionada ao contexto que se desenvolve a ação, como veremos a seguir.

Motivos para que o fluxo não seja completo

Diante da identificação de que, muitas vezes o usuário não segue ou não chega à instituição final de acordo com a avaliação do caso, por diversas questões, essa intercorrência foi identificada, verificando-se 12 principais motivos para falhas na execução das ações e a sequência de encaminhamentos.

Tabela 16 - Motivos para frustração do fluxo assistencial

Motivo para frustração do fluxo	1º fluxo	2º fluxo	3º fluxo
Não compareceu na avaliação	29,6%	14,5%	10,0%
Usuário não localizado	18,1%	23,6%	17,8%
Família desistiu do procedimento	14,2%	20,0%	31,1%
Fuga do usuário	11,9%	15,8%	17,8%
Falha na rede para efetivação	8,4%	8,5%	3,3%
Internou pelo setor de emergência	7,1%	1,8%	3,3%
Usuário mudou de cidade	4,4%	3,6%	6,7%
O procedimento foi realizado por outros meios	4,4%	3,6%	5,6%
Usuário no sistema prisional ou em internação socioeducativa	0,9%	3,0%	1,1%
Falecimento do usuário	0,4%	3,6%	1,1%
O judiciário determinou outro procedimento	0,4%	0	0
Usuário não aceita/ não há determinação judicial para aquele procedimento	0	1,8%	2,2%

Fonte: própria

Os motivos relacionados a frustração do fluxo, são bastante variáveis, mas observa-se que em nas três tentativas de fluxos os três principais motivos estão relacionados a resistência do usuário a intervenção, seja pelo seu não comparecimento na avaliação, por fugir das intervenções ou não ser localizado.

Outro aspecto evidenciado é a desistência familiar, note-se que ela aumenta conforme as tentativas de intervenção vão se desenvolvendo. Lembramos que as ações são iniciadas por essas famílias, que nesses casos ela desiste das intervenções.

Interação entre Poder Judiciário e Rede de atendimento

Com o objetivo de analisar a interação desenvolvida na relação entre Poder Judiciário e Rede de atendimento, estabeleceu-se questionamentos referentes a identificação de alguma evolução no prontuário que expressasse divergência entre o que foi solicitado pelo Poder Judiciário e o entendimento da Rede. Também se há registros de contrarreferência sobre o caso para o Núcleo de Saúde Mental e se consta evolução de que foi reportada informações sobre o caso para o Poder Judiciário.

Tabela 17 - Aspectos referentes a interação entre instituições

Questões	SIM	NÃO
Identificada alguma divergência entre o solicitado pelo Poder Judiciário e o entendimento dos implementadores?	10%	90%
Encaminhamentos realizados conforme avaliação técnica da Rede	86,8%	13,2%
Informações sobre os encaminhamentos e atendimentos dos serviços da Rede para o Núcleo de Saúde Mental?	88,8%	11,2%
Informações sobre os encaminhamentos e atendimentos para o Sistema de Justiça?	86,8%	13,2%

Fonte: própria

Conforme se observa, a divergência entre as solicitações/determinações/ autorizações realizadas pelo poder judiciário e o entendimento da Rede é pouco expressiva, sendo possível pensar em uma convergência de pensamento entre o Poder Judiciário e a Rede. A troca de informações também foi claramente identificada na maioria das ações. Sendo que as instituições da Rede reportam as informações para o Núcleo e este reporta as informações ao Poder Judiciário.

7 DISCUSSÃO E ANÁLISE

A análise e discussão dos dados se distingue em três momentos: o primeiro consiste na análise dos aspectos cognitivos relacionados a implementação, tomando como base as ideias e percepções a respeito das situações que envolvem as ações, o paciente, as intervenções solicitadas e realizadas, buscando compreender como as diretrizes formais são vistas e utilizadas por atores que se relacionam com a implementação. Em sequência o olhar se volta para os atores e instituições e como estes se relacionam com a implementação, para isso, retoma-se a caracterização das ações judiciais, as instituições e atores envolvidos tanto na ação judicial, como nas ações assistenciais desenvolvidas pela Rede. Por fim, são abordadas as interações estabelecidas entre as instituições e instituições e atores. Em todas as categorias será realizada uma aproximação com a política formal, buscando compreender como ela se transcreve em ações, além de outros estudos que nos auxiliem na compreensão dos resultados da pesquisa.

7.1 Pano formal e aspectos cognitivos na implementação

O desenvolvimento de novas diretrizes para a política de saúde mental baseadas na atenção em redes, no cuidado familiar e comunitário e na reinserção social gera uma ruptura nas concepções técnicas, jurídicas e sociais sustentadas pelo antigo modelo de caráter hospitalar e asilar. Ao transpassar o pensamento trazido pela Reforma Psiquiátrica e incorporado nas normas e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental Álcool e outras Drogas para a realidade local, é importante observar as concepções e o entendimento de atores envolvidos na implementação. Além disso, as percepções trazidas nas sentenças são baseadas na narrativa familiar a respeito do paciente e daquilo que elas entendem ser necessário para a condução do caso, permitindo que possamos analisar a percepção dessas famílias em contraponto a ruptura sociocultural que a Política propõe.

A política se transcreve em normas formais e se conforma em ações. Nessa perspectiva, o plano político é fundamental para a compreensão da política, como afirmam Hill; Hupe (2014), é preciso que haja algo antes da implementação, do contrário não teria o que ser implementado. Essa implementação se desenvolve no contexto de ação portanto, sofrerá a interferência de diferentes fatores, entre os quais podemos evidenciar, nos dados coletados, os aspectos cognitivos dos atores. Como dito por Lima; D'Ascenzi (2013) a ação política de desenvolve a partir da apropriação das ideias contidas nos planos formais pelos atores

envolvidos na implementação. Nesse primeiro momento a análise se sustenta nas justificativas das ações judiciais para compreendermos como os atores se apropriam das normas formais e suas concepções precisam ser consideradas na implementação.

Entre os argumentos de fato para as ações judiciais, a agressividade é o que apresenta maior incidência, sendo relatada em 50,7% das situações. Este fundamento fático conta com descrições sobre as ações do paciente consideradas agressivas e estão combinadas com a variável de argumento jurídico risco para a vida. O risco para a vida, presente em 80,5% das decisões analisadas, é referido como risco à vida do requerido ou de outrem, argumento é o mais expressivo, nas decisões analisadas. Ambos reforçam o estigma de periculosidade e são frequentemente encontrados quando o tema é internação compulsória, sobretudo se relacionada ao uso de álcool e outras drogas (RUIZ; MARQUES, 2015; SOUZA; CARVALHO, 2012)

Fato que chamou a atenção, em campo, foi a utilização dos artigos 10 e 11 do Decreto n.º. 24.559/34, quando se abordava a justificativa de risco para a vida. O referido dispositivo legal preceitua que:

Art. 10. O psicopata ou o indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento.

Art. 11 A internação de psicopatas toxicômanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita:

a) por ordem judicial ou a requisição de autoridade policial;

b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho ou parente até o 4º grau inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe do dispensário psiquiátrico ou ainda por algum interessado, declarando a natureza das suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação.

§ 1º Para a internação voluntária, que somente Poderá ser feita em estabelecimento aberto ou parte aberta do estabelecimento mixto, o paciente apresentará por escrito o pedido, ou declaração de sua aquiescência.

§ 2º Para a internação por solicitação de outros será exigida a prova da maioridade do requerente e de ter se avistado com o internando há menos de 7 dias contados da data do requerimento.

§ 3º A internação no Manicômio Judiciário far-se-há por ordem do juiz.

§ 4º Os pacientes, cuja internação for requisitada pela autoridade policial, sem atestação médica serão sujeitos a exame na Seção de Admissão do Serviço de Profilaxia Mental, que expedirá, então, a respectiva guia (BRASIL, 1934).

As variáveis não contemplavam a utilização deste dispositivo, pois ele se encontra revogado, razão pela qual não é possível delimitar em quantas ações ele foi utilizado. Mas o fato de ele ainda aparecer em sentenças recentes, nos remetem a perpetuação da ideia de paciente risco.

Outro argumento presente nas decisões judiciais, que se relaciona com a percepção de periculosidade e se soma a ideia de incapacidade é a proteção do sujeito diante da incapacidade momentânea de discernimento, presente em 73,9% dos prontuários. Pelas anotações de campo percebe-se que o argumento utilizado pelos juízes justifica a medida como proteção antes de uma ação contra o paciente, com o objetivo de alcançar a sua recuperação e reinserção sociofamiliar. O embasamento legal comumente utilizado para tal argumento é a Lei n.º. 10.216 de 2001, em seus artigos 6º, III e 4º, § 1º.

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

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

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

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

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

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

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

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

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça (BRASIL, 2001)

Outros aspectos relatados se relacionam a conflitos familiares e a dificuldade na convivência familiar, que estiveram presentes em 17,5% das ações de internação compulsória. Prevalendo em relação as ações, a descaracterização da capacidade do indivíduo e a assunção da família ou tutor na tomada de decisões sobre o que é melhor para o sujeito. A percepção de incapacidade do indivíduo para se autodeterminar e incorporação da figura do tutor foram situações analisadas por Goffman (1997) ao analisar o caráter involuntário da internação psiquiátrica no modelo de atenção vigente antes das reformas. A legitimação familiar para nas ações judiciais é amparada pelo Judiciário no Código Civil Brasileiro de 2001, em seu artigo 1.768 e Código de Processo Civil de 2015, em seu artigo 1.177:

Art. 1.768. A interdição deve ser promovida:

I – pelos pais ou tutores;

II – pelo cônjuge, ou por qualquer parente;

III – pelo Ministério Público (BRASIL, 2002)

Art. 1.177. A interdição pode ser promovida:

I – pelo pai, mãe ou tutor;

II – pelo cônjuge ou algum parente próximo;

III – pelo órgão do Ministério Público (BRASIL, 2015).

Outro argumento é a não aceitação de tratamento pelo paciente, que esteve presente em 41,0% das decisões acostadas nos prontuários. Dado que leva ao questionamento de ações de internação compulsória que não contam com essa justificativa, uma vez que, seria pressuposto para a intervenção que o paciente não aceitasse se submeter ao tratamento. Para Ruiz; Marques (2015) o querer do sujeito acometido por sofrimento decorrente do uso de substâncias psicoativas, seria um ponto chave para intervenção bem sucedida, entretanto, a capacidade de discernimento pode se encontrar afetada pelo uso de drogas. Sobre a intencionalidade e disponibilidade do sujeito para o tratamento, relembra-se Goffman (1997) ao abordar a frustração do resultado de internações involuntárias e o ressentimento criado entre o paciente e aqueles que propuseram sua internação.

A variável identificada como os recursos extra-hospitalares que aparentemente mostram insuficientes para amenizar a situação descrita no processo, verificada em 72,5% dos casos, parte da consideração de que a internação involuntária e compulsória encontra amparo nos artigos 10 e 11, b, do Decreto n.º. 24.559 de 1934, combinados com o artigo 4.º. § 1º, da Lei n.º. 10.216 de 2001, ambos colecionados acima.

O retrato construído a respeito do paciente é de agressividade, risco, impossibilidade de convivência familiar, fugas de casa e permanência por períodos sem que se saiba seu paradeiro. O risco ou agressividade aparece mais relacionado ao ambiente familiar, também são elencados os comportamentos considerados desviantes como furtos e vendas de objetos. Importante considerar que as questões levadas ao Poder Judiciário possivelmente sejam quadros ou episódios críticos de saúde mental, mas que não deixam escapar a percepção a respeito do sofrimento psíquico grave pautada na periculosidade, na incapacidade e na doença mental como um problema exclusivo do sujeito, que precisa ser resolvido com uma intervenção contra ele.

O estigma social em torno da loucura é apontado pela literatura como um dos desafios mais significativos a serem enfrentados no campo da desinstitucionalização (FIOCRUZ, 2015). Os aspectos socioculturais enraizados no modelo pré-existente de atenção à saúde mental estavam baseados na centralidade do hospital psiquiátrico, na segregação e no tratamento corretivo do comportamento doente mental (BRASIL, 2005).

O modelo de cuidado em saúde mental preconizado pela Reforma Psiquiátrica baseado no contexto sociofamiliar exige a inclusão desses atores, participação e responsabilização no tratamento. A família e a comunidade são o suporte fundamental para que o sujeito acometido de sofrimento psíquico estabeleça vínculos sociais saudáveis e fortalecidos, apesar das diferenças e se possa trabalhar na lógica da reversão de um modelo manicomial. Mas o despreparo familiar, a falta de apoio social e profissional para essas famílias são fortes ingredientes de tratamentos e intervenções frustradas (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004; SANTIN; KLAFKE, 2011; MARTINS; GUANAES-LORENZI, 2016). Ao analisar as justificativas para a busca familiar pela intervenção judicial, em sua maioria para a internação compulsória com a sequência de tratamento posterior em Comunidade Terapêutica ou ainda de internação em clínica de longa permanência, a percepção mais evidente é a de sofrimento familiar. O processo de cuidar nas relações familiares que envolvem sofrimento psíquico é muitas vezes descrito como um processo doloroso e difícil, mas que no decorrer do tratamento traz resultados positivos (MARTINS; GUANAES-LORENZI, 2016).

Os dados também mostram que pacientes passam por mais de um fluxo de intervenção, como se fossem ciclos de: intervenção, frustração do resultado almejado, nova intervenção, fracasso, outra tentativa de intervenção. Nesse sentido, importante a leitura realizada por Souza; Carvalho (2012) ao refletirem sobre os mecanismos da internação compulsória, segundo o qual a potência identificada na internação compulsória se alicerça justamente na frustração dos seus resultados enquanto estratégia de ação. Isso porque, ao exercer o saber/poder, médico/jurídico e não obter a 'cura', a doença passa a ser olhada como algo tão grave que necessita de mais repressão, em vez de considerar a complexidade relacionada ao uso de drogas.

Em um estudo que analisou processos de internação compulsória de adolescentes em dois municípios do Rio Grande do Sul, Reis; Guareschi; Carvalho (2015) problematizam os discursos que sustentam a prática da internação compulsória, pela falência do suporte familiar e a necessidade de afastamento dos adolescentes em situação de uso prejudicial de drogas do ambiente familiar, identificando que a família é considerada pela rede de proteção como promotora de desvios e degenerações. Os dados aqui evidenciados demonstram percepção diversa, em que a necessidade de afastamentos do ambiente familiar, tanto para adultos como para adolescentes, reflete a ideia de que o afastamento seja pela internação compulsória, seja por internações em comunidades terapêuticas, seria necessária ao tratamento, inclusive como proteção à família e não para proteger o paciente da família.

Ao se observar os argumentos jurídicos e os aspectos de fato, o que se evidencia é uma

busca interpretativa pelo aplicador do direito para harmonizar as leis aplicáveis ao caso concreto, o interesse das famílias, outros aspectos normativos e aquilo que entende aplicável a situação narrada. Já ao se observar as justificativas que expressam a opinião familiar sobre o contexto do paciente e os motivos de buscarem o atendimento ou a modalidade de atenção almejada, os aspectos normativos não demonstram gerência, sendo a percepção destes baseadas em aspectos socioculturais que ainda estão pautadas no ‘paciente problema’ e na busca pelo afastamento como mecanismo de resolução, seja por internações hospitalares, em comunidades terapêuticas ou em ILPT.

Aspectos como a periculosidade do sujeito, incapacidade de se autodeterminar e a tutela, são marcantes nas decisões judiciais e no discurso familiar, repercutem aspectos elencados na literatura que embasavam as internações manicomiais com a segregação do paciente da sociedade, ideias combatidas pela Reforma Psiquiátrica e pela Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. A narrativa ainda representa ideias e percepções que se configuram como desafios a implementação da Política. Os argumentos encontrados nas sentenças judiciais, nos permitem identificar o objetivo, ideias e a percepção de atores do Sistema de Justiça e famílias, entretanto os dados não possibilitam visualizar estes elementos em relação a Rede Assistencial.

7.2 Burocracia: instituições e atores na implementação

Ao buscar uma implementação bem-sucedida sobretudo em tarefas complexas as pessoas procuram agregar os esforços dos outros em torno dos objetivos comuns. Reconhecer isso é considerar que a análise da implementação consiste na apreciação de organizações humanas (HILL; HUPE, 2014). Para fins de análise das instituições envolvidas estas foram identificadas em dois momentos, primeiro na ação judicial e depois nas ações da Rede Assistencial.

Além das organizações formais que integram o Sistema de Justiça e a RAPS, necessário considerar a família e paciente, enquanto atores envolvidos direta ou indiretamente nos dois momentos. Quanto ao cidadão visto como ator, está relacionado no mesmo item que a burocracia, porque como nos mostra a literatura é a burocracia o elo que permite a participação deste na implementação da política, o mesmo ocorrendo em relação ao Sistema de Justiça, que também permite essa participação do cidadão.

7.2.1 Sistema de Justiça

As instituições integrantes do Sistema de Justiça estiveram envolvidas de forma ampla nas demandas, como esperado. Respectivamente 99,8% são oriundas do Poder Judiciário, 85,5% contam com a participação da Defensoria Pública Estadual e 92,4%, tiveram o conhecimento ou intervenção do Ministério Público. As ações com advogados particulares constituídos pela parte autora somam 8,5%, dado semelhante ao encontrado Macêdo *et. al.* (2015), segundo ele apenas 5,9% do total das ações do seu estudo sobre judicialização da saúde foram impetradas por advogados particulares. Diante da pouca expressividade desses atores, não consideramos atuação destes para fins de análise.

O Poder Judiciário exerce em relação aos casos estudados sua função jurisdicional, dizendo o direito aplicável a situação concreta às controvérsias a ele submetidas. Nos termos da Constituição Federal, art. 5º, inciso XXXV “*a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito*” (BRASIL, 1988). A participação do Poder Judiciário no processo de implementação da política pública, considerada no estudo, não se trata de exemplo de função atípica, administrativa ou legislativa, mas de reflexo do exercício de sua função típica jurisdicional. Ao dizer e aplicar o direito o Poder Judiciário também pode conduzir, direcionar ou influenciar as práticas no processo de implementação da política estudada, sendo esta atuação analisada em detalhe na abordagem da interação entre Sistema de Justiça e RAPS.

Ao observarmos a participação do Poder Judiciário nas políticas públicas lembramos Taylor (2008), o qual sinaliza que o judiciário somado aos governadores, prefeitos e burocratas do estado, atua significativamente na elaboração e implementação da política, como um ator que pode influenciar tanto as deliberações políticas, quanto depois que estas políticas já foram aprovadas e estão em execução. O Judiciário pode marcar limites na mudança política, dando sustentabilidade ou legitimando escolhas em face da oposição, retardando decisões, controlando a agenda deliberativa e ainda alterando ou rejeitando políticas durante a fase de implementação (TAYLOR, 2008). Essa atuação do Poder Judiciário na política de saúde tem sido amplamente estudada, com ênfase para o caráter impositivo das decisões judiciais em relação ao executivo (VENTURA *et. al.* 2010; WANG *et. al.* 2014; CNJ, 2015; MOREIRA; RIBEIRO; OUVENEY, 2017; MARQUES *et. al.* 2019), mas como se observará na interação entre Poder Judiciário e RAPS, essa percepção de arbitrariedade não se mostrou válida no caso estudado.

Sobre os representantes da parte autora ou enquanto parte autora no caso do Ministério Público Estadual, importante ponderar que o Ministério Público age de ofício ou quando

provocado, assumindo o papel de autor, ao tomar conhecimento de situação em que entenda se necessária sua intervenção, seja pela violação, ameaça ou garantia de direitos. Já a Defensoria Pública, assim como, os Advogados particulares, que juntos somam 87,7% das ações tendem a agir quando acionados pela família ou representante legal, assumindo a procuração destes.

A presença específica do Ministério Público Estadual, em 92,4% dos casos, ocorreu em duas perspectivas diferentes. Primeiramente como representante judicial em 12,3%, assumindo o papel de promotor da ação que desencadeou o fluxo. Em outros 80,1% das ações, o órgão foi intimado pelo Judiciário para acompanhar o feito mesmo não sendo parte da ação. Esse papel de fiscalização e controle das ações de internação compulsória, realizado pelo Ministério Público é mais expressivo que sua atuação como demandante. Tal prerrogativa está prevista nos artigos 176 a 178 do Código de Processo Civil (2015), segundo os quais o Ministério Público atuará na defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos direitos sociais e individuais indisponíveis. Assim nos casos em que é identificado como autor o Ministério Público exerce o direito de ação, já naqueles em que não é parte, é intimado para intervir e atua como fiscal da ordem jurídica, por se tratar de interesse de incapaz, interesse público ou social.

Oliveira (2013) ao analisar a participação do Ministério Público na implementação de políticas públicas destaca duas possibilidades: atuação repressiva e atuação resolutiva. No primeiro caso a atuação do Ministério Público caracteriza-se pela submissão de demandas ao Poder Judiciário a fim de garantir os direitos a que se propões tutelar, mantendo uma postura de oposição e conflito. Já a segunda seria a atuação de forma extrajudicial, buscando a abordagem de forma dialogada, neste caso seu papel político é mais evidente, por uma ação protetora e conciliadora.

No estudo as demandas identificadas são 99,8% oriundas do Poder Judiciário, desse modo, a ação do Ministério Público caracteriza-se pela atuação repressiva, em relação aos sujeitos e ao Estado e de fiscalização naqueles casos em que não é parte. Não descartamos a alternativa de atuação resolutiva, contudo não se aplica a presente pesquisa, vez que, embasada em dados de ações já judicializadas. Verificamos então a atuação repressiva e fiscalizatória, também como políticas. Por meio dos pedidos e metodologias adotadas pelo órgão, ao submeter ou acompanhar a demanda junto ao Poder Judiciário, o Ministério Público busca influenciar a ação do Estado em relação ao caso concreto.

A utilização do Ministério Público Estadual como porta de entrada dos serviços de atenção à saúde mental também foi identificada por Pinho *et.al.* (2017), com a pesquisa verificamos que essa tendência é ainda maior em relação à Defensoria Pública Estadual. A atuação da Defensoria Pública Estadual ocorreu em 85,5% dos casos, sendo em 79,2%

representante da parte autora, corrobora com outros estudos do campo da judicialização da saúde. Em uma pesquisa realizada com 87% dos processos judiciais que tramitaram na 2.^a. Vara da Fazenda Pública Privativa, do Tribunal de Justiça do Distrito Federal, no período de 2005 a 2010, Diniz; Machado; Penalva (2014) identificaram que a representação foi realizada em sua maioria por defensores públicos, totalizando 95% das ações analisadas. Macêdo, et. al. (2015) em um estudo de caso envolvendo a judicialização da saúde no estado de Alagoas, verificou a realização de requerimentos judiciais por órgãos como a Defensoria Pública Estadual, Defensoria Pública da União, que juntas ingressaram com 76% do total de ações, seguidas pelo Ministério Público Estadual.

Essa expressividade da atuação da Defensoria Pública demonstra o importante papel que a instituição ocupa na garantia de direitos pelo acesso ao judiciário a fim de solicitar intervenções públicas, podendo assim atuar no campo de implementação. A Defensoria Pública se consolida como um elo entre os usuários da política, com sua demanda, o Poder Judiciário e a Rede Assistencial. Como sinaliza Resende (2014) o acesso ao Judiciário é um ponto chave quando se fala na atuação deste, para a promoção de direitos sociais.

No caso das ações analisadas, que tratam basicamente de internações compulsórias, pode-se dizer que a ação da Defensoria Pública, vem moldando o acesso a esse mecanismo de atenção à saúde mental influenciando a forma como são executadas as ações. Por exemplo, se a Defensoria exigisse da família negativa administrativa do atendimento para impetrar a ação tendo como polo passivo ente público, ou ainda, solicitasse que a família realizasse a internação de forma involuntária em vez de ajuizar ação compulsória, somente impetrando esta, caso internação involuntária fosse frustrada, certamente as ações ou o número delas teriam outra projeção.

As 945 ações judiciais que se traduzem em demandas para a RAPS em um período de quatro anos, em um Município de aproximadamente 200 mil habitantes evidenciam o forte potencial de atuação do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública, no processo de implementação da política estudada. Como se observa, os papéis institucionais assumidos pelas organizações integrantes do Sistema de Justiça são desenhados pelas normas constitucionais, infraconstitucionais e administrativas. O Ministério Público e a Defensoria Pública podem utilizar-se de estratégias judiciais, como nas demandas estudadas e ainda de ferramentas extrajudiciais na defesa de direitos em conformidade com a legislação. Enquanto o judiciário por meio de suas decisões, coercitivas ou participativas, pode influenciar a forma como as ações no campo são desenvolvidas

7.2.2 Rede Assistencial

A primeira instituição vinculada a Rede Assistencial é o próprio Núcleo de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, onde estão os prontuários administrativos analisados, o Núcleo esteve envolvido em 100% das ações. Trata-se de um setor específico, vinculado ao órgão gestor da política de saúde local, que tem como um dos objetivos acompanhar as demandas em saúde mental oriundas do Sistema de Justiça e articular o significativo número de instituições envolvidas com o atendimento. As ações realizadas pela rede foram claramente informadas a este setor em 88,8% dos prontuários, sendo o esforço do setor em reportar ao poder judiciário essas ações realizadas, claramente presente em 86,8% das demandas acompanhadas.

Buscando compreender o papel da instituição, observa-se que o Núcleo de Saúde Mental exerce a coordenação da rede, ao passo que as ações judiciais são direcionadas ao setor. O Núcleo realiza a triagem da demanda e encaminha para os serviços executarem as ações, ou seja, realiza um processo centrífugo em relação ao atendimento, organizando o fluxo que a situação precisará seguir. Em seguida acompanha a execução das ações, controlando o que é realizado e reportando ao Poder Judiciário.

Outro dispositivo da RAPS com importante atuação foram os CAPS. Entre as ações assistências despendidas que são desenvolvidas pelos CAPS, identificamos: a avaliação quanto a necessidade de internação ou indicação de outro procedimento, inserção no SISREG para solicitação de leito psiquiátrico, acompanhamento ambulatorial, visita domiciliar, avaliação social, busca-ativa e encaminhamentos para atenção básica. O acompanhamento ambulatorial em específico, possivelmente envolva outros procedimentos que não puderam ser identificados nos prontuários administrativos. As ações realizadas pelos CAPS estão relacionadas as características e atribuições destacadas das normas do Ministério da Saúde e na literatura (BRASIL, 2002; PESSOA JÚNIOR *et. al.*, 2016).

O CAPSad esteve envolvido em 75,9% dos casos, o CAPSII em 16,1% e o CAPSi em 10,2%, somados percebemos que todas as demandas passaram por pelo menos um CAPS. A avaliação em CAPS, esteve presente em onze, dos doze fluxos identificados e o acompanhamento ambulatorial em CAPS em quatro fluxos, dois entre os mais expressivos. Pela amplitude da participação destes dispositivos, observa-se a centralidade dos CAPS, na atenção as demandas oriundas do Sistema de Justiça. Em que pese a assistência dessas demandas ter como porta de entrada para a Política de Saúde Mental o Sistema de Justiça, ao chegar na rede nota-se que os CAPS assumem o protagonismo na avaliação e direcionamento das ações, como

ocorreria se a demanda fosse espontânea ou direcionada por outros dispositivos da rede assistencial.

O CAPSad é dispositivo com maior participação, o que está de acordo com os casos assistidos, que em sua maioria estão relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, assim como, com o objeto da ação, que em sua maioria buscam a internação compulsória do usuário. O CAPSi esteve envolvido em menos ações que o número de demandas relativas a crianças e adolescentes, mas relembramos que esse ponto de atenção no Município foi inaugurado em 2015, antes disso crianças e adolescentes possivelmente eram avaliados e assistidos por outros dispositivos.

Avaliada a necessidade de internação ou outro procedimento hospitalar ou atenção em nível especializado que ultrapasse a competência ambulatorial, a requisição é inserida no Sistema de Regulação-SISREG. A 6.^a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) que esteve envolvida em pelo menos 71,9% das ações, é quem autoriza o procedimento. O papel regulador regional da 6.^a CRS é definido pela portaria 1.559 de 2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2008).

A Brigada Militar do Estado do Rio Grande do Sul também apareceu entre as instituições presentes nas ações assistenciais. Normativamente a instituição se destina a preservação da ordem pública e à proteção e segurança das pessoas e do patrimônio, de acordo com a instituição da Lei n.º. 10.991, de 18 de agosto de 1997 (RIO GRANDE DO SUL, 1997). Conforme as competências previstas na referida lei, podemos relacionar a saúde mental com o policiamento ostensivo, a fim de garantir o cumprimento da lei, a manutenção da ordem pública e o exercício dos poderes constituídos; atuação preventiva em áreas ou situações em que presuma ser possível a perturbação da ordem pública; atuação repressiva em casos de perturbação da ordem pública. Identificamos que a ação da Brigada Militar nos casos estudados está relacionada ao cumprimento da ordem judicial, caso a intervenção seja necessária, conforme avaliação dos técnicos da Secretaria de Saúde responsáveis pelo atendimento.

Os hospitais gerais e o hospital psiquiátrico integram a RAPS enquanto dispositivos de assistência hospitalar, por meio de internações psiquiátricas. Juntos estiveram envolvidos em 73,8% dos casos, participando de três, dos quatro principais fluxos identificados. Evidenciando a internação hospitalar, combinada com outros procedimentos, ou isolada, como a resposta mais significativa para as demandas estudadas.

A atuação do hospital psiquiátrico, mesmo se tratando de um único dispositivo, foi verificada em 54,8% dos casos, superando em mais de 100% a atuação dos hospitais gerais, que são nove instituições e estiveram envolvidos em apenas 19% das demandas. A supremacia da

atividade do hospital psiquiátrico possivelmente ocorra pela maior oferta de leitos que os hospitais gerais. A sobrevivência deste dispositivo no Município possivelmente contribua para que os investimentos em leitos especializados dentro dos hospitais gerais não seja uma prioridade. Como visto, o Município possui apenas um hospital geral que opera na cidade para internação psiquiátrica, então os outros oito hospitais são de outras cidades.

As Comunidades Terapêuticas, que somam 18 instituições, envolvidas em 32,4% dos casos estudados, integrando três das modalidades de fluxo identificadas, sendo o mais expressivo aquele em que a Comunidade Terapêutica aparece como a última instituição que o paciente acessou. A incorporação desses dispositivos na Política Nacional é recente, apenas em 2016 essas instituições foram incluídas na tabela de estabelecimentos do CNES, pela Portaria 1.482/2016 do Ministério da Saúde, embora já fossem amplamente utilizadas na atenção a usuários com sofrimento psíquico relacionado ao uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2016).

A desembargadora federal Consuelo Yoshida, do Tribunal Regional Federal da 3ª Região (TRF-3), em audiência realizada no dia 19 de junho de 2018, entendeu que as Comunidades Terapêuticas não são equipamentos de saúde e precisam ser fiscalizadas pelo governo federal. A partir dessa concepção por parte do Judiciário, essas instituições não deveriam receber verbas do SUS e nem poderiam desenvolver qualquer tipo de internação, mesmo de forma voluntária.

Perrone (2014) buscou analisar a articulação e o funcionamento atual das Comunidades Terapêuticas, realizando um contraponto com a história e as bases epistemológicas da reforma Psiquiátrica. Para o autor o nascimento da proposta das Comunidades Terapêuticas possui suas bases junto a Reforma Psiquiátrica, mas com o crescimento desenfreado de sofrimento psíquico relacionado ao uso de álcool e outras drogas esses estabelecimentos tornaram-se um modelo consagrado na atenção para essas situações. Ao mesmo tempo em que essas instituições proliferaram-se de forma indiscriminada por todo o Brasil, sem regulamentação adequada e fiscalização muitos estabelecimentos se autodenominam como Comunidades Terapêuticas, mas suas práticas em nada se assemelham ao modelo inicial.

Temos ainda as internações em Instituições de Longa Permanência Terapêuticas-ILPIs, que são sete instituições, somando o envolvimento em 9,1% das ações. Esses dispositivos não estão previstos na política de saúde mental, assim como, não se encontram referenciadas na atenção pública em saúde. A designação confunde-se com o dispositivo Serviço de Residencial

Terapêutico⁴ (SRT), mas não se trata do mesmo serviço. Não se encontrou referências legais e normativas a essa modalidade de atendimento, que embora não apresente expressividade na atenção às demandas de saúde mental judicializadas no Município estudado, tornam-se expressivas quando observamos o seu papel, que ao que indica, parece ser de cuidados baseados em institucionalização.

As ILPTs possuem caráter residencial, destinadas a internação/domicílio coletivo de pessoas, com ou sem suporte familiar, que necessitam de cuidados integrais devido à condição de saúde mental ou física que os incapacita ou limita para o desempenho das atividades diárias e necessitem de cuidados prolongados. Trata-se de instituições não governamentais, cadastradas junto ao CNES como clínica ou centro de especialidade. Essas instituições, em tese, oferecem atendimentos voltados à clínica ou à terapêutica além de moradia e alimentação e que não há uma limitação formal para o tempo de permanência dos usuários nessas instituições.

O processo de redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, limitação do tempo de internação e a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passou a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90 (BRASIL, 2005). O que o estudo evidencia que dispositivos como as ILPTs podem estar substituindo as internações hospitalares de longa permanência, hipótese que poderia ser avaliada em relação a outros municípios.

7.2.3 Usuários da política

Passando a análise para outro ator, cuja participação foi possível mensurar temos a família do paciente. Uma vez que, para a ação ser impetrada pela DPE, em 79,2%, e por advogado particular, em 8,5%, totalizando 87,7% das ações, a família ou um representante legal precisou buscar esse caminho. Os dados relativos as justificativas para a decisão judicial, são embasados nos fatos narrados pela família, assim como, nas ações realizadas pela rede verifica-se a participação deste ator. A maioria das situações tem início, é impulsionada ou encerrada conforme a família traz as informações, participa dos encaminhamentos ou desiste da ação.

⁴ Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) I e II se constituem em residências terapêuticas ou de moradia. Ou seja, são casas localizadas na comunidade, para a moradia de pessoas com transtornos mentais graves com histórico de institucionalização anterior ou não, como o caso daqueles que vivem nas ruas. Nessas residências podem coabitar de uma até 8 pessoas, que recebem um suporte profissional para auxiliar as demandas de cada um. Além disso, os residentes são acompanhados pela rede de saúde pública, referenciados a um CAPS ou equipe da atenção básica de saúde. As intervenções devem buscar a reabilitação psicossocial e a inserção comunitária. Um dos objetivos da nova política nacional de saúde mental é a expansão dos SRTs (BRASIL, 2004).

Embora não tenhamos informações específicas sobre a família do paciente, o fato de 81,4% do total dos pacientes serem homens e 15,2% serem crianças ou adolescentes, somados a literatura sobre cuidados familiares de pacientes em sofrimento psíquico, encontramos a figura da mulher enquanto cuidadora (SANTIN, KLAFKE; EDUARDES, 2011). Possivelmente estejamos falando em sua maioria de mães, avós, companheiras, irmãs que buscam o tratamento para um familiar por meio do Sistema de Justiça.

Uma característica evidenciada no estudo é a condição socioeconômica dessas famílias. O fato de a Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul realizar a representação judicial acompanhando a demanda nos permite auferir que a renda mensal líquida familiar é igual ou inferior a três salários-mínimos, conforme normatizava a instituição. Ampliando esse limite para cinco salários-mínimos nos procedimentos de competência do Juizado da Infância e da Juventude e das Varas de Família (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Somada a variável de representação pela Defensoria Pública, temos a variável de concessão do Benefício da Assistência Judiciária Gratuita (AJG) à parte demandante, identificada em 99,3% das ações analisadas. A AJG depende da caracterização de hipossuficiência econômica, nestes casos do demandante, ao comprovar não possuir condições de arcar com as despesas processuais e advocatícias, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, em conformidade com o art. 2º, p. único, da Lei nº 1.060/50. Com o benefício da AJG, os autores são representados por advogados dativos ou por defensores públicos estatais (BRASIL, 1950).

A característica de hipossuficiência da parte demandante tem sido apontada nos estudos sobre a judicialização da saúde (VENTURA, *et. al.*, 2010; DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014; MACÊDO, *et. al.*, 2015). Os dados evidenciam que a hipossuficiência igualmente se relaciona com a judicialização no campo da saúde mental. Identificando a hipossuficiência em situações de judicialização da saúde, Diniz; Machado; Penalva (2014) questionam o pensamento, de parte da literatura brasileira, de que o fenômeno da judicialização da saúde seria um movimento das elites. Argumentando justamente com o fato de 95% das ações de seu estudo, serem conduzidas por Defensores Públicos indicando o critério de hipossuficiência da parte autora.

Além da prestação em saúde mental a internação compulsória, enquanto mecanismo de intervenção em 88,1% dos casos estudados, também se relaciona a hipossuficiência da parte demandante. Identificada a hipossuficiência da parte demandante, se observa que essa modalidade de intervenção, a internação compulsória, se direciona sobretudo a destinatários em

vulnerabilidade socioeconômica, conduzindo a percepção de que estas famílias podem não estar encontrando nos mecanismos de atenção disponíveis, respostas a sua demanda.

Os dados ilustram o envolvimento familiar enquanto usuários da política na busca por tratamento para paciente e atenção aos seus interesses. A participação da família na assistência a demanda fica evidente e esses atores assumem o papel de impulsão inicial da ação, têm suas necessidades e percepções expostas na demanda, circulam entre Sistema de Justiça e rede, participando das decisões relativas ao caso concreto influenciando as ações e o fluxo delas. Conforme se observa nas questões contextuais que influenciam a frustração do fluxo de acompanhamento do usuário está a desistência familiar do procedimento ou ação, sendo que isso ocorreu em 14,2%, no primeiro fluxo, 20,0%, no segundo e chegando a 31,1% dos motivos para frustração em um terceiro fluxo.

Observamos a busca familiar pela resolução do seu problema/sofrimento e uma resposta por parte do Sistema de Justiça e Rede Assistencial. A configuração atual retrata a procura da família por um mecanismo de intervenção que facilite sua posição no processo de tratamento, diante do contexto de sofrimento que vivencia. A família busca auxílio público, o Sistema de Justiça requisita decide e direciona a demanda para a Rede, que responde realizando a ação interventiva.

Ao olharmos para a família enquanto ator na implementação da política pública é possível identificar o pensamento de Lipsky (2010), para quem, o destinatário da política buscará influenciar a burocracia para que resolva sua demanda da forma que entente ser a melhor. Partindo desse pensamento, a família enquanto usuária da política, atua junto a burocracia buscando atender o seu interesse. Como Smith (1973) sinalizou, os sujeitos e grupos afetados pela política ou com interesses envolvidos agem muito mais para influenciar os rumos da implementação, do que a formulação.

Fica visível que a superação da lógica do paciente problema que precisa ser afastado do convívio familiar, conforme preconiza a atual política de saúde mental, não virá dessas famílias que estão em sofrimento e possivelmente sem recursos assistenciais, mas sim da atuação das instituições envolvida na política. Pinho *et. al.* (2017) de forma semelhante observam que a busca por tratamento em saúde mental, para situações como o uso de crack, na maioria incitada pela família, recai no Judiciário objetivando certa urgência na resolução da demanda. Por se tratar de questões complexas é necessário que haja o diálogo entre as organizações que compõe a rede intersetorial.

Quanto aos pacientes, usuários da política, mesmo se tratando em sua maioria de intervenções involuntárias, ficou perceptível que estes atuam e contribuem, ou não, para a

realização das ações. Note-se que entre os motivos para que o fluxo seja frustrado, em sua grande maioria estão relacionados a aspectos de resistência do usuário como: fugas, não comparecimento para avaliação ou a não localização deste para realização do procedimento. Ainda assim, as informações constantes nos prontuários não permitiram identificar qual a participação dos pacientes nas ações que lhes dizem respeito. Sendo uma proposição para estudos, com outros dados ou métodos, para a compreensão de como se dá a participação destes no processo judicial e nas ações da RAPS? Qual a percepção dos pacientes que passam por procedimentos de internação compulsória em saúde mental?

Como se observa, as ações judiciais são convertidas em grande parte em internações compulsórias, internações em Comunidades Terapêuticas ou ainda em internações de longa permanência em ILPT. Entre as ações previstas de atenção à saúde mental, enquanto política, as questões relacionadas a saúde mental judicializadas ainda são mecanismos que se aproximam das ideias combatidas pela Reforma Psiquiátrica e representam desafios os objetivos de desinstitucionalização no tratamento. Ainda assim, se observa atuação dos CAPS na avaliação e preconizando a inserção do paciente em acompanhamento ambulatorial, dispositivo este, que é central na Política de Saúde Mental após a Reforma Psiquiátrica.

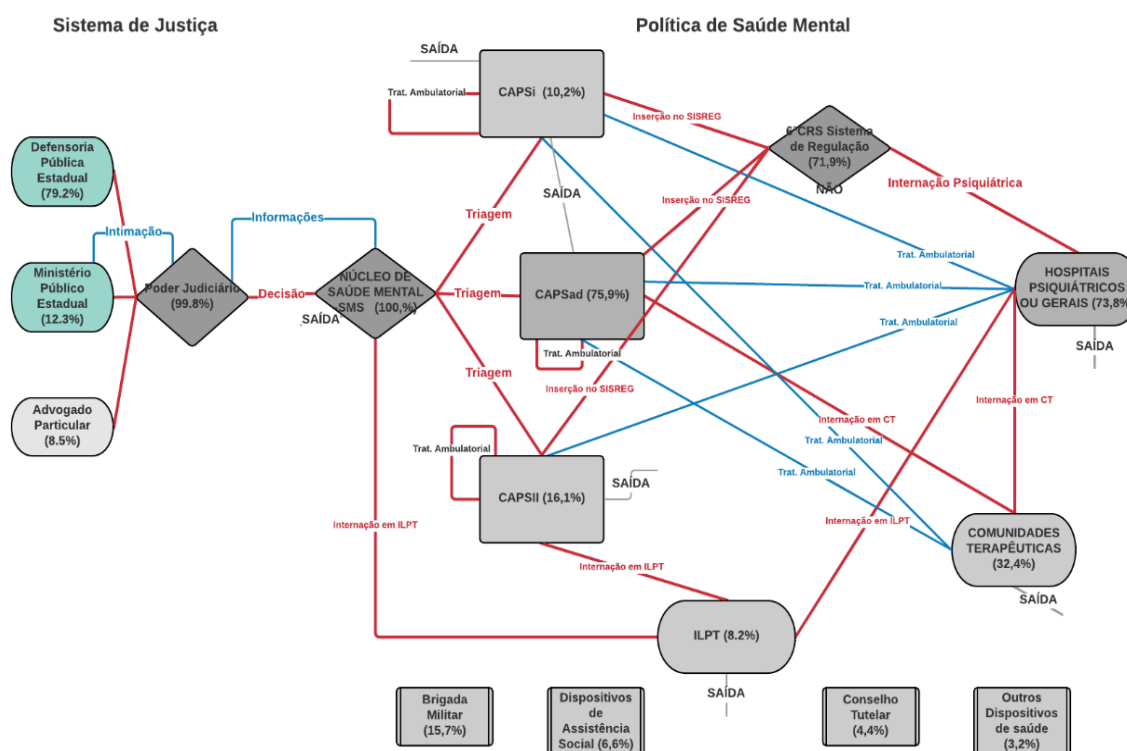
Os dados corroboram aspectos trazidos pela literatura de implementação de políticas públicas, que sinalizam a importância as diretrizes institucionais e sobretudo dos recursos que elas disponibilizam para a tomada de decisão na implementação (O'TOOLE, 2000; LOTTA, 2012; SANI; IDRIS, 2018). No caso em estudo ao se observar os aspectos referentes as normas formais e as ações desenvolvidas, fica evidente uma busca pela organização da atenção despendida ao usuário da política dentro dos recursos disponíveis pela Rede. Se observarmos todos os dispositivos que podem integrar a RAPS, referidos na fundamentação teórica, a Rede estudada carece de recursos institucionais que poderiam contribuir para assistência aos casos estudados, assim como, se utiliza de dispositivos não integrantes da política formal. As ações judiciais, igualmente, não solicitam a atuação ou intervenção que se assemelhe aos recursos não disponíveis como: Consultório de Rua, Unidade de Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial-SRTs. As ações, tanto judiciais quanto assistenciais, são pautadas em aspectos institucionais normativos, mas buscam oferecer uma resposta, uma solução para o caso com os recursos disponíveis.

7.3 Interações no campo da implementação

Como se pôde analisar a implementação se desenvolve tendo como plano de fundo a política formal, percebida como fundamental para delimitação da atuação das instituições envolvidas. As instituições envolvidas constituem os recursos sobre os quais as decisões são tomadas, a ação é desenvolvida com base no que está disponível para atenção a situação. Também ficou evidente os aspectos cognitivos dos atores, sobretudo aqueles que refletem questões socioculturais que influenciam na compreensão sobre a doença mental e aquilo que é melhor para a resolução do problema. De agora em diante, passa-se a analisar as interações e como a implementação se desenvolve no processo de relações entre instituições e atores.

Para compreensão da interação entre as organizações e sua função nas ações analisadas, com base na participação institucional nas demandas e nos fluxos identificados ilustramos a rede da seguinte forma:

Figura 1 – Fluxograma das ações



Fonte: própria

A figura ilustra a conexão entre as instituições envolvidas na atenção ao caso concreto e a complexidade que envolve as ações estudadas, sobretudo em situações graves como as que

chegam ao Sistema de Justiça. As linhas em vermelho representam encaminhamentos e as linhas em azul, o retorno para algumas instituições. Simbolicamente os fluxos e conexões foram representados na figura pela ênfase de sua atuação, entretanto é importante pontuar a dinâmica e interatividade do processo assistencial é irreduzível a imagem. As instituições que aparecem em paralelo, sem conexões, estão representadas dessa forma por não se identificar em que momento se dá a ênfase de sua atuação. Deste processo de interações entre instituições e atores que as constituem, se desenvolve a implementação da política estudada, com resistências e convergências e desta interação se conformam as ações no campo.

Como resistência podemos visualizar o Judiciário questionando a ação, sobretudo da Defensoria Pública em colocar os entes públicos como réus e se opondo a isso, excluindo-os ou sequer incluindo-os no polo passivo da ação. A figuração dos entes públicos no polo passivo, em ações de internação compulsória, em quase metade dos processos, seria desnecessária ou pelo menos, questionável pelas demais características das ações. O próprio Judiciário passou a filtrar essa posição do Poder Público como Réu em tais ações. Em 52,9% dos casos analisados, foi possível identificar decisões que questionam, exigindo comprovação da negativa do Poder Público na prestação do serviço ou que acabam excluindo os entes federados do polo passivo.

Para contextualizar, veja-se anotação de campo com trecho de decisão judicial:

1. A presente demanda foi, inicialmente, ajuizada contra o paciente e os entes públicos, buscando obter internação compulsória do primeiro e o custeio do tratamento pelos demais. (...)

Verifico, pois, que o município, uma vez instado a realizar a internação e o tratamento do paciente, desde logo cumpriu com sua obrigação legal, evidenciando que apenas não o fizera por conta da ausência de provocação para tal. Aliás, tal conduta tem se tornado a regra em situações similares, nas quais os interessados – antes de buscarem o atendimento estatal- ajuízam processos para compelir os entes públicos a intentar e encaminhar para tratamento seus familiares. Ou seja, sem qualquer provocação – como se fosse possível aos mesmos atender o direito à saúde do paciente sem que este (ou seu familiar por ele) busque atendimento na rede pública- para comprovar a inércia ou a negativa dos entes públicos (por evidente não se fala aqui em esgotamento da via administrativa, mas apenas da apresentação de pedido de custeio de tratamento, recorrem ao Poder Judiciário atribuindo a este o papel de substituir a administração pública, sem que esta tenha sido instada a cumprir com suas obrigações.

Assim, concluo que – no caso- se afigura flagrante ausência de interesse de agir frente aos entes públicos, na medida de não ter havido resistência destes em dar ao paciente o atendimento necessário, razão pela qual, os EXCLUO do polo passivo, com amparo no art. 485, III do CPC. (Nota de campo, 2018)

Madeira (2014) verifica a reafirmação do panorama da literatura, quanto a judicialização da saúde, ser mais direcionada a Estados e Municípios. No estudo da autora as demandas englobam o acesso a medicamentos, tratamentos, ampliação de vagas e melhoria da

infraestrutura de atendimento. Para a autora a construção de sistemas únicos nas políticas sociais, à distribuição de competências entre os entes federados autônomos e a tendência atual de coordenação, onde a formulação das políticas está centrada na União, enquanto os estados e municípios assumem o protagonismo da implementação é o motivo pelo qual, a atuação do Judiciário em relação a estes, tende a se direcionar para as políticas de saúde, educação e assistência social.

É inegável o papel das instituições que compõe o Sistema de Justiça no acesso as políticas públicas. Pelo método dessas ações, identificado nos dados, mesmo as que versam sobre internação compulsória, muitas vezes contam com a responsabilização do ente público para sua execução. Essas ações adquirem um duplo objetivo, impor o tratamento ao paciente e comprometer os órgãos públicos com a efetivação dos encaminhamentos necessários. Embora o objeto principal que caracteriza a ação seja a internação compulsória, as ações que contam com os entes públicos no polo passivo, não deixam de configurar ações relativas à provisão em saúde. Mesmo as que tratam de internações compulsórias, possuem características relacionadas a judicialização da saúde em sentido amplo, pela característica da provisão.

No estudo foram inseridas duas variáveis que dizem respeito a justificativa do pedido ou determinação, para questionar esse método de colocação dos entes públicos no polo passivo: a omissão do ente público da provisão e a resistência do ente público na provisão em saúde, no momento de justificar a demanda, ambas variáveis permaneceram com porcentagem 0%. Ou seja, as ações não contam com solicitações de tratamento negadas ou resistências na provisão. Ainda assim, em 17,7% das decisões analisadas havia determinação de prazo para execução da decisão, o que nestes casos, pode estar relacionada a uma morosidade na prestação assistencial, mas que ainda não se aproxima a porcentagem em que se atribui a posição de réu aos entes públicos. Ao analisarmos a figuração do ente público no polo passivo e a não justificativa para isso, fica claro a utilização do Judiciário como instrumento, sobretudo por parte da Defensoria Pública e do Ministério Público, que antevendo eventual dificuldade na execução buscam assegurar a obrigatoriedade do ente público em realizar os procedimentos relativos ao tratamento do sujeito. Essas ações ganham um caráter de jurisdição preventiva.

Outras divergências podem ser percebidas nas interações e em relação a política formal. Quando a Rede, mesmo com toda aquela descrição fática na sentença, avalia e direciona de modo diverso do que a família estava solicitando na ação judicial, por exemplo, indicando acompanhamento ambulatorial em vez de internação. Quando a Rede de atendimento também avalia e encaminha pacientes para internações de longa permanência em ILPTs, mesmo esses dispositivos não fazendo parte da política formal. Quando a família busca por uma internação

psiquiátrica quando esta não é aceita pelo paciente, o paciente foge, não comparece na avaliação ou não se deixa ser localizado para evitar uma intervenção indesejada.

Ao olharmos para a implementação a partir dos dados obtidos, consideramos que a resistência por parte dos os atores envolvidos, pode ocorrer em relação a política formal e nas interações entre atores e instituições. É impossível que a política formal preveja todas as situações e como se observa, há uma gama de possibilidades para cada caso. Percebe-se o quanto há necessidade pela busca de um consenso daquilo que será realizado, ou pelo menos um consenso sobre quem diz o que vai ser feito.

Já as convergências podem ser observadas no desenvolvimento homogêneo na condução das situações. Mesmo em uma população de 945 prontuários, o que pressupõe 945 situações individuais, pela amostra estudada foi possível identificar uma regularidade na condução das ações. Em torno de 80% das demandas seguiram um dos 04 primeiros fluxos identificados, apresentando uma fluência desses fluxos e do caso dentro da Rede, que mesmo o pesquisador externo a realidade, consegue identificar o que aconteceu com o sujeito, por onde ele passou e o desfecho do caso.

Nas ações solicitadas e realizadas é possível perceber a proximidade entre o que é solicitado e o que é realizado, na interação Poder Judiciário e RAPS. Quanto a relação RAPS e Poder Judiciário, verificou-se que as ações seguiram os encaminhamentos avaliados e indicados pela Rede em 86,8%. Foram identificadas divergências explícitas entre a decisão judicial e o entendimento da Rede em apenas 10% dos casos, nos demais, as evoluções não apresentavam conflitos evidentes. Embora os prontuários não trouxessem dados que permitissem uma clara correlação entre o que é solicitado e o que é realizado, pelos termos subjetivos das evoluções, é possível observar que há uma uniformidade entre as ações. Outro aspecto que talvez tenha dificultado essa correlação é que as solicitações judiciais estavam bastante pautadas em delegações para avaliação pela própria Rede.

Como se observou na revisão bibliográfica, a literatura sobre a judicialização da saúde enfatiza o caráter impositivo das demandas judiciais em relação ao executivo, resultando em impactos significativos para a política (VENTURA, *et. al.*; 2010; WANG, *et. al.* 2014; CNJ, 2015; MOREIRA; RIBEIRO; OUVENEY, 2017; MARQUES *et. al* 2019). Razão pela qual, mesmo se tratando de uma política de saúde diferenciada, a hipótese do estudo estava centrada no direcionamento das ações da implementação pautadas nas determinações judiciais. O que se esperava encontrar era um protagonismo do Sistema de Justiça e sobretudo do Poder Judiciário também na política de saúde mental, interferindo nas ações da implementação. Entretanto, a

relação que se evidencia entre Poder Judiciário e RAPS, caracteriza-se mais pelo equilíbrio e harmonia do que pela imposição e conflito. O Judiciário atribuí autonomia aos técnicos da Secretaria de Saúde para a condução das ações, inclusive pré-autorizando procedimentos a critério dos profissionais da Rede, aspecto que diverge da literatura sobre a judicialização da saúde em sentido amplo. Diante disso, passamos a analisar e buscar compreender essa relação estabelecida na Política de Saúde Mental.

Em 86,5% dos casos se identificou a determinação de avaliação psiquiátrica pela RAPS, quanto a necessidade de internação. Somado a esta variável temos a solicitação de informações à RAPS sobre o usuário presente em 74,8% dos casos. A avaliação quanto a necessidade de tratamento em instituição de longa permanência a ser realizada pela Rede também esteve presente em 28,4% das ações. Em 12,7% dos casos identificou-se a solicitação de laudo circunstanciado/atestado sobre a condição do paciente e em 1,7% das ações, solicitação de avaliação sociofamiliar. As ações seguiram os encaminhamentos avaliados e indicados pela Rede em 86,8%, evidenciando que a condução das ações se desenvolve baseada em avaliações técnicas realizadas pela RAPS.

Possivelmente a ausência de avaliação médica que embase o pedido judicial seja uma característica diferencial das ações estudadas em relação aos estudos de judicialização da saúde. A avaliação técnica constante nos autos, utilizada como justificativa para a decisão judicial, estava presente em apenas 8,3% dos casos. O que explica a solicitação de avaliação psiquiátrica pelo judiciário para a RAPS. Quanto a identificação desse procedimento nos prontuários observa-se que há, por parte da rede, igual preocupação com a realização da avaliação, sendo possível verificar a realização em 92,5% dos prontuários.

Ao analisarmos o artigo 6º da Lei n.º. 10.216/2001, colecionado anteriormente, observamos a necessidade legal de laudo médico que ateste a necessidade de internação psiquiátrica, como requisito para a sua efetivação. Para além da avaliação para internação psiquiátrica, a avaliação técnica quanto a outros procedimentos também é delegada a Rede, embasando outros pedidos como o acompanhamento continuado pela Rede, a disponibilização de vagas em ILPT e em Comunidade Terapêutica.

Somado ao dispositivo legal que exige avaliação para internação, têm-se os dados referentes ao SISREG, instituído pelo Ministério da Saúde por meio da portaria 1.559 de 1º de agosto de 2008, as internações psiquiátricas seguem as diretrizes de regulação Municipal e Estadual (BRASIL, 2008). Para a inserção da solicitação de internação no sistema também é necessário laudo médico. Como se verificou nos dados, os CAPS são responsáveis pela

avaliação e solicitação de vaga junto ao sistema regulador. Percebe-se que a regulação de leitos psiquiátricos realizadas pelos dispositivos CAPS, contribui para que os Centros de Atenção Psicossocial ocupem um lugar central da rede e atendimento. Mesmo a demanda sendo judicial o paciente necessariamente passa por um CAPS, que seria a porta de entrada da RAPS caso a demanda não fosse oriunda do Sistema de Justiça, mas de outros serviços da rede de saúde, outras políticas ou por demanda espontânea.

Em um estudo sobre a implementação da regulação dos prestadores privados na saúde de duas capitais brasileiras Porto Alegre/RS e Belo Horizonte/MG, Lima (2012) identificou o fortalecimento dos municípios com a capacitação administrativa e adesão a regulação. A formulação da estratégia de regulação centralizada estabeleceu padrões, mas não definiu os arranjos institucionais para a implementação. O que possibilitou aos municípios estabelecer mecanismos próprios de implementação adaptados ao contexto local. Mais especificamente em relação a saúde mental, Pinho *et.al.*, (2015) também verificaram o empenho da gestão de saúde mental de um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS para garantir que o CAPS desempenhe seu papel regulador e seja o responsável pelas solicitações de internações involuntárias ou compulsórias realizadas pelo SUS. Em que pese a grande demanda e a falta de recursos dos serviços, para os autores, este é o dispositivo que possui uma equipe técnica interdisciplinar e a responsável pela avaliação da necessidade do procedimento.

A exigência de avaliação médica que ateste a necessidade para a realização de internação psiquiátrica, prevista em lei, somada a Política Nacional de Regulação, demonstram ser estratégias importantes para a institucionalização da política. Ao observarmos as diretrizes formais que centralizam os CAPS na prestação assistencial e analisarmos os casos em que a demanda chegou via judicial e seguiu este mesmo direcionamento, verificamos que as ações judiciais acabam sendo integradas na RAPS, de forma semelhante as demandas espontâneas ou encaminhadas por outros serviços executivos. É possível identificar como as normas formais como: a exigência de avaliação psiquiátrica, a centralidade dos CAPS e a existência de um sistema de regulação estão relacionados com a prática na implementação, neste caso, contribuindo para autonomia do Executivo, mesmo em casos de demandas judicializadas.

O que é apresentado pela literatura, sobretudo em ações de medicamentos, é que o pedido do demandante já conta com documentos probatórios por meio de atestados e ou receitas médicas, assim, o Judiciário socorre-se do argumento técnico apresentado pelo autor para conceder a ordem, na grande maioria em sede de antecipação de tutela (VENTURA, *et. al.*, 2010; DINIZ, MACHADO; PENALVA, 2014). Sendo este um aspecto diferenciado das ações

que envolvem a saúde de modo amplo e as ações que envolvem a saúde mental no caso em estudo.

Ao conceder a tutela antecipada, baseada unicamente na documentação do demandante, se sobressai a soberania da prescrição médica individual. Não havendo o exercício analítico por parte do Judiciário dessa demanda com o conteúdo de normas e regulamentos ou com outros meios avaliativos. Com essa percepção Ventura, *et. al.*, (2010) questionam a possibilidade de outro parecer técnico que possa esclarecer a existência de alternativa adequada para o tratamento, a urgência, ou se esse medicamento consta na lista de fornecimento no SUS. No presente estudo essa possibilidade demonstra ter aplicabilidade, pois a RAPS avalia e conduz a situação, e a Rede conhece suas possibilidades e limites na assistência.

Os dados demonstram que há na dinâmica adotada, uma prevalência do saber médico que pauta as decisões judiciais. Nessa aproximação entre os campos do direito e da saúde, Marques *et. al.*, (2019) em um estudo sobre os parâmetros decisórios construídos pelo CNJ, desde 2010, para questões envolvendo a saúde, evidenciam o privilégio dos saberes médico e farmacêutico nas decisões judiciais, reduzindo a importância do trabalho multiprofissional e de outras questões sociais. Na análise os autores observam que o campo que ainda traz alguma visão aberta a desmedicalização e a desjudicialização é justamente o da saúde mental, conforme enunciado n.1 do CNJ.

Nas demandas em tutela individual para internação de pacientes psiquiátricos e/ou com problemas de álcool, crack e outras drogas, quando deferida a obrigação de fazer contra o poder público para garantia de cuidado integral em saúde mental (de acordo com o laudo médico e/ou projeto terapêutico elaborado por profissionais de saúde mental do SUS), não é recomendável a determinação a priori de internação psiquiátrica., tendo em vista inclusive o risco de institucionalização de pacientes por longos períodos (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2014).

O que podemos refletir é que a centralidade do CAPS, dispositivo que conta com uma equipe multidisciplinar para assistência, que prevê a realização de Planos de Tratamento Singular-PTS para cada paciente e que, como já descrito, é a porta de entrada da RAPS, pode contribuir para a avaliação do caso e oferta de uma assistência multiprofissional e de Rede. Os fluxos identificam o acompanhamento ambulatorial em CAPS em três dos quatro principais fluxos. Com a centralidade desses dispositivos os pacientes não passam pelo CAPS unicamente para uma avaliação médica e internação, mas são inseridos na Rede e passam a acessar diferentes serviços de atenção, cada um deles com suas diferentes ofertas assistenciais.

Outro aspecto delegado pelo Judiciário para a RAPS, sinalizando a autonomia da Rede, é a avaliação da necessidade de acionar a instituição policial que fica a cargo dos serviços de

saúde. Nas demandas identificadas, a intervenção da Brigada Militar fica autorizada pelo Judiciário, condicionada a essa avaliação da necessidade conforme anotação de campo ilustrativa:

“Desde já autorizo o uso da força pública policial, se necessário (circunstância a ser avaliada pelos servidores da Secretaria Municipal de Saúde responsáveis pela internação). Comunique-se ao Comando da Brigada Militar, por fax ou e-mail, que o uso da força policial resta autorizado para todos os atos que se fizerem necessários para o cumprimento adequado da medida. A conveniência de intervenção policial será apurada pela SMS, tanto para a avaliação quanto para internação (NOTA DE CAMPO, 2018).”

Como se verifica a autorização para o uso da força policial na condução do paciente aplica-se não somente para a realização da internação, mas também para a avaliação. Evidenciando a preocupação com a operacionalização da internação e com a avaliação prévia. Embora o uso de força policial nos termos acima tenha sido autorizado em 74,8% das decisões analisadas, nos prontuários consta o registro de participação da Brigada Militar em apenas 15,7% dos casos.

Mesmo com a diferenciada autonomia, evidenciada no estudo, entre as solicitações realizadas pelo judiciário, em 5,5% dos casos havia solicitação ou determinação do Judiciário para a ‘a (re)inserção do paciente no SISREG’. Também se identificou a determinação de algum procedimento sem avaliação pela rede de saúde em 8,2% dos casos, divergência entre o entendimento da rede as decisões judiciais em 10%. Embora pouco expressivas em relação a autonomia atribuída a administração, mas ainda correspondente a concepção geral de coerção do judiciário destacada na literatura.

A possibilidade de Judiciário e Executivo em conduzirem a situações respeitando as instituições, também foi circunstância verificada por Madeira (2014) no âmbito federal sobre a relação entre o Supremo Tribunal Federal e os outros poderes políticos. Nas situações estudadas por ela, a autora refere dois momentos: primeiramente, logo após a promulgação da CF/88, o STF foi utilizado como ator de veto, agindo de forma parcial e respondendo a ações que tinham por objetivo interferir na agenda política; em uma segunda fase, a contar de meados de 1990 o STF assume maior imparcialidade, intervindo quando necessário e garantindo governabilidade ao Executivo Federal.

Reconhecendo o papel de ação do Poder Judiciário na implementação de políticas públicas, Resende (2014) igualmente aborda a possibilidade de cooperação entre o Judiciário e atores não judiciais no campo que envolve direitos sociais, sinalizando a possibilidade de uma progressiva mudança cultural que melhore a interação entre os Poderes constituídos. A

compreensão do autor se distancia da defesa de controle, caracterizado pelo protagonismo do Judiciário em relação as outras organizações envolvidas e considerando as especificidades de cada política pública.

No campo específico da saúde mental, a cooperação entre as instituições para a execução das ações também foi identificada por Reis; Guareschi; Carvalho (2015) que verificaram a existência de uma ação estratégica entre os campos jurídicos, psiquiátrico e pedagógico, que se somam para formar a rede de proteção, no atendimento a internações compulsórias de adolescentes em dois grandes Municípios do Rio Grande do Sul.

Pinho *et. al.*, (2017) também sinalizam que o fato de o usuário acessar a Política de Saúde Mental via Ministério Público, não seria equivocado ou necessariamente prejudicial, pelas atribuições conferidas a instituição, embora essa participação possa ser percebida como negativa pelos profissionais participantes da pesquisa desses autores. O Ministério Público faz parte da rede e havendo uma interação positiva, respeitadas as competências de cada organização a participação da instituição contribui para a atenção a demanda. No presente estudo pode-se estender esse pensamento ao Sistema de Justiça como um todo, o fato de essa interação ser positiva ou negativa está relacionado a maneira como as instituições vão construir as ações em prol de objetivos comuns.

Nas as ações judiciais e nas ações da RAPS, temos ainda as determinações e a realização de internações nos dispositivos denominados ILPTs, que como descrito anteriormente, não encontram correspondência na política formal. Observamos que a necessidade de internação nessas instituições é avaliada pelos técnicos da Rede, desse modo, não podemos dizer que a sua utilização seja consequência da judicialização, sendo este, apenas o caminho para que o Município subsidie monetariamente a internação. A utilização desses dispositivos evidencia ser um consenso entre o Sistema de Justiça e RAPS.

A utilização desses dispositivos para atenção a condições de saúde mental grave sob o olhar da implementação de políticas públicas, pode ilustrar a adaptação da política as necessidades e interesses locais. Contudo, em relação a estas instituições, as atribuições do poder público se restringem a compra de vagas por meio de parcerias público/privadas e a fiscalização. Fica o questionamento sobre como ocorre o monitoramento do atendimento ofertado por esses serviços? Qual o tempo de permanência dos usuários em internações nessas instituições? Diante da inexistência de um comando único a ser seguido pelas instituições e disposições que possam ser exigidas pelo poder público nas fiscalizações.

A avaliação da modalidade de atendimento como o ofertado em ILPTs, desenvolvido na implementação e a sua incorporação, adaptação ou exclusão na política de saúde mental

precisa ser pensada. A diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos e a limitação do período de internação psiquiátrica, sem a implementação e manutenção de outros dispositivos que deem conta do cuidado podem estar conduzindo a utilização de estabelecimentos privados para o atendimento do usuário que em decorrência de uma condição de saúde mental e contexto social, necessite de cuidados integrais. A presença desses dispositivos nos processos acompanhados pode ilustrar duas questões: a primeira diz respeito a existência de uma demanda reprimida e a segunda a uma adaptação da política para resolver problemas da realidade local. É necessário analisar se as práticas desenvolvidas por esses estabelecimentos atendem aos objetivos da política de saúde mental ou reproduzem modelos de institucionalização e segregação do paciente de saúde mental grave.

Como descrito por Lipsky (2010), a falta de recursos e a dificuldade em resolver o problema obriga os burocratas de nível de rua a desenvolver atalhos ou facilitar o exercício da atividade para lidar com a demanda. Esses artifícios utilizados pelos burocratas de rua podem ser contrários as diretrizes da política, mas necessário ao desenvolvimento das ações e sobrevivência das instituições

Um ponto de debate que avançou na Política de Saúde Mental e sua interface com a Política de Drogas, foi em torno das Comunidades Terapêuticas. Instituições que surgiram na implementação, mas depois foram incorporadas nos planos políticos. A internação em Comunidade Terapêutica não pode ser compulsória, assim para que o usuário da política acesse esse dispositivo ele precisa aceitar. A determinação pelo judiciário para disponibilização de vaga nestes dispositivos esteve presente em apenas 4,5% dos casos, tratando-se de pedido de provisão. O que nos permite observar novamente a autonomia da RAPS para avaliação e encaminhamento do paciente para essa modalidade de intervenção.

O papel da burocracia é especialmente identificado na fase de implementação de políticas públicas (LIPSKY, 2010; LOTTA, 2010; ZUVANIC; IACOVIELLO, 2010). Os trabalhadores da RAPS e do Sistema de Justiça não deixam escapar seu papel de formuladores da política. Segundo Lipsky (2010) os profissionais e conseqüentemente as agências que representam estabeleceram uma dinâmica própria para a atenção aos problemas. Na política estudada essa dinâmica também leva em consideração a interação desses atores com as famílias e pacientes. Segundo o autor essa possibilidade de (re)formulação da política pelos atores estão ligadas a altos níveis de discricionariedade e autonomia da autoridade organizacional.

E a formulação não é interrompida na implementação (HILL; HUPE, 2014). O estudo ilustra o aspecto (re)formulador da política, ao passo que a burocracia adapta a política a realidade local. Os redirecionamentos dados na implementação podem, ou não, serem

incorporados ao plano político. Como se observa a trajetória da Política de Saúde Mental, conta com a influência dos burocratas de nível de rua em seus movimentos de mudança. Esse papel da burocracia é claramente identificado no presente estudo, como no direcionamento das demandas para as Instituições de Longa Permanência Terapêuticas, utilizadas na prática da assistência em saúde mental pela rede local. Movimentos que podem ter reflexos para a política formal no futuro como tiveram as Comunidades Terapêuticas.

Por fim, no tocante as interações entre instituições, analisa-se que a coordenação e comunicação entre as instituições como um aspecto que influencia e contribui para a integração assistencial. Aspectos de desenvolvimento essenciais para a minimização das fragilidades na atenção à saúde pública, para quadros crônicos de saúde, como é a saúde mental. Com a articulação entre os serviços relacionados, independente da porta de entrada, de forma ordenada e que leve ao objetivo final sem, ou com o menor número de conflitos (WOLTMANN et. al. 2012; MEDEIROS, 2013). A coordenação da comunicação entre os atores e organizações envolvidos na implementação é um mecanismo para evitar erros (SANI; IDRIS, 2018).

No caso estudado, o Judiciário demonstra manter-se aberto a comunicação e trocas com RAPS a respeito dos casos. O papel coordenador da Rede é assumido pelo Núcleo de Saúde Mental, setor vinculado ao órgão gestor, que recebe as demandas, direciona para a rede, acompanha as intervenções e encaminhamentos, reportando ao judiciário o que é realizado. Outra instituição que demonstra ter papel direcionador dos fluxos e ações são os CAPS, os centros realizam a avaliação quanto a necessidade de internação ou outro procedimento, são responsáveis pela elaboração de Planos de Tratamento Singular, acompanham o fluxo, que por vezes termina com o retorno dos usuários para tratamento ambulatorial no próprio CAPS. O Núcleo faz parte do órgão gestor, enquanto os CAPS, são dispositivos da rede, em que pese as diferenças de atribuições e de níveis hierárquicos esses demonstram ter um interesse intrínseco compartilhado em alcançar os objetivos da instituição maior que seria a administração municipal.

Em um estudo sobre a implementação de uma política de saúde mental infanto-juvenil, voltada para o ambiente familiar e comunitário, envolvendo diversas agências WALKER; KOROLOFF (2007), identificaram a escassez de estratégias que garantam um plano de atendimento a demanda que coordene as ações de cada agência colaboradora com a criança e a família. O que ocorre é que cada agência desenvolve um plano de atendimento que pode convergir ou divergir das linhas de atuação dos outros serviços envolvidos, ou ainda, pode não refletir a filosofia do plano diretivo superior. Se coordenar uma rede de atendimento é uma

tarefa difícil, pois as agências participantes possuem parâmetros de funcionamento próprios, o desenvolvimento de estratégias para a criação de condições organizacionais e de rede, visando a atenção articulada a demanda precisa ser prioridade.

Observamos que a comunicação em rede ocorre, sobretudo por impulso do agente direcionador da demanda. Quanto ao retorno das ações da rede ao Núcleo, em campo percebe-se que esta ocorre amplamente por um controle do setor, estas foram identificadas em campo como: “em contato com”, “enviei e-mail solicitando informações”, “liguei para”. Do mesmo modo, o retorno ao Judiciário também é impulsionado por este órgão observando que há solicitação de informações à RAPS sobre o usuário em 74,8% dos casos. Em campo também se observou evoluções como: “respondi e-mail do Judiciário”, “ofício solicitando informações”.

O que isso nos ensina sobre trabalho em rede é a importância da proatividade do ator direcionador da demanda. Os serviços executores parecem preocupar-se com a realização da ação, atenção à demanda e não com o retorno de informações. O estudo evidencia que a coordenação e integração assistencial realizadas pelo Núcleo de Saúde Mental, com conjunto com os CAPS, contribui para a superação de fragilidades como estas. No caso das demandas oriundas do Judiciário, seu acompanhamento por um Núcleo coordenador favorece para que o paciente não se ‘perca’ na Rede. Já a centralidade do CAPS faz com que haja uma incorporação dos casos pela Rede, possibilita avaliação técnica multiprofissional e o estabelecimento de ações singulares, mas que, enquanto Rede são acompanhadas de forma homogênea.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estigma social em torno da loucura e a estrutura assistencial em saúde, vigentes no Brasil até os anos 80 fizeram com que a atenção a condições de saúde mental fosse baseada na institucionalização do sujeito em hospitais psiquiátricos. Demonstrando a ineficiência desta modalidade de atenção e os prejuízos humanos e sociais que ela representava o movimento de Luta Antimanicomial, iniciado formalmente nos anos 90 e que recebeu influência de movimentos semelhantes de outros países como Itália e Estados Unidos, conseguiu impelir sua crítica e culminou com a promulgação da Lei 10.2016/2001, instituindo formalmente a Política Nacional de Saúde Mental, reconhecendo direitos e redirecionando o modelo assistencial.

A política previu o desenvolvimento e sustentação de uma rede extra-hospitalar para assistência, com a consequente eliminação dos leitos de internação caráter manicomial/asilar e redução dos leitos de internação em hospitais psiquiátricos. O tratamento de base territorial e comunitário também precisou inserir a família na assistência, reconhecendo que a promoção da saúde mental ultrapassa o sujeito e atinge o meio familiar e comunitário, que adquirem status fundamental no tratamento. A política atual prevê a assistência em saúde mental, ofertada no SUS, de forma universal e gratuita, desenvolvida por uma Rede de Atenção Psicossocial com dispositivos em diferentes níveis de atenção para o atendimento de acordo com a complexidade.

A judicialização da saúde reconhecida enquanto fenômeno representa a busca no cidadão e de instituições pelo Judiciário a fim de assegurar o direito a saúde. Esse fenômeno se justifica pela percepção de ineficiência do Estado na promoção do direito constitucional a saúde pública, gratuita e universal. Essa ineficiência costuma ser relacionada ao aumento das prerrogativas do Estado para a proteção social, compreendendo a saúde; na estruturação político-administrativa que atribui aos Municípios grandes responsabilidades na provisão em saúde; e na crise fiscal dos Municípios, que se veem com recursos limitados para oferecer o atendimento em saúde à população.

A literatura aponta que a judicialização da saúde tem como foco as ações de medicamentos, com menos expressividade, também se encontram os pedidos por procedimentos cirúrgicos, leitos em UTI, insumos e outros tratamentos. O impacto da judicialização mais enfatizado é a questão da gestão, uma vez que, o executivo precisa arcar com despesas não previstas, tendo limitada sua autonomia de escolha para alocação de recursos. A intervenção do judiciário costuma ser vista de forma negativa, sobretudo devido ao caráter impositivo das decisões, tomada com base no crivo dos magistrados e que desconsidera aspectos de gestão e possibilidades da assistência. Os Municípios são apontados como os mais

afetados, devido ao seu papel na provisão de saúde e a fase de implementação da política, em sua maioria atribuída aos municípios. A fase de implementação da política de saúde é vista como a que possibilita a maior intervenção do Judiciário.

Na saúde mental a intervenção do Judiciário é ainda mais ampla, pois além dos pedidos provisionais em saúde, o Judiciário pode atuar diretamente com o Executivo em ações de internação compulsória e medidas de segurança. No estudo a análise quanto a participação do Judiciário na Política de Saúde foi estendida ao Sistema de Justiça, envolvendo a atuação da Defensoria Pública e do Ministério Público. Isso porque, o Judiciário atua quando provocado e a literatura sinaliza estas instituições com as mais atuantes na judicialização da saúde, fato que se confirmou nos dados da pesquisa.

A fase de implementação de políticas públicas é vista como a etapa em que há maior possibilidade para interferência do Poder Judiciário na gestão. As teorias explicativas e analíticas para esta fase do ciclo político, inicialmente se desenvolveram em uma visão *top down*, que considera a implementação de forma hierarquizada, de cima para baixo. Partindo do plano formal a implementação seria a sua transcrição para a prática, quanto melhor elaborado e estruturado o plano formal, mais chances de os resultados serem compatíveis com o objetivo da política. Dada a limitação dessas abordagens em explicar as falhas da implementação, uma vez que desconsiderava o contexto local de ação, se desenvolveram as abordagens *bottom up*. A perspectiva de baixo para cima considera a burocracia implementadora e sua discricionariedade em interação com aspectos locais como os usuários da política, os recursos e as organizações. Essas abordagens foram igualmente criticadas por não prescreverem respostas para assegurar uma implementação bem sucedida.

Em uma terceira perspectiva, estudos híbridos têm combinado aspectos de ambas as abordagens, buscando tanto compreender as falhas da implementação e construir respostas para a formulação da política. Nessa perspectiva e considerando os dados disponíveis para o estudo, a análise se desenvolveu considerando três aspectos: o plano formal e os aspectos cognitivos dos atores; a burocracia implementadora, considerando as instituições e atores envolvidos no processo; e por fim, as interações no campo de implementação.

A pesquisa permitiu observar que as ações judiciais são representativas da política formal, mas também apresentam aspectos cognitivos dos atores, sobretudo socioculturais em torno da concepção que fazem dos transtornos mentais graves e seus tratamentos. Os aspectos socioculturais são ainda mais evidentes no discurso familiar que é levado ao Judiciário pelas famílias, que como visto têm seu papel de atuação junto a implementação da política, influenciando a burocracia e o Sistema de Justiça no direcionamento das ações.

Ao se observar os argumentos jurídicos e os aspectos de fato, o que se evidencia é uma busca interpretativa pelo aplicador do direito para harmonizar as leis aplicáveis ao caso concreto, o interesse das famílias, outros aspectos normativos e aquilo que entende aplicável a situação narrada. Já ao se observar as justificativas que expressam a opinião familiar sobre o contexto do paciente e os motivos de buscarem o atendimento ou a modalidade de atenção almejada, os aspectos normativos não demonstram gerência. Aspectos como a periculosidade do sujeito, incapacidade de se autodeterminar e a tutela, são marcantes nas decisões judiciais e no discurso familiar. Sendo a percepção destes baseadas em aspectos socioculturais que ainda estão pautadas no paciente problema e na busca pelo afastamento como mecanismo de resolução, seja por internações hospitalares, em comunidades terapêuticas ou em ILPT. Narrativas que ainda representam objetivos, ideias e percepções que desafiam a implementação da política.

Desde a criação da Política de Saúde Mental, que representou uma ruptura com o modelo de assistência anterior, a política já passou por readequações. Os pontos de atenção ou serviços foram ampliados, as atribuições reformuladas e as práticas repensadas em um processo contínuo da política. O caso estudado, ilustra a adaptação na implementação da política a realidade local, o que está relacionado a possibilidade da burocracia em equacionar as diretrizes formais, a individualidade das situações, considerar a percepção dos usuários e executar as ações a partir dos recursos disponíveis. Sobre a implementação da Política de Saúde Mental, no decorrer deste estudo ficou claro o caráter contínuo da política e ação. A implementação é indissociável das demais fases da política pública. E algumas estratégias de sua implementação consiste em (re)formulações políticas que permitem adaptá-la a realidade local.

Quanto ao papel assumido pelos componentes do Sistema de Justiça como da Rede de Assistência, em sua maioria ocorre pela instituição normativa das atribuições. Razão pela qual enfatizamos, a marcante presença das normas na definição de competências e papéis assumidos pelas instituições. Os planos formais (leis, portarias, orientações) institucionalizam os papéis das instituições, delimitam competências e criam instâncias de controle importantes para a institucionalização da política durante a implementação. A exigência legal de avaliação médica para internação psiquiátrica, a centralidade dos dispositivos CAPS na gestão da rede assistencial e o Sistema de Regulação, entendidas como previsões do plano formal, dão resistência aos objetivos da política por meio de limites e regulação.

Mas para além do que se pode descrever como um controle formal da implementação, observamos que o envolvimento de múltiplas instituições e atores, sobretudo a própria participação do cidadão no processo de implementação também se configura como mecanismo de adequação da implementação. Essa multiplicidade de interações, aspecto que segundo a

literatura torna a implementação mais complexa, faz com que as ações desenvolvidas, sejam resultado da conformação de diferentes objetivos e interesses que vão desde o plano formal, passam pelo Sistema de Justiça, pela burocracia e envolvem o destinatário final.

Esse controle da política por meio de órgãos auxiliares, que ultrapassam as instâncias legislativas, fortalece o caráter democrático da política. Fazendo com que, de um núcleo formulador e direcionador da política, passamos a considerar na implementação mecanismos deliberativos de persuasão/participação social e aprendizagem (SILVA; MELO, 2000; VENTURA *et.al.*, 2010). Nesse sentido, a pesquisa corrobora o pensamento trazido pelo desenvolvimento do campo da implementação de políticas públicas, que tem mostrado novas concepções a respeito da democracia. A percepção sobre as interações entre a burocracia e os usuários da política na implementação desponta a atuação destes para além da eleição de representantes legislativos e executivos, mas como atores dentro do processo de implementação de políticas públicas. Essa percepção seria incompatível com os modelos democráticos liberais e burocracias baseadas em hierarquias (SILVA; MELO, 2000; PÜLZL; TREIB, 2006).

O caso estudado também evidenciou a evolução das relações estabelecidas pelo Estado Democrático de Direitos no âmbito da implementação de políticas públicas por meio do acesso à justiça. Como se observa, mesmo com o incremento das práticas na Política de Saúde Mental, trazidos por um movimento de reforma política e a criação de novos dispositivos de saúde para efetivar essas práticas, se a família tiver a percepção de que aquilo que é ofertado não atende a suas necessidades, podem buscar o Sistema de Justiça, com o objetivo de garantir que a sua pretensão seja atendida. Cabendo aos atores e instituições envolvidos, o exercício para o equilíbrio entre a demanda, as orientações e normas reguladoras das práticas e os recursos disponíveis.

A prática nas relações sociais, políticas e judiciais que envolvem a saúde mental a partir de demandas judicializadas, tendem a conectar ações de diferentes instâncias e poderes que necessitam cooperar em prol de objetivos comuns. A hipótese inicial do estudo direcionava o olhar para um protagonismo do Sistema de Justiça, quando se fala de demandas judicializadas que requerem a atenção da política, entretanto, tal hipótese não encontrou sustentação no caso estudado.

O judiciário atribui a RAPS a autonomia na avaliação do usuário e indicação do tratamento, intervenção ou procedimento a ser realizado e ofertado, inclusive filtrando a posição de réu atribuída ao Município e Estado, pela Defensoria Pública e Ministério Público. Situação muito diversa da encontrada na literatura no tocante a outras demandas de saúde, em que as decisões costumam ser impositivas em relação ao Executivo. No caso estudado, a própria

avaliação quanto a necessidade de acionar força policial para a condução do paciente recai sobre a autonomia dos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde. O Judiciário solicita avaliação, garante a autonomia para realização da maioria das ações e assume muito mais um o papel de monitoramento em relação a execução, daquilo que é proposto pela própria rede e não de condução ou direcionamento por meio de suas determinações, como era esperado.

Essa autonomia é percebida tanto nos pedidos de internação compulsória, instituto diferenciado da Política de Saúde Mental, como nos pedidos que envolvem provisão em saúde. A autonomia atribuída a RAPS na avaliação e execução das ações, se relacionada a postura de respeito as competências das instituições executoras, assumida pelo Judiciário que inclusive filtra o posicionamento da Defensoria Pública e Ministério Público, mas também reflete questões oriundas de normas legais e técnicas: a primeira é a ausência de avaliação médica no processo, o que não permitiria determinar ou deferir uma internação sem avaliação prévia por um médico, o que é solicitado para a Rede; a segunda é a existência de um sistema de regulação para a disponibilização de leitos de internação psiquiátrica que direciona a demanda para o CAPS.

O CAPS que realiza a avaliação e inserção no sistema de regulação, de acordo com a política formal ocupa um lugar central na atenção em saúde mental. Ao encaminhar a situação para avaliação pela própria rede de atendimento, garantindo a autonomia dos executores da política, também se garante o acesso igualitário aos serviços de saúde mental entre o cidadão que teve como porta de entrada o Sistema de Justiça e aquele que acessou diretamente os serviços de saúde. Fica evidente a importância da proximidade, comunicação e respeito mútuo entre as instituições envolvidas, fazendo com que as intervenções não sejam isoladas, mas tenham um caráter de continuidade com troca de opiniões sobre direcionamentos e informações.

Em que pese a hipótese inicial não encontrar sustentação, o estudo permitiu observar aspectos relevantes da implementação. A presença marcante de aspectos cognitivos dos atores; a repercussão dos usuários da política enquanto atores e não apenas receptores da política; a importância do plano formal para a implementação da política estabelecendo limites e regulação e a possibilidade de evolução da relação entre Executivo e Judiciário ou Sistema de Justiça na implementação de uma política de saúde.

Como limites da pesquisa encontramos o fato de os dados serem oriundos de prontuários administrativos, se limitando aos dados subjetivos ali registrados. Mesmo com a busca por dados complementares no Sistema do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul e anotações de campo, muitas questões não puderam ser aprofundadas. Também pelo estudo de caso estar restrito a um município, o que não permite realizar generalizações em relação a compreensão

dos dados. Os dados disponíveis, não correspondem a registros que possam ser encontrados da mesma forma em outros municípios, assim é pouco viável que o estudo seja replicado ou realizar análises comparadas.

REFERÊNCIAS

ADAM, Silke; KRIESI, Hanspeter. The network Approach. *In*: SABATIER, Paul A. **Theories of the policy process**. Davis: University of Califórnia. Westview Press. Davis, 2007.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

_____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-498 set. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2020.

_____. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, ciências, saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 61-77, jul./out. 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701994000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 dez. 2020.

AMARANTE, Paulo; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; COSTA, Ana Maria. Memória de um movimento: a revista Saúde em Debate e a reforma sanitária brasileira. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2023-2029, jul. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000702023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 out. 2016.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, jun. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 fev. 2018.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. *In*: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 173-204.

BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO; HARVARD UNIVERSITY/DAVID ROCKEFELLER CENTER FOR LATIN AMERICAN STUDIES. **A Política das políticas públicas**. Progresso econômico e social na América Latina. Relatório 2006. Rio de Janeiro: Elsevier; Washington DC: BID, 2007.

BARREIRO, Guilherme Scodeler Souza; FURTADO, Renata Pedretti Moraes. Inserindo a judicialização no ciclo de políticas públicas. **Revista de administração pública**. Rio de Janeiro, v. 49, n. 2, p. 293-314, abril. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122015000200293&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 nov. 2016.

BARRETT, Susan M. Implementation Studies: Time for a revival? Personal reflections on 20 years of implementation studies. **Public Administration**. v. 82, n. 2, p. 249-262, mai. 2004. Disponível em: <http://onlinelibrary-wiley.ez45.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/j.0033-3298.2004.00393.x/full#>. Acesso em: 17 dez. 2017.

BRANDES, Ulrik; KENIS Patrick.; WAGNER Dorothea. Communicating centrality in policy

network drawings. **IEEE Transactions on Visualization and Computer Graphics**. v. 9, n. 2, p. 241-253, abr./jun. 2003. Disponível em:
<http://ieeexplore.ieee.org/stamp/stamp.jsp?tp=&arnumber=1196010&isnumber=26905>.
Acesso em: 27 nov. 2016.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades, Censo 2010**. Brasília, DF, 2010. Disponível em http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php?lang=_EN. Acesso em: 09 nov. 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em:
<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 09 set 2020.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º. 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 09 set 2020.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF, 1988. Planalto: Brasília, DF, Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 09 nov. de 2016.

_____. **Decreto Lei n.º. 2.848, de 07 de dezembro de 1940**. Código Penal. Planalto: Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm. Acesso em: 19 mar. 2017.

_____. **Decreto n.º. 24.559, de 03 de julho de 1934**. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Planalto: Brasília, DF, 1934. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559.htm. Acesso em: 19 de mar. 2018

_____. **Lei n.º. 1.060, de 5 de fevereiro de 1950**. Estabelece normas para a concessão de assistência judiciária aos necessitados. Planalto: Brasília, DF, 1950. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L1060.htm. Acesso em: 07 dez. 2020.

_____. **Lei n.º. 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde. Planalto: Brasília, DF, 2001. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 19 mar. 2017.

_____. **Lei n.º. 10.406, 10 de janeiro de 2002**. Código Civil. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 2002.

_____. **Lei n.º. 13.105, 16 de março de 2015.** Institui o Código de Processo Civil. Diário Oficial da União, Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 1.482, de 25 de outubro de 2016.** Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 1.559, de 1º de agosto de 2011.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 3088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 12 jul. 2016

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 336, 19 de fevereiro de 2002.** Estabelece a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial, Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 19 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução n.º. 32, de 14 de dezembro 2017.** Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, n.º. 12.** Informativo eletrônico. Brasília: out. de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção a Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004.** Brasília, 2004.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 855178.** Relator: Ministro Luiz Fux. Redator do Acórdão: Ministro Edson Fachin. Data do Julgamento 23/05/2019. Publicação DJe-090 Divulg.15-04-2020 Public. 16-04-2020. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur422158/false>. Acesso em: 01 dez. 2020

BRITO e SOUTO, Ronya Soares. A (i)legitimidade do processo de imposição das medidas de segurança no direito penal brasileiro. *In: CARVALHO, Salo de (org.). Leituras constitucionais do sistema penal contemporâneo.* Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 343-364.

CAPELLA, Ana Cláudia N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 87-124.

CARVALHO, Salo de. **Antimanual de criminologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

CAVALCANTE, Pedro. Implementação municipal das políticas sociais: uma análise espacial. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n.º 42. p. 239-269. jan./jun. 2014. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/485/331>. Acesso em: 01 de fev. 2018.

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jul. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência**. Felipe Dutra Asensi; Roseni Pinheiro (coord). Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2016.

CORDIOLI, Aristides Volpato. Psicofármacos nos transtornos mentais. Porto Alegre, 2005. Disponível em: http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Caballo%206_8.pdf. Acesso em: 04 jun. 2018.

DINIZ, Débora; MACHADO, Teresa Robichez de Carvalho; PENALVA, Janaína. A judicialização da saúde no Distrito Federal. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 591-598, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200591&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2020.

ELMORE, Richard F. Backward: implementation research and policy decision. **Political Science Quarterly**, v. 94, n. 4, p. 601-616, 1980.

_____. Organizational models of social program implementation. **Public Policy**, v. 26, n. 2, p. 185-228, 1978.

FALLETI, Tulia. Infiltrating the state: the evolution of health care reforms in Brazil 1964-1988. In: MAHONEY, James; THELEN, Kathleen (org.). **Explaining institutional change: ambiguity, agency, and power**. Cambridge: University Press, 2009. p. 38-62.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta. Introdução. In: Faria, Carlos Aurélio Pimenta (org.) **Implementação de políticas públicas: teoria e prática**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012. p. 7-18

FIOCRUZ. Fundação Calouste Gulbenkian. Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. **Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final**. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde – 2015. Disponível em: <http://www.nuppsam.org/page60.php>. Acesso em: 01 dez. 2020.

FLEURY, S. Judicialização pode salvar o SUS. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: CEBES, v. 36, n. 93, abr./jun.2012. p. 159-162.

FOUCAULT, Michel (1926 – 1984). **História da Loucura**: na idade clássica. Tradução José T. Coelho Neto. ed. 8. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: Um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, n.º.21. p. 211-259. IPEA, 2000. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89/158>. Acesso em: 12 jun. 2018.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 2. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.

HILL, Heather C. Understanding implementation: street-level bureaucrats' resources for reform. **Journal of Public Administration Research and Theory**. v. 13, n. 3, p. 265–282, jul. 2003. Disponível em: <https://doi-org.ez45.periodicos.capes.gov.br/10.1093/jpart/mug024>. Acesso em: 01 dez. 2020

HILL, Michael; HUPE, Peter. **Implementing public policy**. ed. 3. SAGE, 2014.

_____. Street-Level Bureaucracy and public accountability. **Public Administration**. v. 85, n. 2, p. 279-299, 2007.

HOWLETT, Michael; RAMESH M.; ANTHONY, Pearl. **Política Pública**: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. Tradução Francisco G. Heidemann. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

KLIJN, E. H. Policy networks: an overview. *In*: KICKERT, W. J. M.; KLIJN E. H.; KOPPENJAN (ed.) **Managing Complex Networks**: Strategies for the Public Sector. London, Sage, 1997.

LIMA, Luciana L. A implementação da regulação dos prestadores privados no sistema municipal de saúde: os casos de Belo Horizonte/MG e Porto Alegre/RS. *In*: FARIA, Carlos Aurélio Pimenta (org.) **Implementação de políticas públicas**: teoria e prática. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012. p. 155-181.

LIMA, Luciana Leite; D'ASCENZI, Luciano. Implementação de Políticas Públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política**. v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n48/a06v21n48.pdf>. Acesso em: 22 set. 2016.

LIMA, Luciana Leite, *et. al.* Burocracia e políticas públicas: a implementação da Política Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde em Porto Alegre/RS. **Revista do serviço público**. Brasília, v. 65, n. 4, p. 493-515, out./dez. 2014. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/659>. Acesso em: 18 dez. 2020.

LIPSKY, M. **Street-level Bureaucracy**: dilemmas of the individual in public services. New York: Russel Sage Foundation, 2010.

LOTTA, Gabriela Spanghero. **Implementação de Políticas Públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família.** Tese (Doutorado em Ciência Política) – Departamento de Ciência Política, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

_____. O papel das burocracias de nível de rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. *In:* FARIA, Carlos Aurélio Pimenta (org.) **Implementação de políticas públicas: teoria e prática.** Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012. p. 221-259.

LOUGON, Mauricio. Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: uma perspectiva crítica. **Physis Revista de Saúde Coletiva.** v. 3, n.2, p. 137-164, 1993. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/1993.v3n2/137-164>. Acesso em: 04 jun. 2018.

MACÊDO, Dartagnan Ferreira *et.al.* Análise da Judicialização do direito à saúde, subfinanciamento do setor e políticas públicas: estudo de caso no Estado de Alagoas. **Revista de Administração de Roraima.** v. 5, n. 2 , p. 300-325, 2015. Disponível em: <https://revista.ufr.br/adminrr/article/view/2949/1856>. Acesso em: 22 dez. 2017.

MADEIRA, Lígia Mori. STF como ator político no Brasil: o papel do Tribunal no julgamento de ações de políticas sociais entre 2003 e 2013. **Revista Debates,** Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 57-95, set./dez. 2014.

MAPELLI JUNIOR R. **Judicialização da saúde e políticas públicas: assistência farmacêutica, integralidade e regime jurídico-constitucional do SUS.** Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo: São Paulo, 2015.

MARQUES, Aline *et. al.* Judicialização da saúde e medicalização: uma análise das orientações do Conselho Nacional de Justiça. **Estudos Avançados,** São Paulo, v. 33, n. 95, p. 217-234, jan. 2019. Disponível em: Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142019000100217&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 ago. 2020.

MARTINS, Pedro Pablo Sampaio; GUANAES-LORENZI, Carla. Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço. **Psicologia: Teoria e Pesquisa,** Brasília, v. 32, n. 4, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000400216&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jul. 2018.

MEDEIROS, Ana Carolina Cintra de Melo. Os registros de prontuários clínicos para estudo da coordenação assistencial na atenção ao portador de diabete melito tipo 2 da Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS) do Recife-PE. **Dissertação.** Mestrado Acadêmico em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2013. f. 112

MENICUCCI, Telma M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes; OUVENEY, Assis Mafort. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1097-1108, apr. 2017 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401097&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 jan. 2018.

O'TOOLE, Laurence. J. *et. al.* Barriers and Facilitators to Implementing Primary Stroke Center Policy in the United States: Results From 4 Case Study States. **American Journal of Public Health**, v. 101, n. 3, p. 561–566, mar. 2011.

O'TOOLE, Laurence J. Interorganizational relations and policy implementation. *In*: PETERS, B. Guy, PIERRE, Jon. **The SAGE handbook of Public Administration**. London: SAGE, 2014.

_____. Research on Policy Implementation: Assessment and Prospects. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 10, n. 2, p. 263-288, abr. 2000. Disponível em: <http://jpart-oxfordjournals-org.ez45.periodicos.capes.gov.br/>. Acesso em: 09 mai. 2017.

OLIVEIRA, Luciano Moreira de. O Ministério Público brasileiro e a implementação de políticas públicas. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, ano 50, n. 198, p. 225-240, abr./jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Venezuela, Caracas: OMS/OPAS, 1990.

PESSOA JUNIOR, João Mário *et. al.* A política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico: desafios e perspectivas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 83-89, jan./mar. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100083&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez. 2020.

PINHO, Leandro Barbosa de, *et. al.* Avaliação dos Recursos Intersetoriais na composição de redes para o cuidado ao usuário de crack. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400234&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 dez. 2020.

PIRES, Roberto R. C.; GOMIDE, Alexandre de Ávila. **Burocracia, Democracia e Políticas Públicas: arranjos institucionais de políticas de desenvolvimento** (2014). Texto para discussão/ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 1990.

PRESSMAN, Jeffrey L.; WILDAVSKY, Aaron. **Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland**. Berkeley: University of California, 1973.

PROCOPIUCK, Mario; FREY, Klaus. Redes de políticas públicas e de governança e sua análise a partir da websphere analysis. **Revista de Sociologia e Política**. Curitiba, v. 17, n. 34, p. 63-83, out. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782009000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2016.

PÜLZL, Helga; TREIB, Oliver. Implementing Public Policy. *In*: FISCHER, Frank; MILLER, Gerald. J. SIDNEY, Mara S. **Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics, and Methods**. CRC Press/Taylor & Francis, 2006. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/331249069_Implementing_Public_Policy. Acesso em: 21 jul. 2020.

REIS, Carolina dos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; CARVALHO, Salo de. Discursos sobre família e risco nas internações compulsórias de usuários de drogas. **Psico**, Porto Alegre, v. 46, n. 3, pp. 386-399, jul./set. 2015. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/19388>. Acesso em: 10 jun. 2018.

RESENDE, Fabrício Contato Lopes. **O papel do Poder Judiciário no controle da implementação de políticas públicas no Brasil: a política assistencial do artigo 20 da Lei n.º. 8742/93**. Belo Horizonte: Fórum, 2014.

RIBEIRO, Gessica Greschuk; DA SILVA, Guilherme Bertassoni; DE HOLANDA, Adriano Furtado. Legislação em saúde mental no Brasil (1966-2001): Trajeto das campanhas de saúde as reformas na assistência. **Revista PsicoFAE: Pluralidade em Saúde Mental**, vol. 6, n. 1 pp. 13-30, 2017.

RIGONATTI, Sérgio Paulo; BARROS, Daniel Martins de. Psiquiatria Forense. *In*: LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues e ELKIS, Hélio. **Psiquiatria Básica**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

RIO GRANDE DO SUL. Defensoria Pública. **Ordem de serviço n.º. 11/1997**. Define critérios para atendimento dos cidadãos carentes pela Defensoria Pública do Estado do R.G.S. Porto Alegre, 1997. Disponível em: <http://www.defensoria.rs.def.br/upload/arquivos/201904/23130848-ordem-servico-11-1997.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2020.

_____. **Lei n.º. 10.991, de 18 de agosto de 1997**. Dispõe sobre a Organização Básica da Brigada Militar do Estado e dá outras providências. Assembleia legislativa, Rio Grande do Sul, 1997. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/FileRepository/repLegisComp/Lei%20n%C2%BA%2010.991.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2020.

RUIZ, V.R.R.; MARQUES H.R. A internação compulsória e suas variáveis: reflexões éticas e socioculturais no tratamento e reinserção do paciente na sociedade. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 7, n. 1, p.1-8, 2015. Disponível em: <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/396>. Acesso em: 15 jul. 2020.

SABATIER, Paul; MAZMANIAN, D. **The implementation of public policy: A framework of analysis**. *Policy Studies Journal*, v. 8, n. 4, 1980.

SANI Nazariyah; IDRIS, Abdul R..Implementation Of Linus Programme Based On The Model Of Van Meter And Van Horn. **MOJES The Malaysian Online Journal of Educational Science**. v. 1, n. 2, p. 25-36, 2013. Disponível em: <http://www.moj-es.net/article/implementation-of-linus-programme-based-on-the-model-of-van-meter-and-van-horn>. Acesso em: 18 dez. 2020

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 34, p. 146-160, jun. 2011. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 jul. 2018.

SILVA, Pedro Luis Barros; MELO, Marcus André Barreto de Melo. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: Características e determinantes da avaliação de programas e projetos. UNICAMP-NEPP, **Caderno**, n. 48, p. 01-15, 2000.

SMITH, Thomas B. The Policy Implementation Process. **Policy Sciences**. v. 4, n. 2, p. 197–209, 1973.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. *In*: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 65-86.

_____. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16> . Acesso em: 12 jul. 2016.

SOUZA, Tadeu de Paula; CARVALHO, Sérgio Resende. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 2, n. 3, p. 37-58, jun, 2013. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40319>>. Acesso em: 03 dez. 2020.

TAYLOR, Matthew M. The judiciary and public policy in Brazil. **Dados – Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, v. 4, Selected Edition, 2008. Disponível em: <http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582008000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2016.

VALAITIS, R. *et al.* Moving towards a new vision: implementation of a public health policy intervention. **BMC Public Health**, v. 16, 412, mai. 2016.

VAN METER, Donald S.; VAN HORN, Carl E.. The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework. **Administration & Society**, v. 6, n. 4, p. 445-488, fev. 1975.

VAQUERO, B. R. La implementación de políticas públicas. **Dikaion**, Colombia, n. 16, p 135-156, nov 2007. Recuperado a partir de <https://dikaion.unisabana.edu.co/index.php/dikaion/article/view/1379>

VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 nov. 2020.

WANG, Daniel Wei L. *et al.* Os impactos da judicialização da saúde no Município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago. 2020.

WOLTMANN, Mily *et al.* Comparative effectiveness of collaborative chronic care models

for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. **American Journal of Psychiatry**. v.169, n. 8, p.790-804, 2012. Disponível em:
<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2012.11111616>. Acesso em 03 de agosto de 2016.

ZUVANIC, Laura; IACOVIELLO, Mercedes. La burocracia en América Latina. **Revista Centroamericana de Administración Pública (ICAP)**. v. 58/59, p. 9-41, 2010.

ANEXO A – Formulário de coleta de dados

1 Número do formulário:	9. () autorização do uso de força policial para condução de paciente, se SMS aval. necessidade.
DADOS SOCIAIS E CLÍNICOS	10. () acompanhamento do CT
2. IDADE _____	11. () prazo para realização de procedimento/procedimento imediato ou antecipação
3. GÊNERO 1.() FEM. 2() MASC.	12. () laudo circunstanciado de avaliação/atestado/
4. Hipótese diagnóstica	13. () Aval. da necessidade de intern. em ILPT
1. () Não identificada	14. () Reinserção no SISREG
2. () Transt. relac. ao uso de álcool e drogas	15. () avaliação social/sociofamiliar
3. () Transtorno do humor	16. () acompanhamento/tratamento
4. () Esquizofrenia/T psicóticos	17. () busca e apreensão
5. () Transtorno de Personalidade	18. () outros _____
6. () Transtorno do desenvolvimento intelectual	
7. () Outros	12. Justificativa para solicitação/determinação:
DADOS DA DEMANDA SJ	1. () Risco para a vida
5. Origem: 1 () Poder Judiciário	2. () Não adesão ao tratamento
2 () Ministério Público	3. () Incapacidade de se autodeterminar
3 () Defensoria Pública	4. () Omissão do ente público na provisão
4 () Outro _____	5. () Resistência do ente público na provisão
6. Qual a representação do polo ativo	6. () Recursos extra hospitalares insuficientes para tratar da demanda
1. () Ministério Público	7. () Reiteradas tentativas de tratamento/ evasão do tratamento
2. () Defensoria Pública	8. () Avaliação constante nos autos
3. () Advogado particular	9. () Situação de rua/fica dias desaparecido
4. () outro _____	10. () Risco de Suicídio
7. AJG: 1 () SIM 2() NÃO	11. () Agressividade/Violência
8. Polo passivo:	12. () Furtos/venda de objetos pessoais e familiares/ atos infracionais: para manter o uso
1 () Município	13. () Conflitos Familiares/sem condições de conviver com a família
2 () Estado	14. () Surto psicótico, comportamento delirante
3 () União	15. () Vínculos familiares rompidos/ abandono/negligencia/violação de direitos
4 () Usuário	16. () outras _____
5 () outro _____	AÇÕES DESENVOLVIDAS
9. Objeto da ação:	13. Tempo de acompanhamento pela SMS
1 () provisão em saúde	1. () até 01 ano
2 () internação compulsória	2. () de 01 a 02 anos
3 () medida de proteção criança/adolescente	3. () de 02 a 03 anos
4 () cumprimento de medida de segurança	4. () de 03 a 04 anos
5 () interdição/curatela	5. () mais de 04 anos
6 () outro	6. () até 06 meses
10. Nº de decisões constantes no prontuário:	14. ANO de abertura do prontuário _____
1 () até 02	15. Tempo para realização do primeiro procedimento após avaliação
2 () de 3 a 4	00 () Não identificado ou não se aplica
3 () de 5 a 6	01 () até 15 dias
4 () 07 ou mais	02 () entre 15 e 30 dias
11. Determinação/solicitação realizada a SMS	03 () entre 30 e 60 dias
1. () avaliação psiquiátrica para verificar a necessidade de internação.	04 () entre 60 e 90 dias
2. () autoriza avaliação/ internação/tratamento compulsório	05 () mais de 90 dias
3. () disponibilização de vaga para internação	Procedimento realizados pela Rede
4. () disponibilização de vaga em clínica/fazenda de recuperação	16. Avaliação psiquiátrica para verificar a necessidade de internação.
5. () disponibilização de vaga em ILPT	00() 1.() 2.() 3.()
6. () transporte para avaliação/ internação/trat.	4.() 5.() 6.() n.º()
7. () solicitação de informações sobre o tratamento	
8. () determinação de procedimento sem avaliação pela Rede de Saúde Mental.	

<p>Avaliação psiquiátrica realizada em outro município? 00.() NÃO ID. 1.()SIM 2.()NÃO</p> <p>Procedimento realizado em instituição: 00.() NÃO ID 1.()PÚBLICA 2.()PRIVADA</p> <hr/> <p>17. Internação hospitalar: 00.() 1.() 2.() 3.() 4.() 5.() 6.() n.º()</p> <p>Internação hospitalar realizada em outro município? 00.() NÃO ID 1.()SIM 2.()NÃO</p> <p>Procedimento realizado em instituição: 00.() NÃO ID 1.()PÚBLICA 2.()PRIVADA</p> <hr/> <p>18. Internação em Comunidade Terapêutica ou Clínica 00.() 1.() 2.() 3.() 4.() 5.() 6.() n.º()</p> <p>Internação em Comunidade Terapêutica ou Clínica de Reabilitação realizada em outro Município? 00.() NÃO ID 1.()SIM 2.()NÃO</p> <p>Procedimento realizado em instituição: 00.() NÃO ID 1.()PÚBLICA 2.()PRIVADA</p> <hr/> <p>19. Internação em ILPT- Instituição de Longa Permanência Terapêutica 00.() 1.() 2.() 3.() 4.() 5.() 6.() n.º()</p> <p>Internação em ILPT realizada em outro município? 00.() NÃO ID 1.()SIM 2.()NÃO</p> <p>Procedimento realizado em instituição: 00.() NÃO ID 1.()PÚBLICA 2.()PRIVADA</p> <hr/> <p>20. Acompanhamento Ambulatorial 00.() 1.() 2.() 3.() 4.() 5.() 6.() n.º()</p> <p>2. Acompanhamento Ambulatorial em outro Município? 00.() NÃO ID 1.()SIM 2.()NÃO</p> <p>3. Procedimento realizado em instituição: 00.() NÃO ID 1.()PÚBLICA 2.()PRIVADA</p> <hr/> <p>21. Outros procedimentos:</p> <p>1.() Rede durante o acompanhamento indica outros procedimentos</p> <p>2.() Avalia possibilidade de atendimento ambulatorial e não indica internação</p> <p>3.() Busca-ativa após abandono de tratamento</p> <p>4.() Visita domiciliar para avaliação</p> <p>5.() Transporte para avaliação/internação/Trat. Fora do domicílio</p> <p>6.() Acionado força policial</p> <p>7.() Encaminhado para atenção básica de saúde</p> <p>8.() Informação para o Judiciário</p> <p>9.() Colhe assinatura de desistência familiar</p> <p>10.() Avaliação social</p> <p>11.() Encaminhamento para DPE</p> <hr/> <p>22. Contrarreferência sobre os encaminhamentos para o Sistema de Justiça?</p>	<p>00.() NÃO ID 1.()SIM 2.()NÃO</p> <p>23. Retorno sobre os atendimentos/ encaminham. feitos pelos serviços para o núcleo de SM. 00.() NÃO ID. 1.()SIM 2.()NÃO</p> <p>24. Os serviços disponibilizados no caso evidenciam condições de atender a demanda do usuário? 00.() NÃO ID 1.()SIM 2.()NÃO</p> <p>25. Os encaminhamentos realizados conforme avaliação técnica da rede? 00.() NÃO ID 1.()SIM 2.()NÃO</p> <hr/> <p>26 FLUXO</p> <p>00.() Não Identificado</p> <p>1º Fluxo identificado conforme modelos 1.() 2.() 3.() 4.() 5.() 6.() 7.() 8.() 9.() 10.() 11.() 12.() Se 10 qual motivo (tabela) _____</p> <p>2º Fluxo identificado conforme modelos 1.() 2.() 3.() 4.() 5.() 6.() 7.() 8.() 9.() 10.() 11.() 12.() Se 10 qual motivo (tabela) _____</p> <p>3º Fluxo identificado conforme modelos 1.() 2.() 3.() 4.() 5.() 6.() 7.() 8.() 9.() 10.() 11.() 12.() Se 10 qual motivo (tabela) _____</p> <p>27 Procedimentos específicos? (Consta no prontuário ações de avaliação e encaminhamentos relacionados a situação individual do sujeito) 00.() NÃO ID 1.()SIM 2.()NÃO</p> <hr/> <p>28 No prontuário existem divergências explícitas entre o solicitado pelo judiciário e o entendimento dos implementadores? 00.() NÃO ID. 1.()SIM 2.()NÃO</p> <hr/> <p>28. Consta no prontuário decisão retirando/questionando os entes públicos do polo passivo? 00.() NÃO ID. 1.()SIM 2.()NÃO</p> <hr/> <p>29 Instituições envolvidas na demanda</p> <p>1. .() Judiciário</p> <p>2. .() Defensoria Pública</p> <p>3. .() Ministério Público</p> <p>4. .() Procuradoria Geral do Município</p> <p>5. .() SMS-Núcleo de Saúde Mental</p> <p>6. .() 6ª Coordenadoria Reg. De Saúde-SES</p> <p>7. .() Conselho Tutelar</p> <p>8. .() CAPSad</p> <p>9. .() CAPSinfantil</p> <p>10. .() CAPSII</p> <p>11. .() Hospital Psiquiátrico</p> <p>12. .() Hospital Geral</p> <p>13. .() Comunidade Terapêutica</p> <p>14. .() ILPT –</p> <p>15. .() Outras _____</p>
---	---

MODELO DE FLUXOS PARA PREENCHIMENTO DA QUESTÃO 26

- 0- Não identificado
- 01- Demanda judicial / Núcleo de SM. / CAPS /
Regulação 6ª CRS / Internação
- 02- Demanda judicial / Núcleo de SM. / CAPS /
Tratamento Ambulatorial
- 03- Demanda judicial / Núcleo de SM. / Regulação
6ª CRS / Internação / Tratamento Ambulatorial
- 04- Demanda judicial / Núcleo de SM. / CAPS /
regulação 6ª CRS / Internação / Clínica ou CT
- 05- Demanda judicial / Núcleo de SM/ CAPS /
regulação 6ª CRS / Internação / Clínica ou CT /
Tratamento Ambulatorial
- 06- Demanda judicial / Núcleo de SM. / CAPS /
regulação 6ª CRS / Internação / ILPT
- 07- Demanda judicial / Núcleo de SM. / CAPS / ILPT
- 08- Demanda judicial (com avaliação no processo) /
Núcleo de SM. / regulação 6ª CRS / Internação
- 09- Demanda judicial (com avaliação no processo) /
Núcleo de SM. / regulação 6ª CRS / Internação /
CT/Clínica
- 10- FLUXO FRUSTRADO POR QUESTÕES DO
USUÁRIO
- 11- Demanda judicial / Núcleo de SM. / CAPS / CT
- 12- Demanda judicial / Núcleo de SM. / ILPT

MOTIVOS PARA FRUSTRAÇÃO DO FLUXO QUESTÃO 26

- 00- Não identificado
- 01- Fuga do Usuário
- 02- Falecimento do Usuário
- 03- Mudança de cidade
- 04- Família desistiu da ação/procedimento
- 05- O procedimento foi realizado por outros meios
- 06- Usuário não localizado
- 07- Não compareceu na avaliação
- 08- Usuário não aceitou e não há determinação
judicial para realizar compulsoriamente
- 09- Internou na emergência
- 10- Usuário foi preso/ou em medida socioeducativa
de internação
- 11- O judiciário determinou outro procedimento
- 12- Falha na rede para efetivação (falta de médico,
BM não acompanhou, falha de comunicação ou
agendamento entre outras)

Observação: