

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**Alicia de Oliveira Gonçalves**

**INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS: UM ESTUDO SOBRE A  
OPERACIONALIZAÇÃO DO “PROJETO SAÚDE - SANTA MARIA  
(SAÚDE MENTAL)” NO CAPS AD CIA DO RECOMEÇO**

Santa Maria, RS.  
2021

**Alicia de Oliveira Gonçalves**

**INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS: UM ESTUDO SOBRE A  
OPERACIONALIZAÇÃO DO “PROJETO SAÚDE - SANTA MARIA (SAÚDE  
MENTAL)” NO CAPS AD CIA DO RECOMEÇO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Bacharel em Serviço Social**.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Fernanda Nunes da Rosa Mangini

Santa Maria, RS.  
2021

**Alicia de Oliveira Gonçalves**

**INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS: UM ESTUDO SOBRE A  
OPERACIONALIZAÇÃO DO “PROJETO SAÚDE - SANTA MARIA (SAÚDE  
MENTAL)” NO CAPS AD CIA DO RECOMEÇO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Bacharel em Serviço Social**.

**Aprovado em 18 de janeiro de 2021:**

---

**Fernanda Nunes da Rosa Mangini, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Coordenador)

---

**Lucia Cristina dos Santos Rosa, Dra. (UFPI)**

---

**Douglas Casarotto de Oliveira, Dr. (FISMA)**

Santa Maria, RS  
2021

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus e ao universo, por me dar condições de desenvolver este trabalho.

A minha família, em especial meus pais Mara e Dirceu, pelo apoio e incentivo ao estudo desde a minha infância.

Aos meus amigos, por entender minhas angústias e torcerem pela minha vitória.

A equipe do CAPS AD Cia do Recomeço, pela acolhida e pela oportunidade de vivenciar o estágio curricular em Serviço Social nesta instituição, em especial os Assistentes Sociais supervisores de campo Aline Edinilza Porto Gularte da Conceição e James Pizarro, pelo aprendizado.

A minha orientadora Fernanda Nunes da Rosa Mangini, exemplo a ser seguido de Assistente Social, docente e pesquisadora, pelos ensinamentos e pelo privilégio de ter sua fundamental contribuição no desenvolvimento deste trabalho.

Aos professores Lucia Cristina dos Santos Rosa e Douglas Cazarotto de Oliveira pela honra de terem aceitado compor a banca deste trabalho.

A todos os usuários, familiares, profissionais, gestores, professores, estudantes que de alguma forma contribuíram e contribuem para a construção de uma Política de Saúde Mental pautada na desinstitucionalização, na Saúde Coletiva, na garantia de direitos, na democracia e participação social.

## RESUMO

### INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS: UM ESTUDO SOBRE A OPERACIONALIZAÇÃO DO “PROJETO SAÚDE – SANTA MARIA (SAÚDE MENTAL)” NO CAPS AD CIA DO RECOMEÇO

AUTORA: Alícia de Oliveira Gonçalves

ORIENTADORA: Profª Drª. Fernanda Nunes da Rosa Mangini

O estudo que ora se apresenta aborda as internações compulsórias (IC) sob a perspectiva da Reforma Psiquiátrica do cuidado em liberdade formalizado pela Lei 10.216/01. Por meio deste estudo, avaliou-se a eficácia e eficiência do desenvolvimento do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) criado pela Defensoria Pública de Santa Maria (DP) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (SMS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com objetivo de reduzir o número de IC no município. Para tanto, buscou-se compreender como se dá a operacionalização deste projeto no CAPS AD Cia do Recomeço, visando identificar os resultados obtidos até então como fruto deste trabalho. Esta pesquisa foi estruturada em revisão de literatura sobre o tema e pesquisa documental nos prontuários do CAPS AD Cia do Recomeço, bem como, em documentos da DP e SMS. Parte-se de um referencial teórico que compreende as internações compulsórias como um dispositivo de encarceramento fundamentado na ideologia proibicionista, considerando o consumo de psicoativos como um fenômeno que assume contornos específicos para a manutenção da sociedade capitalista. Por fim, conclui-se que o projeto analisado é eficaz na redução do número de IC no município de Santa Maria, mas apresenta limites quanto a sua eficiência no que tange, principalmente, à forma de avaliação do projeto, à disparidade na sua forma de operacionalização e às lacunas relacionadas a falta de investimentos na saúde mental diante de uma considerável economia de recursos obtida com a operacionalização do projeto.

**Palavras-chave:** Internação compulsória. Proibicionismo. Saúde mental. Reforma psiquiátrica. Redução de danos.

## ABSTRACT

### COMPULSORY HOSPITALIZATIONS: A STUDY ABOUT THE OPERATIONALIZATION OF “PROJETO SAÚDE – SANTA MARIA (SAÚDE MENTAL)” AT CAPS AD CIA DO RECOMEÇO

AUTHOR: Alícia de Oliveira Gonçalves  
SUPERVISOR: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Fernanda Nunes da Rosa Mangini

The present study addresses compulsory hospitalizations (CH) from the perspective of the Psychiatric Reform of freedom care formalized by Brazilian law system as “Law 10.216/01”. Through this study were evaluated the effectiveness and efficiency of the development of Projeto Saúde – Santa Maria (Mental Health) created by Defensoria Pública de Santa Maria (DP) in partnership with Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (SMS) and Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), with the goal to reduce the number of CH in the city. To this end, we sought to understand how the operationalization of this project takes place at CAPS AD Cia do Recomeço, in order to identify the results obtained so far as the result of this work. This research was structured with literary revision about the theme and documental research on the medical records at CAPS AD Cia do Recomeço, as well as documents from DP and SMS. It is based on a theoretical framework which comprehends compulsory hospitalization as a tool of imprisonment founded on prohibitionist ideology, considering the use of psychoactives as a phenomenon that takes specific shapes for maintaining the capitalist society’s *status quo*. Finally, it is noted that the project analysed is efficient regarding the reduction of CH in the city of Santa Maria, however it shows limitations within its efficiency related, mainly, to how the project is evaluated, to its disparity on operationalization means and the blank spaces related to the lack of investment in mental health in the face of substantial economy of resources obtained through the project’s operationalization.

**Keywords:** Compulsory Hospitalization. Prohibitionism. Mental Health. Psychiatric Reform. Damage Reduction.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFDM	Associação de Familiares de Doentes Mentais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool
CASEMI	Centro de Atendimento Socioeducativo em Semiliberdade
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CT	Comunidades Terapêuticas
EUA	Estados Unidos da América
IC	Internação Compulsória
IV	Internação Voluntária
ONU	Organização das Nações Unidas
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RD	Redução de Danos
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VD	Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2 ASPECTOS HISTÓRICOS-CONCEITUAIS DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA</b>	<b>15</b>
2.1 O CONSUMO DE PSICOATIVOS NA SOCIEDADE CAPITALISTA E O PROIBICIONISMO	16
2.2 BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL ÁLCOOL E DROGAS NO BRASIL	24
2.3 INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS	32
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA E OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO SAÚDE – SANTA MARIA (SAÚDE MENTAL)</b>	<b>40</b>
3.1 BREVE APRESENTAÇÃO DO CAPS AD CIA DO RECOMEÇO E DO PROJETO SAÚDE – SANTA MARIA (SAÚDE MENTAL)	40
3.2 DESENVOLVIMENTO DA METODOLOGIA E OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA PESQUISA	45
3.3 RESULTADOS	51
3.3.1 Dados gerais do projeto no ano de 2019	51
3.3.2 Descrição da operacionalização do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) com base na experiência de estágio	55
3.3.3 Dados quantitativos obtidos através da pesquisa nos prontuários e relatórios do CAPS AD Cia do Recomeço	57
<b>4 AVANÇOS E LIMITAÇÕES DO PROJETO SAÚDE SANTA MARIA (SAÚDE MENTAL)</b>	<b>61</b>
4.1 ANÁLISE DOS DADOS QUANTO A EFICÁCIA DO PROJETO A PARTIR DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA PESQUISA	60
4.2 ANÁLISE DOS DADOS QUANTO A EFICIÊNCIA DO PROJETO A PARTIR DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA PESQUISA	63
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</b>	<b>92</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Apesar de historicamente, em diversas civilizações, o ser humano sempre utilizar psicoativos para fins religiosos, culturais ou recreativos é na sociedade capitalista que o fenômeno do uso de psicoativos tornou-se alvo de intervenção do Estado, através da justiça, da saúde e da segurança. É na sociedade de classes que são criadas medidas de repressão e controle da produção, consumo e comércio de psicoativos e também é nessa mesma sociedade que se estabelece a definição de substâncias psicoativas entre lícitas e ilícitas.

Entre essas medidas são definidos métodos de isolamento e controle dos usuários, como o encarceramento e no campo da saúde, a internação, que segundo o movimento antimanicomial, deve ser feita apenas em casos excepcionais, pois viola direitos como liberdade e autonomia, entre outros. No entanto, a fusão entre saúde e justiça consolidou um tipo de internação judicial que pode ser feita sem o consentimento do usuário, de forma forçada, inicialmente chamada de internação obrigatória e, posteriormente, de Internação Compulsória (IC), nomenclatura que está em uso no momento, segundo a legislação vigente.

A internação compulsória divide opiniões de profissionais da saúde e justiça, pesquisadores, da sociedade civil, da mídia e da família quanto a sua necessidade e eficácia. Conforme a Lei 10.216/01, ela deve ser utilizada somente quando os recursos extra-hospitalares forem esgotados e se mostrarem insuficientes. No entanto, não há uma especificação em quais casos isso deve ser feito e o que significa esse esgotamento de alternativas. A consequência disto é a utilização excessiva deste recurso como uma primeira alternativa de cuidado, operando como ferramenta de encarceramento pautada no proibicionismo<sup>1</sup> e refletindo na retomada da lógica manicomial.

Nessa perspectiva, o debate sobre a internação compulsória torna-se necessário e urgente na atual conjuntura de retomada da defesa das internações como alternativa principal no cuidado em saúde mental por parte do Estado e da sociedade civil, o que culminou em diversos retrocessos como a nova Política de Drogas, formalizada através do Decreto 9.761/19 (BRASIL, 2019). Essa medida ameaça direitos conquistados historicamente por parte de usuários, familiares, profissionais de saúde, sobretudo, por meio do Movimento de

---

<sup>1</sup> Proibicionismo consiste numa ideologia que orientou consensos internacionais liderados pelos Estados Unidos da América no início do século XX para instituição de normas de controle e proibição de algumas substâncias psicoativas, estabelecendo penalidades acerca da sua produção, consumo e comércio. Tal ideologia é responsável pela construção social da demonização de algumas substâncias psicoativas, e também pela estigmatização dos usuários de tais substâncias. Este conceito será desenvolvido com detalhes no primeiro capítulo deste trabalho.

Luta Antimanicomial, cujas contribuições estão materializadas na lei 10.216/01, considerada um dos pilares da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A demanda do presente estudo surgiu a partir da vivência do estágio curricular em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) realizado na instituição Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) Cia do Recomeço em Santa Maria, no ano de 2019. Neste período, vivenciou-se o desenvolvimento do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental), criado em 2017, pela Defensoria Pública (DP) com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santa Maria, com objetivo de reduzir o número de judicialização das demandas de saúde, entre elas as internações compulsórias.

O referido projeto desenvolveu-se a partir da demanda de organização das ações de saúde relacionadas às internações compulsórias, diante de um período de aumento dos processos judiciais referentes às IC. Foi proposto pela Defensora Pública Raquel Dornelles Loy, baseado em uma experiência já desenvolvida na cidade de Gravataí, na qual diminuiu o ajuizamento de internações em 50 por cento. Os objetivos iniciais eram estabelecer uma ordem de acesso aos serviços públicos, para que o usuário antes de recorrer pela judicialização tivesse acesso aos equipamentos comunitários de saúde mental, no caso das internações compulsórias por meio dos CAPS.

Nesse sentido, o fluxo estabelecido foi de encaminhar o familiar que procura a Defensoria Pública com o intuito de solicitar uma internação compulsória para atendimento no CAPS, onde suas demandas seriam atendidas e, em seguida, a equipe realizaria uma avaliação técnica quanto a necessidade ou não de uma internação compulsória. O familiar teria que comprometer-se em comparecer a seis encontros no CAPS para acolhimento e, se necessário, seria realizada uma Visita Domiciliar (VD) pela equipe. Em caso de necessidade de internação, essa preferencialmente, seria feita de forma voluntária, sem intervenção judicial.

O Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) objetivou estabelecer uma parceria entre o judiciário e a cobertura de saúde mental da cidade de Santa Maria, para que os direitos dos usuários fossem viabilizados e suas demandas atendidas de forma integral, através do atendimento às demandas de saúde mental nos serviços comunitários de saúde mental (CAPS). Foi criado em coerência com o trabalho que é desenvolvido no CAPS AD Cia do Recomeço, que preconiza a autonomia dos usuários e a valorização do tratamento em liberdade, reconhecendo que a internação compulsória viola o direito do usuário de decidir sobre seu tratamento.

Nesse sentido, esse estudo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM sob o número CAAE 34405420.9.0000.5346, buscou avaliar a operacionalização desse projeto no CAPS AD Cia do Recomeço e quais os resultados obtidos até então. A pesquisa fundamentou-se nos princípios antimanicomiais resultantes da Reforma Psiquiátrica, que reivindicou o tratamento em liberdade, regionalizado e pautado na autonomia e inclusão social. Baseou-se também na concepção ampliada de saúde, que compreende a saúde como um fenômeno que é influenciado por determinantes sociais, físicos, psicológicos, econômicos e políticos.

A internação compulsória constitui-se como um tema complexo, pois apesar da questão do uso de psicoativos ser incorporada no Sistema Único de Saúde como uma questão de saúde pública a partir dos anos 2000 – fruto das lutas das reformas Sanitária e Psiquiátrica -, esse avanço foi interpelado pelo proibicionismo e avanço do neoliberalismo.

As medidas proibicionistas de controle do uso e do comércio adotadas a partir do século XIX interessavam a atender as exigências do mercado, em um contexto de constituição do capitalismo monopolista. Nesse sentido, constituiu-se um consenso mundial, liderado pelos Estados Unidos, que preconizava a demonização do uso de algumas substâncias e medidas conservadoras de controle e repressão que mais tarde foram acentuadas devido às reivindicações dos movimentos sociais da década de 1960.

Mesmo com a constatação que o proibicionismo não foi eficaz na diminuição do uso e do comércio de psicoativos, foi necessário que essa ideologia se perpetuasse para atender os interesses políticos e econômicos do capital e da classe dominante. Desde então, a ideologia proibicionista opera no ocultamento da realidade socialmente produzida que permeia o consumo de psicoativos, bem como na criação de falsas teorias sobre o poder viciante de algumas substâncias para justificar a adoção de medidas higienistas como encarceramento em massa e as internações compulsórias ou internações em Comunidades Terapêuticas (CT).

Nessa perspectiva, é possível perceber a complexidade que envolve a intervenção na questão do uso de psicoativos sob a perspectiva da saúde coletiva quando há uma ideologia que opera através de medidas morais e conservadoras. O proibicionismo dificulta a emergência de outras estratégias de cuidado aos usuários de psicoativos que realmente prezam pela preservação da saúde e da vida desses sujeitos, como a Redução de Danos (RD), que não tem como exigência a abstinência dos usuários, mas sim a redução dos danos causados pelo consumo de psicoativos em suas vidas, bem como o atendimento às outras necessidades sociais que estão diretamente implicadas no consumo.

A RD surgiu no Brasil em Santos/SP no ano de 1989, como estratégia utilizada para diminuir os riscos de transmissão de hepatites virais e, mais tarde, do HIV/Aids entre usuários de psicoativos injetáveis (BRITES, 2017b). Consistia na oferta de agulhas e seringas, sala de uso administrada por profissionais de saúde, distribuição de preservativos e folhetos informativos. Essa prática sofreu desde então forte repressão dos setores conservadores, que justificavam que a RD configurava incentivo ao uso de psicoativos, sem comprovação que tal prática aumentou a demanda de uso de substâncias psicoativas. Apesar de tal medida ser admitida mais tarde no Sistema Único de Saúde (SUS) como alternativa de cuidado em saúde mental, foi feita de forma pragmática, somente com intervenções de cunho imediato para prevenção do HIV e consumo de crack (BRITES, 2017b).

Ao invés de incentivar o cuidado em saúde mental nos serviços substitutivos aos manicômios, preconizados na Reforma Psiquiátrica e regulamentados na Lei 10.216/01 e Portaria 3088/2011, como os CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Equipe de consultório na rua, entre outros, cada vez mais aumentam os investimentos em internações, principalmente, internações que não são consentidas pelo usuário, como a compulsória e involuntária.

Ainda que não existam evidências empíricas das eficácias das internações, em especial da internação compulsória, tratada nesse estudo, os incentivos do Estado e da mídia de intervenções em massa de controle de corpos são justificados pelo argumento de defesa da segurança pública e da saúde. Esse argumento se esvazia na medida em que há desmonte das políticas públicas, redução dos investimentos em saúde e incentivo de privatizações, o que demonstra o real objetivo do incentivo a institucionalização: estabelecer um mecanismo de controle, punição e isolamento de sujeitos que não possuem o comportamento exigido pela sociedade capitalista produtiva.

Nesse sentido, o Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) é uma iniciativa que parece se colocar na contramão dos desmontes das políticas públicas, da precarização dos serviços e do avanço do conservadorismo, sobretudo, no que diz respeito ao uso de substâncias psicoativas, oferecendo resistência aos retrocessos e defendendo o cuidado em liberdade historicamente reivindicado pela luta antimanicomial.

Por fim, reconhecendo os limites da proposta, por tratar-se do estudo de um tema complexo que envolve uma arena de disputa de interesses, buscou-se responder o seguinte problema de pesquisa: Como é executado o projeto Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) criado pela defensoria pública para reduzir o número de internações compulsórias no CAPS AD Cia do Recomeço? Esse trabalho é eficaz na redução do número de internações e

eficiente quanto à sua forma de operacionalização? Assim, delineou-se o seguinte objetivo geral da pesquisa: avaliar a eficácia e a eficiência do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) no que diz respeito à redução do número de Internações Compulsórias e a sua operacionalização no CAPS AD Cia do recomeço de Santa Maria/RS. Os objetivos específicos serão apontados no segundo capítulo deste trabalho.

A pesquisa configurou-se como quanti-qualitativa. Avaliou-se a eficácia quanto ao grau de cumprimento dos objetivos do projeto e a eficiência no que diz respeito à forma de operacionalização do projeto no CAPS AD Cia do Recomeço. Essa avaliação foi complementada com o método de análise de políticas sociais, para abordar a totalidade do tema, considerando os aspectos estruturais e conjunturais envolvidos. O estudo foi fundamentado no método de análise da realidade histórico dialético crítico, que propõe uma análise concreta da gênese da sociedade fundada no modo de produção capitalista, tendo como base as categorias totalidade, contradição e mediação.

Quanto a materialização da pesquisa, foram utilizadas as técnicas de pesquisa revisão de literatura, relativa ao segmento teórico-bibliográfico da pesquisa, e pesquisa documental, nos documentos institucionais do CAPS AD Cia do Recomeço (prontuários e relatórios da equipe), Defensoria Pública de Santa Maria (dados referente aos resultados do projeto) e SMS de Santa Maria (dados referente às internações compulsórias do município).

Elaborou-se um instrumento de pesquisa para a avaliação nos prontuários, a fim de emitir dados quantitativos que respondam ao problema levantado. Quanto ao segmento qualitativo da pesquisa, foram analisados os desfechos das visitas domiciliares, a evolução dos atendimentos nos prontuários, e as justificativas da equipe para sugerir ou não a internação compulsória nos relatórios encaminhados à defensoria pública. Os procedimentos metodológicos serão apresentados detalhadamente no capítulo de análise e discussão dos dados.

Este estudo justificou-se a partir da necessidade de análises quantitativas e científicas para mensurar a eficácia ou ineficácia das internações compulsórias quanto aos benefícios/malefícios para os usuários, ainda que do ponto de vista antimanicomial, historicamente, a internação psiquiátrica se constitua como ineficaz com fortes indícios de prejuízos para os usuários. Em outras palavras, por meio deste estudo buscou-se critérios mais objetivos para entender em quais situações a internação compulsória pode ser in/útil e/ou des/necessária. Da mesma forma, foi considerada a insuficiência de análises quantitativas para comprovar a eficácia do trabalho dos CAPS no que diz respeito ao cuidado de usuários de álcool e outras drogas.

Projetou-se que os resultados obtidos com a pesquisa fossem úteis na destinação de recursos nas propostas de cuidado por meio da gestão municipal, focando nas alternativas que apresentam mais êxito e também para embasar as reivindicações dos profissionais, usuários e familiares nos espaços de controle social. Além disso, almejou-se com esse estudo dar visibilidade ao Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) e aos resultados do seu desenvolvimento especificamente no CAPS AD Cia do Recomeço, instituição que historicamente desenvolve suas práticas a partir de uma perspectiva antimanicomial e de redução de danos.

Almejou-se também que os resultados obtidos possam fomentar novos estudos sobre o tema. Na medida em que novos estudos são desenvolvidos, mais subsídios serão disponibilizados como dados objetivos e seguros passíveis de comprovar in/eficácia das internações compulsórias e, excepcionalmente, em quais situações essa medida pode ser útil. Além disso, este estudo esperou contribuir com a produção científica do Serviço Social sobre as internações compulsórias e o campo de estudo sobre as substâncias psicoativas. Por fim, buscou-se fortalecer o movimento crítico da saúde mental, que se mobiliza na defesa do SUS e da ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), exaltando a democracia e os direitos humanos, que na atual conjuntura, estão sendo frequentemente ameaçados.

Diante do exposto, o presente estudo se divide em quatro capítulos, sendo o primeiro uma revisão histórica e teórico-bibliográfica do consumo de psicoativos na sociedade capitalista, tendo como marcos o proibicionismo, a reforma psiquiátrica e as políticas de saúde mental no Brasil no âmbito dos quais se insere o tema internações compulsórias. No segundo capítulo, apresenta-se a metodologia de pesquisa de forma detalhada, bem como a análise dos dados e discussão. No terceiro capítulo, manifesta-se as considerações finais, resultados e reflexões acerca do tema e dos resultados da pesquisa.

## **2 ASPECTOS HISTÓRICOS-CONCEITUAIS DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA**

Neste capítulo aborda-se o consumo de psicoativos na sociedade capitalista, considerando que tal modo de sociedade é pautado na desigualdade social e na exploração de uma classe por outra e, diante disso, modifica as formas de relação social, como por exemplo a relação do ser humano com as substâncias psicoativas. É nessa sociedade que se desenvolvem as políticas de Estado para controle e intervenção da produção, consumo e comércio de psicoativos a partir da compreensão do fenômeno do uso de psicoativos como um problema social pautado no proibicionismo. Tais intervenções são carregadas de interesses políticos e econômicos característicos do modo de produção vigente das quais se discute neste capítulo.

Ainda na sociedade capitalista se desenvolveram as relações de consumo em massa e dependência química de alguns usuários de psicoativos, fazendo com que esse tema seja incluído nos debates de saúde e saúde mental. Portanto, neste capítulo também se apresenta a Política de Saúde Mental álcool e drogas do Brasil a partir da concepção da Reforma Psiquiátrica que preconizou a desinstitucionalização dos manicômios e o tratamento de saúde mental nos serviços substitutivos (para este trabalho, evidencia-se o CAPS). Além disso, são discutidos os retrocessos vivenciados nas políticas de Saúde Mental influenciadas pelo proibicionismo e avanço do neoliberalismo e do conservadorismo em um contexto de crise do capital, em que ocorre a retomada de medidas autoritárias de controle e encarceramento dos usuários de psicoativos, como a internação compulsória, objeto de análise neste trabalho.

Por fim, se apresenta a internação compulsória e sua regulamentação na Lei 10.216/01, bem como as contradições do contexto de viabilização dos direitos da promulgação da referida Lei e o direcionamento ideológico em que a mesma vem sendo usada para a utilização das IC em larga escala. Além disso, são apresentados argumentos para justificar o posicionamento de que a IC é uma medida de encarceramento e controle que materializa diversas violações de direitos como a liberdade, sob a justificativa de defesa da saúde e da vida que não se sustenta na prática, pelo contrário, contribui para o extermínio, higienização, estigmatização e enclausuramento da população pobre e negra no Brasil.

## 2.1 O CONSUMO DE PSICOATIVOS NA SOCIEDADE CAPITALISTA E O PROIBICIONISMO

O uso de substâncias psicoativas<sup>2</sup> é uma prática que está presente em todas as sociedades e contextos históricos. O valor atribuído historicamente aos psicoativos pela sociedade é modificado com base em diversas motivações (ritualísticas, religiosas, recreativas e terapêuticas) e necessidades sociais (alívio de sofrimentos físicos e psicológicos, alterações de consciência, desinibição de sentidos e sentimentos, interação social ou melhoria no desempenho de diversas atividades que configuram expectativas sociais).

Desse modo, cada sociedade em seus diferentes estágios de produção da existência humana sempre esteve em contato e em busca de substâncias que possibilitassem alterações de estados de consciência. Ademais, o consumo de psicoativos atende a um conjunto de necessidades socialmente produzidas, que influenciam nas escolhas individuais dos sujeitos. Esse fenômeno expressa singularidades do modo de vida em sociedade, cabendo o questionamento sobre as formas de vida de diferentes civilizações e como se relacionam com a necessidade de consumo de psicoativos, especificamente neste estudo, a sociedade capitalista.

O documentário *A História das drogas*, produzido pelo *The History Channel*, em 2011, apresenta o contato das civilizações antigas com substâncias psicoativas até a atualidade. Na pré-história, a arte rupestre já demonstrava que o homem primitivo havia experimentado estados de alteração de consciência, como pinturas de cogumelos alucinógenos. Mesmo não havendo como comprovar essas suposições, existem teorias que defendem que o possível contato do homem primitivo com substâncias psicoativas contribuiu para a evolução da espécie, na medida em que as propriedades alucinógenas permitiram a potencialização dos sentidos e a expansão da consciência, auxiliando na criação de novas formas de sobrevivência.

No Egito antigo, há 1500 anos A.C, o Papiro de Ebers, uma das mais antigas obras médicas do mundo, apresentou fórmulas e substâncias e sua utilização como remédio para

---

<sup>2</sup> Neste estudo optou-se por utilizar o termo *psicoativo* para referir a substâncias que incidem no Sistema Nervoso Central, provocando alterações de estados de consciência e podendo acarretar no abuso ou dependência (BRITES, 2017), (CFESS, 2016), ao invés do termo droga. O termo droga é utilizado em discursos que reproduzem análises moralizantes e acríicas a respeito do tema, bem como é utilizado na maioria das vezes para referir-se a substâncias psicoativas ilícitas, desconsiderando e banalizando os danos causados pelos psicoativos lícitos, como álcool, tabaco e medicamentos farmacológicos. O termo droga contribui para acentuar as violações de direitos dos usuários de psicoativos ilícitos, devido ao preconceito que o termo constitui ao atribuir a substância um poder de dominação e descaracterização da autonomia dos sujeitos, legitimando a utilização de adjetivos estigmatizantes como *noia*, *drogado*.



diversas doenças, inclusive, a indicação do ópio para a sedação de crianças. Além disso, eram utilizadas substâncias psicoativas como olíbano e mirra em cerimônias de magia, assim como consumo de cerveja em cerimônias comemorativas e de exaltação dos deuses.

Na Grécia antiga, um fungo alucinógeno denominado cravagem, posteriormente, utilizado para fabricar o LSD, era utilizado de forma secreta pelos cidadãos, em cerimônias religiosas e políticas. Para alguns historiadores, o uso da cravagem inspirou algumas obras clássicas escritas pelos filósofos, visto que os mais famosos como Sócrates, Platão e Aristóteles foram submetidos a esse ritual. Na América antiga, plantas psicoativas eram utilizadas em rituais religiosos ou sacrifícios, como o tabaco, e a bebida ayahuasca, que consiste num chá confeccionado com algumas plantas alucinógenas. Acreditava-se que o uso de tais substâncias possibilitava a conexão com os deuses e os antepassados.

Portanto, o ser humano sempre esteve em contato com substâncias alteradoras de consciência. Mas a forma de organização e constituição da sociedade capitalista inaugurou novos significados para o consumo de psicoativos e possibilitou outras formas de uso a partir da transformação das plantas psicoativas em seu estado natural para produção de psicoativos sintéticos. Além disso, é na sociedade de classes que são estabelecidas condições para o desenvolvimento do consumo em massa de determinadas substâncias e das relações de dependência química de alguns usuários.

Nesse sentido, acredita-se necessário retomar o processo de transição da sociedade feudal à sociedade capitalista no século XIX para compreender as implicações desse novo modelo de sociedade no que tange ao consumo de psicoativos. Segundo Silva (2009) a sociedade feudal era composta pelo trabalho rural servil, sendo que o trabalhador produzia com sua família o necessário para sua sobrevivência e levava os excedentes para troca no mercado local. Ao lugar desta organização social se estabeleceu uma sociedade urbana, de economia mercantil e pautada na divisão entre a classe que detinha os meios de produção (burguesa) e a classe trabalhadora, agora livre da servidão do campo para vender sua força de trabalho segundo as determinações do mercado. A partir disso, são constituídas relações de trabalho marcadas por extensas jornadas de trabalho e baixos salários e a consequência disso foi o aumento significativo da pobreza e o adocimento da classe trabalhadora.

a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas. Tanto mais a sociedade se revelava capaz de progressivamente produzir mais bens e serviços, tanto mais aumentava o contingente dos seus membros que, além de não terem acesso efetivo a tais bens e serviços, viam-se despossuídos até das condições materiais de vida de que dispunham anteriormente. (NETTO, 2012, p. 203)

Esse processo de empobrecimento e exploração de uma classe em nome da apropriação privada do excedente é denominado de questão social<sup>3</sup> e é a característica distintiva do modo de produção capitalista. O fenômeno de não reconhecimento do trabalhador do século XIX no produto do seu trabalho (alienação), somado às condições precárias de acesso a direitos como habitação, saneamento básico, saúde e lazer, entre outros, contribuiu para o processo de isolamento e subtração da civilidade do mesmo, situação que se agravou mais com a constituição de um Estado que atendia somente às demandas da burguesia (SILVA, 2009). Esse mesmo Estado foi responsável por legitimar uma ideologia de naturalização da questão social vividas pelos trabalhadores, criando uma falsa ideia de que suas expressões são realidades presentes em todos os modos de organização social e não uma especificidade do capitalismo (NETTO, 2012) Essa naturalização têm justificado ações moralizadoras e de culpabilização dos sujeitos por parte do Estado.

Diante disso, Silva (2009) discorre através de Engels (1845) sobre o desenvolvimento do consumo em massa de álcool e outros psicoativos pelos trabalhadores ingleses como resposta ao processo de individualização e às condições precárias de trabalho vivenciadas neste período. Segundo os autores, o hábito de beber nas tabernas se tornou a única forma de “aliviar a barbárie estrutural vivida pelos trabalhadores” (SILVA, 2009, p. 124) e única forma de acesso ao prazer diante da degradação da condição econômica, política, moral e física do trabalhador. Esse novo significado ao consumo de psicoativos que não mais cultural, religioso ou festivo, mas como atendimento de outras necessidades sociais características da sociedade capitalista nos faz questionar os limites das abordagens que compreendem o consumo de psicoativos como um desvio moral ou comportamental, sem compreender as determinações da sociedade de classe no atendimento das necessidades sociais dos sujeitos.

Assim como no século XIX, o consumo de psicoativos na sociedade capitalista contemporânea possui determinações do estágio vivenciado pelo capital no momento, que é de crise. Após a Segunda Guerra Mundial, o regime do capital vivenciou anos de crescimento econômico e na sequência foram desenvolvidas as políticas de *Welfare State*<sup>4</sup> na Europa e, gradativamente, em diversos países da América. O aumento da proteção social permitiu a

---

<sup>3</sup> A questão social é a categoria que revela a contradição entre a apropriação pela burguesia das riquezas produzidas pela classe trabalhadora. Na realidade se apresentam as consequências dessa contradição, ou seja, as expressões da questão social (desemprego, fome, pobreza, violência, etc). A questão social é o objeto de trabalho do Serviço Social. (MACHADO, 1999)

<sup>4</sup> Consiste em um modelo de Estado que se responsabiliza pela proteção social e garantia do acesso a direitos como educação, saúde, assistência à população. Surgiu na Europa após a 2ª Guerra Mundial e se espalhou pela América até o final do século XX.

ascensão da classe trabalhadora e um período de maior aproximação com a democracia e os direitos humanos<sup>5</sup>. Porém, logo no início da década de 1970 o capital entrou em crise a partir de uma redução significativa das taxas de lucro, exigindo medidas de controle fiscal.

Então, o regime de *Welfare State* foi substituído por políticas neoliberais que inauguraram um processo de flexibilização, desregulamentação e privatização dos direitos sociais (NETTO, 2012). Além disso, como alternativa à crise ocorreu a globalização do capital, ou seja, a produção passou a ser descentralizada e segmentada, não dependendo mais das fronteiras políticas e culturais para ocorrer a acumulação. O avanço da microeletrônica e informática proporcionou a construção de máquinas que substituem a força de trabalho e inaugurou a possibilidade de comércio online sem a necessidade de um vendedor. Como consequência dessas mudanças nas relações de trabalho e retração das políticas sociais houve o crescimento do exército industrial de reserva (desemprego estrutural), flexibilização dos direitos trabalhistas (terceirização e trabalho informal) e aumento significativo da desigualdade social.

[...] o que a mim me parece é que o último terço do século XX assinala o exaurimento das possibilidades civilizatórias da ordem do capital. Em todos os níveis da vida social, a ordem tardia do capital não tem mais condições de propiciar quaisquer alternativas progressistas para a massa dos trabalhadores e para a humanidade. (NETTO, 2012, p. 217)

Portanto, o que se vivencia na sociedade contemporânea é o que Netto (2012) chama de barbárie, ou seja, uma sociedade em estágio de produção destrutiva a partir do esgotamento das possibilidades de progresso civilizatório do capital. Nesse sentido, o capital se mantém através de um Estado que transfere seu dever de proteção social às instituições da sociedade civil e atua através da repressão militarizada.

Diante do agravamento das expressões da questão social no contexto atual de crise do capital o consumo de psicoativos também assume novos significados. Em uma sociedade em que a civilidade das pessoas é mensurada através da sua possibilidade de acesso ao consumo, os psicoativos oferecem mais do que uma forma de acesso ao prazer, se constituem como um elo de acesso rápido ao consumo e inserção social (FERRUGEM, 2019), mesmo que de forma ilusória.

Nesta perspectiva, as políticas de ajuste neoliberal contemporâneas que culminaram na flexibilização dos direitos trabalhistas, aumento do desemprego e dos empregos informais e

---

<sup>5</sup> Mesmo com a ascensão dos governos de esquerda e das políticas sociais mais democráticas e inclusivas, do ponto de vista da saúde mental para usuários de psicoativos ainda nesse período o proibicionismo seguiu sendo medida de intervenção hegemônica, apenas abrindo espaço para algumas iniciativas de Redução de Danos.

terceirizados, sucateamento de políticas sociais principalmente as de seguridade social (saúde, assistência social e previdência social) tendem a contribuir para o adoecimento da classe trabalhadora e, como consequência, para a procura pelo consumo de psicoativos como uma forma de alívio dos sofrimentos gerados pelas expressões da questão social. Ainda, os psicoativos também podem ser usados para auxiliar no “desempenho de inúmeras atividades que comportam expectativas sociais (profissionais, sexuais, de aprendizagem, esportivas, artísticas)” (BRITES, 2017b, p. 44)

Então, se o consumo de psicoativos é um “fenômeno multideterminado pela sociabilidade burguesa” (BRITES, 2017a, p. 253), ou seja, assume novos contornos na medida em que há uma sociedade de classes amparada em relações de exploração a questão do consumo de psicoativos e as relações de uso abusivo estabelecidas por alguns usuários devem ser abordadas a partir de uma perspectiva crítica, considerando as determinações da totalidade social.

Outro aspecto importante a ser abordado quanto à questão dos psicoativos na sociedade capitalista é o processo de constituição dessas em mercadoria (SILVA, 2009) e os conflitos políticos e econômicos que emergiram diante desse processo, que culminaram na construção de medidas de controle e proibição ao consumo, produção e comercialização de determinados psicoativos, regime que mais tarde foi denominado de proibicionismo ou guerra às drogas.

Nessa perspectiva, retorna-se à fase monopólica do capital em que o imperialismo europeu e as grandes navegações viabilizaram a descoberta de novas civilizações, novas culturas e, conseqüentemente, novas substâncias psicoativas e formas de uso de diferentes culturas. Os psicoativos, que antes eram extraídos da natureza para consumo ritualístico em sua forma natural, com a evolução da química e da indústria farmacêutica passaram a ser transformados em substâncias psicoativas sintéticas produzidas em laboratórios. Essas substâncias passaram a ser modificadas com intuito de comercialização e, desde então, emergiram conflitos, conferências, estatutos e reformas de caráter mundial que delegaram a proibição de algumas substâncias.

Todos esses acontecimentos expressam escolhas políticas (FERRUGEM, 2019) motivadas pelas necessidades de reprodução do capital e por ideologias de caráter moral, classista, racista, machista e xenófobo. A esse respeito, Brites (2017a, p. 257) discorre

Das guerras do Ópio do século XIX, da reforma moral de caráter classista e étnico-racial do puritanismo protestante estadunidense das primeiras décadas do século XX, do controle autoritário e coercitivo sobre os comportamentos considerados

subversivos (negros, comunistas, jovens, segmentos vinculados aos movimentos de contracultura) nas décadas de 1940, 1950 e 1960 do século XX, da repressão militar aos movimentos insurgentes contra a desigualdade nas sociedades de capitalismo periférico (alguns de caráter anticapitalista), da eleição e da caça aos inimigos internos e externos (anos 1960 e declaração de “guerra às drogas” na década de 1970, do século XX) e da militarização da guerra às drogas e associação entre narcotráfico e terrorismo nas últimas décadas do século XX e no início do século XXI, é possível extrair vários complexos sociais mediadores de caráter moral, político e ideológico que se articulam às necessidades de reprodução do modo de vida capitalista.

As medidas de controle citadas acima emergiram a partir da condenação do uso de algumas substâncias como ópio, cocaína, maconha, heroína, que resultaram em consensos mundiais estabelecidos através de diversos eventos internacionais para a discussão e adoção de medidas proibicionistas. Entre elas, destaca-se a Primeira Conferência Internacional sobre o Ópio, em 1912, em Haia, onde vários países se reuniram para discutir o problema das drogas e discutir resoluções de controle. Mais tarde, a Organização das Nações Unidas (ONU) reafirmou essas medidas através de uma agenda mundial de controle das drogas, por meio da qual diversos países comprometeram-se com a diminuição da circulação de psicoativos no mundo, com objetivo final de erradicação dos mesmos.

Posteriormente, houve a classificação das substâncias psicoativas em lícitas e ilícitas. A proibição ou não de determinadas substâncias não estava relacionada aos danos causados à saúde, visto que as substâncias ilícitas são heterogêneas e não tem as mesmas propriedades, como maconha e cocaína. Além disso, segundo o III Levantamento sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (BASTOS, 2017), o álcool legalizado é a substância que mais afeta a saúde pública, produz situações de violência e riscos de morte. Nesse sentido, essa classificação é influenciada por interesses econômicos, pois foi feita em um contexto de crescimento da indústria farmacêutica.

O movimento proibicionista foi liderado pelos Estados Unidos da América (EUA) devido ao puritanismo norte-americano, que conduzia uma reprovação moral ao uso de substâncias, associando determinadas substâncias a grupos sociais, como mexicanos (maconha), negros (cocaína), irlandeses (álcool). Essa reprovação revelou o caráter racista e xenófobo em que a guerra às drogas foi instituída (BRITES, 2017b).

O rigor proibicionista foi acentuado após a emergência de movimentos progressistas nos anos 1960 de contestação aos padrões morais tradicionais, de denúncia contra diversas formas de opressão, além do crescimento de projetos de esquerda. Esse período foi marcado pelo aumento do uso de psicoativos alucinógenos, como maconha e LSD, sob o argumento de ampliação da consciência, valorização da vida e da natureza. Nessa perspectiva, o consumo de

psicoativos tornou-se uma ameaça à ordem Estadunidense e ao capitalismo – sistema econômico – que em um momento de Guerra Fria<sup>6</sup> os EUA buscavam defender.

Essa ameaça justifica-se pela construção social de que o sujeito usuário de psicoativos possui um comportamento desviante ao exigido pelos preceitos morais de controle da sociedade e pelo sistema produtivo capitalista, na medida em que não oferece ao mercado uma força de trabalho disciplinada que responda às necessidades de lucro do sistema. Ou seja, os usuários de psicoativos, bem como os movimentos sociais de esquerda eram um empecilho para a reprodução do capitalismo e sua perpetuação em um contexto de polarização política.

Desta forma, em 1972, os EUA declaram os psicoativos ilícitos como inimigos nº 1 da América, instituindo a guerra às drogas. Essa guerra significou o aumento da repressão e da violência com o trato do consumo, produção e venda dos psicoativos ilícitos, protagonizado pelo crescimento de ações policiais e militares. Nessa perspectiva, elaborou-se uma ideologia proibicionista (BRITES, 2017b) que culminou em um estatuto paradigmático mundial (FERRUGEM, 2017) de controle e repressão do uso, produção e comércio das substâncias psicoativas, que objetiva uma sociedade livre de drogas. A ideologia configura-se como um “complexo social necessário para responder ao sistema de necessidades socialmente geradas” (BRITES, 2017b, p. 93), ou seja, promover generalizações dos comportamentos e convicções humanas, para, em uma sociedade de classes, promover a mediação dos conflitos sociais. Portanto, o proibicionismo constitui-se como uma ideologia na medida em que se institui como resposta a conflitos sociais de disputa de poder e ameaças políticas e econômicas.

Essa ideologia é necessária no contexto de crise do capital já mencionado, em que se acentua a repressão e a militarização por parte do Estado, e se estabelece uma guerra contra às “drogas” que na verdade significa o genocídio traçado à determinados segmentos sociais, em nome da “ordem” social, maquiando os bilhões de reais que a classe dominante vem lucrando com essa guerra.

[...] o que agora se verifica é que o belicismo passa a incluir as políticas de segurança pública em períodos de paz formal e se estende como grande negócio capitalista privado à vida na paz e na guerra, configurando a emergência da militarização da vida social. [...] A repressão deixou de ser uma excepcionalidade – vem se tornando um estado de guerra permanente, dirigido aos pobres, aos “desempregados estruturais”, aos “trabalhadores informais”, aos emigrantes, estado de guerra que se instala progressivamente nos países centrais e nos países periféricos (na lista dos países que atualmente possuem, em termos relativos, a maior quantidade de encarcerados no mundo, os quatro primeiros são os Estados Unidos, o Brasil, a China e a Rússia). (NETTO, 2012, p. 218-219)

---

<sup>6</sup> Período de tensão política entre os EUA (capitalista) e União Soviética (socialista) que ocorreu após o término da Segunda Guerra Mundial (1945) até a extinção da União Soviética (1991).

No entanto, o proibicionismo não obteve sucesso no que tange a diminuição do consumo, produção e venda dos psicoativos. Pelo contrário, criou o mercado ilícito, contribuindo para o encarceramento em massa e aumento de homicídios praticados por agentes do Estado. Nesse contexto de crise da ideologia proibicionista somada à crise do capital vivenciada no século XX, foram necessárias respostas para maquiagem os saldos negativos de mortes e vidas destruídas objetiva e subjetivamente por essa guerra de forma a continuar atendendo às necessidades de reprodução do capital. Mesmo o proibicionismo tendo fracassado no que diz respeito à obtenção de um mundo livre de drogas, é uma política altamente rentável para o capital, na medida em que gerou o narcotráfico, que além de ser o mercado ilícito mais rentável do mundo (FERRUGEM, 2019), sustenta a indústria armamentista e o tráfico ilegal de armas através da violência praticada para a manutenção da guerra às drogas.

Além disso, o proibicionismo é vitorioso na legitimação da caça aos inimigos do capitalismo (BRITES, 2017b) – população empobrecida, movimentos sociais, movimentos anticapitalistas, usuários de psicoativos, população negra, refugiados, etc – que se concretiza através de articulações com o sistema jurídico e de segurança pública para o encarceramento em massa e genocídio dessas populações através de atividades policiais e militares. O proibicionismo mata mais do que o uso de psicoativos e seus possíveis efeitos nocivos (FERRUGEM, 2019).

Como se não bastasse, interessa ao proibicionismo a perpetuação da indústria farmacêutica, que também rende lucros altos, principalmente no contexto atual em que a medicalização da vida é altamente incentivada por alguns setores conservadores da medicina pautados no modelo biomédico de saúde.

Portanto, o processo de manutenção da ideologia do proibicionismo é descrito por Brites (2017b) como “decadência ideológica” e consiste no conjunto de respostas formuladas através de novas teorias sociais necessárias para a reafirmação da ordem do capital, sem a necessidade de serem coerentes, reais, críticas ou científicas. Neste sentido, quando a eficácia do proibicionismo começou a ser questionada, foi necessário afirmar a intenção de um “mundo sem drogas” por alguns países, sem considerar a realidade social posta em uma sociedade de classes e a sua relação com o uso de psicoativos.

Esse objetivo só poderia “ter sentido” com a criação de falsas teorias sobre o poder viciante de certas substâncias, demonização do uso e, conseqüentemente, dos usuários e os

territórios em que se encontram. Essas falácias contribuíram para a criação de uma cultura do medo, da formação de um suposto “inimigo” que perturba a ordem social e moral e precisa ser combatido. Desta forma, o proibicionismo é legitimado na sociedade capitalista como uma forma de garantia da saúde e segurança de todos, mesmo diante das evidências do seu fracasso.

A funcionalidade do proibicionismo à ordem do capital, reconhecida por vários estudiosos do tema, demonstra que se trata de um exercício decadente da ideologia para responder às necessidades contingenciais de manutenção da ordem capitalista, influenciando de modo particular nas esferas da economia, da política e da cultura. Dessa maneira, numa sociedade de classes, cuja processualidade histórica é amalgamada pela luta entre interesses antagônicos, o real significado e o alcance do fracasso ou do sucesso do proibicionismo só podem ser medidos pela perspectiva de classe. (BRITES, 2017b, p. 115)

Nesse sentido, buscou-se evidenciar neste trabalho o consumo de psicoativos como produto das desigualdades sociais produzidas pela sociedade de classes, que define sua cidadania através do acesso ao consumo e da produtividade, produzindo processos de adoecimento e contribuindo para o advento de relações problemáticas dos sujeitos com substâncias psicoativas.

Ainda reitera-se a situação de barbárie (NETTO, 2012) vivenciada no contexto de crise do capitalismo na atualidade, que com o aumento da repressão militarizada por parte do Estado, da judicialização e culpabilização das expressões da questão social e das estratégias moralizadoras e conservadoras de administração dos direitos sociais pela sociedade civil (o que deveria ser dever do Estado) legitima cada vez mais o encarceramento dos usuários de psicoativos e da população negra e empobrecida, seja pelo sistema penal ou através de internações de longa permanência e antidemocráticas, como as internações compulsórias e internações em Comunidades Terapêuticas.

## 2.2 BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL ÁLCOOL E DROGAS NO BRASIL

A saúde mental é um campo complexo e plural que possui uma história de disputas de concepções e estratégias de cuidado. Quando se trata de saúde mental de usuários de substâncias psicoativas, a discussão se complexifica cada vez mais, pois é interpelada pela construção social do consumo de psicoativos associada ao proibicionismo e a disputa de projetos de sociedade antagônicos. Nesse sentido, entende-se a necessidade de compreender



inicialmente a construção histórica da instituição hospitalar como espaço de produção do saber hegemônico da medicina e da psiquiatria para compreender as raízes ideológicas que compõe o processo histórico da saúde mental e, posteriormente, da internação compulsória.

A instituição hospitalar na Idade Média consistia numa instituição filantrópica de atendimento às pessoas em situação de rua e em vulnerabilidade social, que gradativamente se transformou em instituição médica no século XVII através do advento do hospital geral, o qual inaugurou a construção social do tratamento em saúde protagonizado pelo médico e com intervenções focalizadas na doença e na medicalização. Esse novo modelo de hospital, segundo Amarante (2007), começou a cumprir novas funções sociais e políticas, entre elas, a função de ordem social através de práticas disciplinares de isolamento.

Neste período, a ciência hoje chamada de psiquiatria começou a ser desenvolvida pelo médico Philippe Pinel através do conceito de alienação mental, que percebia a doença mental como um estado de irracionalidade, distúrbio mental, descontrole e desequilíbrio das “paixões” (AMARANTE, 2017). Como tratamento da alienação, Pinel propõe o isolamento dos alienados, com a justificativa de necessidade de isolamento para garantia de segurança do usuário e da sociedade – inaugurando a noção social de periculosidade do doente mental – e para estabilização da alienação através de um regime disciplinar instituído. Para desenvolvimento deste tratamento houve a construção dos hospitais psiquiátricos/manicômios e a constituição dos mesmos como o lugar social da loucura.

Com o tempo as deficiências desse modelo foram sendo evidenciadas, como a dificuldade de estabelecer limites entre loucura e sanidade, e diversas denúncias de violações dos direitos humanos ocorridas nos manicômios. Então, surgiram tentativas de reformas psiquiátricas em diversos países como Inglaterra, França e Estados Unidos, com propostas de reorganização dos hospitais psiquiátricos sob uma lógica mais democrática.

Houve ainda outras experiências que segundo Amarante (2007) apesar de popularmente serem reconhecidas como reformas, não devem ser classificadas como tais, pois não buscaram melhorar ou mudar a instituição psiquiátrica, e sim romper com o paradigma psiquiátrico tradicional de forma radical (desinstitucionalizar). Tais experiências ocorreram na Inglaterra com a antipsiquiatria e na Itália, com a psiquiatria democrática, regida por Franco Basaglia, sendo esta última experiência a que se tornou referência para a reforma psiquiátrica no Brasil (AMARANTE, 2007) e será utilizada como base neste trabalho.

A experiência italiana, no início dos anos 1960, se constituiu através da desinstitucionalização dos usuários de saúde mental e transformação radical do cuidado em saúde mental em serviços substitutivos territorializados, interdisciplinares e comunitários,

visando à inclusão social e cidadania. Tal exemplo não buscou apenas extinguir a figura física do manicômio, mas sim construir um novo lugar social da loucura e das formas como a sociedade a percebe. Segundo Vasconcelos (2017, p. 30),

Do ponto de vista conceitual, reforma psiquiátrica significa, em um primeiro nível, substituir a assistência centrada em instituições totais, fechadas e com procedimentos involuntários, muitas delas promovendo internações de médio e longo prazo, marcadas por violações regulares dos direitos humanos mais fundamentais, e muitas similares a campos de concentração [...], por uma atenção psicossocial interdisciplinar no território, com serviço abertos, universais, de fácil acesso, inspirados na perspectiva de conquista de direitos humanos e da cidadania dos usuários, bem como integrados intersetorialmente em sistemas únicos de saúde, assistência social e outras políticas sociais e públicas universais.

Do ponto de vista mais crítico e radical, esse movimento em sua gênese buscou criar outro paradigma a respeito dos saberes que incidem sobre o campo da saúde mental, bem como, romper com as relações sociais de estigmatização e exclusão das pessoas com transtorno mental. (VASCONCELOS, 2017)

No caso do Brasil, o processo de redemocratização após anos de ditadura militar<sup>7</sup> provocou condições objetivas para o fortalecimento dos movimentos sociais na década de 1980, com diversos processos de reivindicação de direitos e de críticas ao conservadorismo, como a reforma sanitária que questionou o conceito biomédico de saúde e o acesso desigual a esse direito e o movimento antimanicomial, que influenciado pela reforma psiquiátrica italiana questionou o modelo manicomial de atenção em saúde mental. Os avanços democráticos conquistados materializaram-se na Constituição Federal de 1988 e no Sistema Único de Saúde (SUS), que definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado.

No campo da saúde mental, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) representou a organização decisiva para a crítica ao modelo manicomial e às diversas violações dos direitos humanos e exploração de trabalho ocorridas nos hospitais psiquiátricos, sendo responsável pela organização de diversos eventos de debate a respeito dessa realidade (HEIDRICH, 2017). A I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental (1987), popularmente conhecido como Congresso de Bauru, significaram marcos para a construção da criticidade de reforma psiquiátrica brasileira, definindo que a efetivação da reforma psiquiátrica dependia da ruptura radical com o modelo manicomial e assumindo o compromisso com a luta pela transformação

---

<sup>7</sup> A Ditadura Militar brasileira foi responsável pelo financiamento e construção de grandes hospitais e, conseqüentemente, pelo aumento significativo do número de internações psiquiátricas, estabelecendo um processo de mercantilização da saúde mental. (HEIDRICH, 2017)

da sociedade e aliança com a classe trabalhadora, aspectos que foram documentados no Manifesto de Bauru.

Diante disso, Vasconcelos (2017) aponta que os movimentos sanitário e antimanicomial estabeleceram uma estratégia política de constituir representações no Estado e em movimentos sociais que possam desenvolver políticas sociais universais e contra-hegemônicas mesmo dentro de uma sociedade capitalista. Dentro desse plano, em 1989, foi apresentado o Projeto de Lei n. 3.657/89 pelo deputado Paulo Delgado (PT), que previa a extinção progressiva dos manicômios e proibição de novos hospitais psiquiátricos, além de construção de serviços substitutivos de base comunitária. Essa proposta passou por anos de debate e resistências entre concepções democráticas que preconizam a autonomia e o tratamento humanizado e concepções conservadoras pautadas na institucionalização e segregação.

A Lei 10.216 (BRASIL, 2001), fruto do projeto de lei mencionado, foi aprovada doze anos depois, sendo o marco legal da Reforma Psiquiátrica brasileira. No entanto, o texto original do projeto de lei e seu caráter crítico não foram mantidos. Diante da disputa de interesses e concepções a respeito do tema, a referida lei significou segundo Heidrich (2017) uma conciliação de interesses, na medida em que não foi incisiva na proposta de extinção dos manicômios, apenas propôs um novo direcionamento do modelo de atenção em saúde mental, mas sem descartar o modelo antigo. A respeito desta Lei, Yasui (2010, p. 56) argumenta:

Transformada em um texto tímido, a lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas e apenas aponta para uma proposta de mudança do modelo assistencial. Como revelador disso, podemos destacar o fato de sete (4º a 10º), de seus treze artigos, referirem-se exclusivamente a regulamentação da internação psiquiátrica e dois (1º e 2º) referirem-se aos “direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental”. A mudança de modelo de atendimento aparece como uma sugestão no item IX do parágrafo único, do artigo 2º, expressada como direito da pessoa em “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”. Os outros artigos se referem à responsabilidade do Estado, às pesquisas científicas e à criação de uma comissão para acompanhar a implementação da lei.

A partir desta legislação houve outras Portarias e Resoluções do Ministério da Saúde para regulamentação e ampliação da rede de serviços substitutivos, significando a implementação da política pública de saúde mental do Ministério da Saúde. A reforma psiquiátrica no Brasil apresentou vários limites para sua consolidação, inicialmente, pela sua construção tardia em um contexto mundial de esgotamento das políticas de bem-estar social e início das políticas de ajuste neoliberal (VASCONCELOS, 2017), conforme já mencionado neste capítulo. Nesse sentido, os avanços na política de saúde mental, iniciando pela Lei da

Reforma Psiquiátrica, conforme discutido, se desenvolveram com conflitos e disputas políticas, com a manutenção permanente de estratégias manicomialistas sutis, que tomaram força na atualidade com o aumento do conservadorismo e neoliberalismo.

A manutenção dos direitos sociais passou a custar caro para a sociedade de classes diante de uma crise do capital e diante da luta pelo fundo público por diversos segmentos, portanto, a proteção social passou a ficar em segundo plano. Como resultado, vem ocorrendo a transformação dos direitos em mercadorias e a privatização dos serviços públicos através da transferência do dever do Estado de garantia de direitos para a sociedade civil.

Ainda sobre os obstáculos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, Vasconcelos (2017) indica o caráter amplo e heterogêneo do movimento antimanicomial, sendo composto por usuários, trabalhadores, pesquisadores e familiares. Essa característica, segundo o autor, dificultou a construção de bases teóricas críticas no movimento que possibilitem a realização de uma análise de conjuntura que desvele a totalidade e as contradições do atual momento de crise do capital e das propostas neoliberais conservadoras. Vasconcelos (2017) aponta que o movimento antimanicomial praticamente reduziu-se ao voluntarismo micropolítico, no empenho prático do dia a dia dos usuários, familiares e profissionais. Apesar da importância do voluntarismo, o confronto diário com obstáculos da conjuntura pode acarretar na desmobilização política, indiferença e burocratização desses sujeitos e dos processos de cuidado.

No que tange ao reconhecimento do consumo de psicoativos como uma questão de saúde pública no Brasil, Brites (2017b) indica que só houveram possibilidades políticas de debate sobre a necessidade de pensar estratégias de saúde para usuários de psicoativos no momento em que ocorreu o adoecimento e morte de diversos usuários de psicoativos injetáveis pelo HIV/Aids, contaminados pelo uso de seringas. Portanto, somente a partir dos anos 2000 são incorporados nos textos oficiais termos que sugerem uma intervenção na questão das substâncias psicoativas também no campo da Saúde Pública.

Porém, essa intervenção é proposta com o objetivo falacioso de conciliar as medidas proibicionistas com o atendimento às necessidades de cuidado em saúde - abordagens antagônicas -, na medida em que não se abriu mão da ideologia proibicionista muito menos considerou-se os impactos que essa causa na saúde dos sujeitos e no cuidado dos usuários na política de saúde (a proibição e repressão quanto ao consumo de algumas substâncias dificulta a vinculação dos usuários nos serviços de saúde mental).

Nesse sentido, a Política de drogas é construída sob uma tensão de abordagens divergentes. De um lado, a saúde coletiva, o SUS e seus princípios de universalidade,

integralidade e equidade e a redução de danos. De outro, a justiça com a judicialização da saúde e das expressões da questão social, as instituições filantrópicas sob preceitos conservadores e morais e o proibicionismo. Essa falsa conciliação abre brechas para adoção de medidas manicomiais, autoritárias e fragmentadas e segundo Brites (2017b), não permitem acessar a totalidade da realidade na medida em que fragmenta políticas e desconsidera as questões políticas e ideológicas pertencentes a esse processo.

Para Brites (2017b), a Política de Drogas é formada a partir de três instrumentos normativos: Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004); Política de Drogas da Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (BRASIL, 2005) vinculada ao ministério da justiça e Lei Federal 11.343 (BRASIL, 2006) que cria o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Todas essas normativas reconhecem que o uso de psicoativos é socialmente determinado, sendo que a Política do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) reconhece as dificuldades que o proibicionismo promove na concretização de uma intervenção sob a perspectiva da Saúde Coletiva.

Outro aspecto importante é o caráter pragmático em que a redução de danos foi admitida como estratégia de saúde do SUS (BRITES, 2017b), somente em 2003, através das Portarias GM/MS 2.197/2014, GM/MS 1.028/2005. A redução de danos surgiu no Brasil em 1989, como estratégia utilizada para diminuir os riscos de transmissão de hepatites virais e, mais tarde, do HIV/Aids entre usuários de psicoativos injetáveis (BRITES, 2017b). Consistia na oferta de agulhas e seringas, sala de uso administrada por profissionais de saúde, distribuição de preservativos e folhetos informativos. Essa prática sofreu desde então forte repressão dos setores conservadores, que justificavam que a redução de danos configurava incentivo ao uso de psicoativos, sem comprovação que tal prática aumentou a demanda de uso de substâncias psicoativas.

Portanto, os inúmeros conflitos a respeito desta prática fez com que a mesma fosse admitida como estratégia de saúde somente com intervenções de cunho imediato para a prevenção do HIV e consumo de crack, descaracterizando o viés ético-político do movimento de RD, que tem um posicionamento antiproibicionista e denuncia intervenções conservadoras, antidemocráticas e defende a autonomia e a concretização dos direitos dos usuários. Esse quadro tem sido agravado diante do crescimento do conservadorismo e da retomada dos ideais manicomiais presentes na atualidade.

Nos primeiros anos da década de 2010, o Brasil experimentou uma crise política (AMARANTE, 2017) através do fracasso da política de conciliação dos governos Lula (2003-

2011) e Dilma (2011-2016) e do fortalecimento de forças políticas conservadoras, que tomaram força no país. A partir disso o país experimentou e experimenta ainda um desmonte das políticas sociais e agravamento das expressões da questão social na qual prejuízos na saúde mental e na luta antimanicomial foram discutidos já neste trabalho.

No campo da saúde mental, tal conjuntura possibilitou condições para a articulação da medicina e da psiquiatria biologicista aos projetos políticos conservadores (COE; DUARTE, 2017), mais tarde, sendo apoiados por grupos fundadores das Comunidades Terapêuticas, muitas vezes sob preceitos conservadores. Essa aliança associada com a retomada do poder dos projetos societários conservadores determinou uma série de retrocessos no âmbito da saúde mental em um caminho de remanicomialização (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Guimarães e Rosa (2019) apontam com riqueza de detalhes esses retrocessos, como a Portaria 131/2012 que insere as CTs nas instituições de saúde associada a Portaria 1.482/2016 que as reconhece como instituições de saúde, passando a receber recursos do SUS e regulamentando algumas instituições públicas de saúde como porta de entrada para esses serviços. A transferência do cuidado para a iniciativa privada e como no caso das Comunidades Terapêuticas abre espaço para a adoção de regras e critérios institucionais, que devido ao caráter conservador dessas instituições reitera os processos de exclusão e estigmatização dos usuários de substâncias psicoativas.

Outro exemplo indicado pelos autores é a Portaria GM/MS 3.588/2017 aprovada com apoio de segmentos da corporação médica e propõe o aumento do investimento em leitos psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas e redução dos investimentos no CAPS. Essa medida autoriza

a utilização de até 20% da capacidade de leitos em Hospitais Gerais para alas psiquiátricas, sendo que enfermarias com maior número de leitos terão mais recursos investidos do que enfermarias com vagas reduzidas, devendo permanecer com 80% de ocupação, como condição para que a instituição receba a verba de custeio do serviço. (GUIMARÃES; ROSA, 2019, p. 124)

As Comunidades Terapêuticas são estratégias disfarçadas de retomada do manicômio, das quais em nome da moral e da “saúde” e muitas vezes da religião promovem a institucionalização e diversas outras violações dos direitos humanos. O Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público (2018) revela as diversas semelhanças das Comunidades Terapêuticas com os manicômios, como o isolamento prolongado do convívio social (nove a

doze meses) – retomada da concepção alienista; a proibição de acesso à comunicação com o exterior através de muros, trancas e vigilância; tratamento moral e culpabilização dos sujeitos pela situação de adoecimento; estabelecimento de punições por não adesão ao modelo de comportamento estabelecido, entre elas trabalho forçado, perda de refeições, uso de amarras ou medicamentos de sedação (essas punições configuram tortura).

Como se não bastasse, em alguns casos são instituições religiosas que impõem a prática da religião aos usuários internados, desrespeitam a orientação sexual e identidade de gênero dos mesmos e são fundamentados na concepção proibicionista da busca pela abstinência como única opção de tratamento. Portanto, a política de incentivo e tentativas de inclusão das Comunidades Terapêuticas como instituições de saúde do SUS e de financiamento para as mesmas faz parte de um projeto de sucateamento das políticas sociais e retomada do manicômio.

Em relação à política de atenção a usuários de psicoativos, embasados no sensacionalismo midiático da existência de uma epidemia do crack, foram desenvolvidos programas de enfrentamento ao crack como o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, através do Decreto 7.179/2010 e o programa Crack, é Possível Vencer, instituído em 2011 através da Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SENAD) (BRITES, 2017b). Segundo a autora, o lançamento do segundo programa não foi discutido no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), devido ao seu caráter conservador, vinculação com o Ministério da Justiça, incentivo de intervenções policiais, internações involuntárias e parcerias público-privadas com comunidades terapêuticas.

A Resolução CONAD nº 1/2018 apresentou novas diretrizes para a Política Nacional sobre Drogas que configuram a acentuação do proibicionismo, como o posicionamento contrário à legalização das drogas e a definição da abstinência como principal objetivo do cuidado em saúde.

Como se não bastasse, em 2019 foi divulgada a Nota técnica nº 11/2019 que previa mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, reforçava a retomada do modelo manicomial, inclusive, através da desqualificação dos Centros de Atenção Psicossocial, desconsiderando o seu caráter substitutivo aos manicômios e se posicionando contra o fechamento de unidades psiquiátricas. (GUIMARÃES; ROSA, 2019) Esta nota, após posicionamento e repúdio das entidades de classe e movimentos sociais foi retirada de circulação.

A amplitude de retrocessos e ataques presenciados no atual momento histórico extrapola os limites deste trabalho, porém, buscou-se, aqui, propor um resgate histórico da

Reforma Psiquiátrica no Brasil e das suas conquistas e retrocessos no âmbito da saúde mental e na política de atenção aos usuários de psicoativos. Reitera-se o posicionamento a favor de iniciativas de saúde mental que preservem os princípios de autonomia, democracia e cidadania da Reforma Psiquiátrica e contrário a regimes autoritários de isolamento como as internações compulsórias.

### 2.3 INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS

Buscou-se discutir neste estudo as internações compulsórias como um mecanismo inserido dentro de disputas de projetos societários e de diferentes concepções a respeito do uso de psicoativos. Trata-se de um tema complexo que convoca opiniões e discussões de diversos atores sociais, como a justiça, medicina, a religião, movimentos sociais, Estado, sociedade civil e a família.

O argumento inicial disseminado pela mídia e defendido por alguns setores conservadores e filantrópicos da sociedade civil, bem como da medicina e da justiça se fundamenta em casos específicos de saúde mental e/ou consumo de psicoativos em que o usuário está em surto e/ou em uso abusivo, sem condições de “decisão racional” sob seu tratamento e atribuindo risco a si mesmo ou a terceiros e, por isso, necessita de uma intervenção do Estado através da justiça e, posteriormente, de uma internação sem o consentimento. Essa medida não é coerente com os princípios que o movimento antimanicomial buscou defender na medida em que retoma o foco na doença e no uso da substância, desconsiderando os aspectos sociais e subjetivos que estão implicados no uso e na autonomia do usuário quanto ao seu tratamento. A esse respeito Azevedo (2016, p. 22) discorre que

existe um processo de naturalização do entendimento de que a droga é um elemento bioquímico danoso que retira do sujeito humano, certas capacidades cognitivas e emocionais definidoras do estado normal de juízo. A perda desse estado de juízo justifica a intervenção clínica, e no limite, a intervenção sobre o corpo e individualidade do ser humano ou até mesmo de um grupo humano específico. Dessa forma o símbolo da droga consegue tamponar outras características que poderiam ser relevantes ao reconhecimento subjetivo da pessoa que faz seu uso, justificando qualquer tipo de intervenção.

É necessário reiterar neste estudo a respeito das internações o caráter autoritário, controlador e segregador historicamente atribuído ao hospital geral (AMARANTE, 2007) e criticado pelos movimentos antimanicomiais. Esse, que é regido pelas autoridades médica e



judiciária e que cumpre a função de ordem social e política. Foucault define os hospitais gerais como

uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa. (...) Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão. (FOUCAULT, 1978, p. 57)

Contraditoriamente, é na Lei brasileira popularmente conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/01) que este tipo de intervenção clínica é caracterizada e reconhecida, e é este aparato legal que está sendo utilizado na atualidade para legitimar solicitações de internações judiciais compulsórias. A referida legislação, como já mencionado, foi aprovada com resistências após anos de tramitação e tem um caráter de readequação das propostas institucionais de cuidado em saúde mental, diferente do caráter de rompimento com a institucionalização apresentado no texto inicial do Projeto de Lei. Nessa lei, a internação psiquiátrica é prevista como última alternativa diante do esgotamento dos recursos de cuidado extra-hospitalares, e deve ser feita em hospitais gerais:

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

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

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

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (BRASIL, 2001)

O artigo 2º, conforme trata a citação acima, diz respeito aos direitos da pessoa portadora de transtorno mental, incluindo um atendimento terapêutico de qualidade, sem discriminações, preferencialmente, “em serviços comunitários de saúde mental” (BRASIL, 2001). Os tipos de internação referidos na legislação são Internação Voluntária (IV), internação involuntária e internação compulsória, sendo a última a única opção que pressupõe uma intervenção judicial.

Apesar de a lei apresentar as internações como um recurso de exceção, segundo Azevedo (2016) o que vem ocorrendo é a utilização do mecanismo da internação compulsória

desvinculado do contexto de defesa dos direitos das pessoas com transtorno mental, que sob o argumento de defesa da vida constituído pelos saberes jurídico e médico legitima intervenções autoritárias de controle de corpos como se fossem práticas de saúde. Percebe-se que ocorre um processo de judicialização das demandas de saúde com a naturalização das internações compulsórias, que vem sendo abordadas como primeira alternativa de cuidado enquanto segundo a legislação mencionada deveria ser utilizada somente em caráter de exceção.

O sensacionalismo midiático e a ideologia proibicionista afetam também as famílias dos usuários de psicoativos, que passam a enxergar a internação como única e primeira alternativa de cuidado. Segundo Rosa (2009), a família também partilha do imaginário social do lugar da pessoa com transtorno mental ou problemas decorrentes do uso de psicoativos na internação psiquiátrica, pois a mesma não está dissociada do senso comum disseminado pela sociedade.

Por exemplo, a Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM) do Rio de Janeiro, conforme apontado por Rosa (2009) posiciona-se contra a desinstitucionalização e a construção de uma Política de Saúde Mental, por entender que isso significaria uma desassistência do Estado para com as pessoas com transtorno mental ou usuárias de psicoativos. Isso acontece segundo Rosa (2009) devido a um possível desconhecimento destes familiares da proposta do movimento de reforma psiquiátrica, ou ainda, um temor dos familiares de que com a desinstitucionalização tenham que arcar sozinhos com a sobrecarga do cuidado dos usuários de saúde mental.

Muitos familiares possuem outras demandas que envolvem o consumo de psicoativos – que conforme já discutido neste trabalho é um fenômeno complexo que possui determinações do modo de organização social – e às vezes não conhecem a possibilidade de atendimento nos serviços comunitários de saúde mental, ou não questionam a verdadeira eficácia que uma internação forçada teria para o seu familiar. A família que procura o serviço de saúde mental, e, principalmente no âmbito deste trabalho procura a justiça para encaminhar uma IC, já está em um contexto de crise (ROSA, 2009), com diversas histórias e várias tentativas, a maioria sem êxito, de derrota-la.

Rosa (2009) aponta que a família, na maioria das vezes, tenta resolver as situações de crise primeiro no âmbito privado, recorrendo a estratégias próprias de intervenção. Ainda, antes de procurar o serviço público, recorre a uma rede de apoio próxima (vizinhos, igreja, etc). Quando a família chega no serviço público de saúde mental, já está com sentimentos de “impotência, exaustão, culpa, desespero” (ROSA, 2009, p. 168). Portanto, muitas vezes a internação compulsória pode parecer sob a ótica do familiar como uma “solução” para o

quadro de sofrimento e crise vivenciada pela família e pelo usuário. Nesse sentido, conforme Rosa (2017), desenvolve-se uma tensão entre a avaliação e os encaminhamentos dos profissionais de saúde e o entendimento/desejo dos familiares.

Nessa perspectiva, a falta de uma legislação que regulamente as internações compulsórias definindo em quais casos esse mecanismo deve ser acionado e como deve ser a avaliação técnica para sua determinação abre brechas para que a mesma seja feita conforme o entendimento do profissional ou familiar envolvido no processo. Tal entendimento geralmente é interpelado por medidas proibicionistas que preconizam a abstinência como única alternativa de cuidado e pelo saber médico psiquiátrico ainda influente focado na medicalização e institucionalização, dificultando o cuidado integral dos usuários de substâncias psicoativas.

Trata-se da imposição de uma medida de “adequação” e “salvação” dos indivíduos através das autoridades médicas, jurídicas e religiosas (no caso de algumas Comunidades Terapêuticas) para indivíduos que são desviantes, perdidos, perigosos. Nesse sentido, Azevedo (2016, p.27) aponta que

[...] tal modo de abordagem é centralizador e invoca um sucesso ligado ao resgate e ao retorno do indivíduo a sociedade após seu processo de cura. Processo esse que evoca um apelo de transformação, que, caso fracasse, em razão de um novo episódio de droga durante o retorno ao convívio social, deve recomeçar através de uma nova internação.

Conclui-se então, que o fenômeno da recaída, frequentemente em pauta, é consequência de um modelo de intervenção focado na abstinência e em internações sem consentimento e que não atuam na complexidade de demandas que envolvem o consumo de psicoativos na sociedade capitalista. Ainda, reitera-se que do ponto de vista da Redução de Danos, o fenômeno da recaída é visto como parte do processo de construção de cuidado, e não como sinônimo de “fracasso” nesse processo. A consequência da demonização da recaída abordada pelos modelos de intervenção focados na abstinência é um grande número de internações frequentes, que além de não produzir efeitos positivos na produção do cuidado dos usuários, são alternativas que demandam altos custos para o poder executivo. Mas se a internação compulsória não cumpre a proposta de defesa da vida e da saúde dos usuários a quem/a que ela vem beneficiar?

Brites (2013) percebe a internação compulsória como uma medida ética e política conservadora que tem como único objetivo realizar o encarceramento de usuários de psicoativos, e não corresponde às necessidades sociais e de saúde desses sujeitos. A autora

citada compara a internação compulsória a um canto de sereias, por ser belo, na medida em que é composta por um discurso de valorização da vida e da saúde; irresistível, pois promete soluções imediatas e definitivas em uma sociedade que através de um discurso midiático sensacionalista, clama por uma intervenção definitiva; e fatal, pois desfaz individualidades, redes de apoio, autonomias, subjetividades e dignidade dos usuários prometendo uma “cura” que na prática é irrealizável desta forma.

O discurso da internação compulsória como única alternativa de tratamento para usuários de psicoativos tomou força devido ao discurso midiático que evidenciava as crackolândias de São Paulo e Rio de Janeiro na década de 2010, legitimando o imaginário social sobre o ‘poder’ do crack com imagens aterrorizantes de uso, venda e degradação de usuários e familiares. Essas matérias alimentam sentimentos de medo, insegurança e anseios por uma intervenção que ‘solucione’ rapidamente o problema.

Solução essa nutrida pela ideologia do proibicionismo, da qual reconhece somente a abstinência como alternativa de ‘cura’, além de defender intervenções de repressão e violência por considerar o consumo de psicoativos um desvio moral. Mesmo que essas reportagens demonstrem a seriedade da dependência do uso de psicoativos, no que diz respeito aos danos à saúde que assolam os usuários, o caráter conservador do proibicionismo oculta às determinações econômicas, sociais, políticas e culturais que envolvem o consumo de psicoativos na sociedade de classes.

Segundo Brites (2013), na década de 1990, o crack já era consumido como uma alternativa aos usuários de substâncias injetáveis, devido à redução de riscos de contaminação de HIV/Aids, baixo custo e rápida sensação de prazer, inclusive já havia a existência do território de uso chamado popularmente de crackolândia. Desde então, os danos à saúde gerados pelo consumo do crack já eram percebidos pelos profissionais que realizavam iniciativas de Redução de Danos, principalmente, em São Paulo, e nenhuma Política Pública direcionada à promoção de saúde desses usuários foi instituída, pelo contrário, nesse momento as propostas de RD sofreram muitas represálias. Portanto, Brites (2013) desvela que a suposta preocupação com a saúde e segurança instituída na mídia na atualidade nem sempre ocorreu, visto que o uso de crack e suas consequências já existiam muito antes do discurso midiático tornar-se popular.

O crack era uma substância associada a segmentos populacionais vulneráveis, portanto não interessava economicamente e politicamente que houvesse intervenções a respeito do uso dessa substância por parte do Estado. Contudo, quando esses usuários passaram a ocupar territórios de interesse imobiliário e mobilidade urbana para grandes eventos como Copa do

Mundo, Olimpíadas, Copa das Confederações e Jornada da Juventude (BRITES, 2013), foi necessária a intervenção do Estado, através do encarceramento e internações compulsórias, em “nome da saúde e segurança”. Além disso, os novos cenários de uso romperam com o imaginário do uso de psicoativos somente na dimensão do privado, ao aparecer visivelmente nas cidades, denunciando no meio urbano a realidade degradante de vulnerabilidade social e de populações em situação de rua experimentada no Brasil. (AZEVEDO, 2016).

Nesse contexto, percebe-se um desestímulo na elaboração de políticas públicas de atenção integral a usuários de psicoativos, baixo financiamento para a criação de instituições ambulatoriais como os CAPS, em detrimento de ações manicomiais autoritárias como as internações compulsórias. Como se não bastasse, o Estado transfere seu dever de garantir saúde e proteção social à população para iniciativas da sociedade civil, muitas de cunho religioso, como o caso de algumas Comunidades Terapêuticas, que são maioria entre as instituições de tratamento (483), comparada aos CAPS AD (153) e grupos de autoajuda (124) (BRASIL, 2007).

Frequentemente, há denúncias de violações de direitos nas instituições não governamentais que estão assumindo grande parte do cuidado aos usuários de psicoativos. Trata-se de instituições que com financiamento público que baseiam suas práticas em princípios morais e religiosos, desenvolvendo suas atividades com abordagens violentas, culpabilizadoras e repressivas, por meio do isolamento. Além disso, por tratar-se do terceiro setor, não há uma preocupação com a adoção de equipe multiprofissional, para oferecer a atenção integrada em saúde, conforme preconiza o SUS.

Diante dessa explanação, percebe-se que a preocupação com a saúde que é difundida pelos movimentos conservadores que defendem as internações compulsórias não é verdadeira, pelo contrário, os usuários são submetidos a inúmeras violações dos direitos humanos. Além disso, não há evidências que comprovem a eficácia das internações compulsórias. Para Brites (2013),

A internação compulsória viola os princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica, especialmente o direito à autonomia, à liberdade e à convivência. Trata, de forma indiscriminada, o usuário de droga como incapaz e viola sua condição de sujeito de direitos. Impõe como tratamento um modelo exaustivamente questionado que, no atual contexto, será realizado em instituições privadas, em sua maioria de cunho religioso, ferindo os princípios da saúde pública e do Estado laico. Favorece a apropriação privada do dinheiro público, comprometendo ainda mais a consolidação dos dispositivos previstos na Reforma Psiquiátrica. Impede o controle social sobre o ‘tratamento’, uma vez que as internações serão realizadas em instituições privadas. Retrocede nas conquistas das abordagens interdisciplinares, atribuindo poder à autoridade médica e judicial. (BRITES, 2013, p. 55)

O debate relativo à internação compulsória não é protagonizado pela população usuária que é foco de tal intervenção. O estigma de incapacidade atribuído pela sociedade ao portador de transtorno mental e ao usuário de substâncias psicoativas sustenta a frequente desconsideração e desvalorização do discurso do usuário de psicoativos, deslegitimando e retirando qualquer saber que o mesmo possa ter sobre suas necessidades, sua construção histórico-política e os processos sociais em que estão inseridos (AZEVEDO, 2016). Quando se ouve o usuário, muitas vezes, ao invés de realizar o acolhimento de suas demandas através de uma escuta qualificada, o atendimento é feito buscando identificar o sintoma que será demonstrado para justificar o seu silenciamento e isolamento, ou o que está por trás do seu discurso, já atribuindo ao usuário de psicoativos um caráter de mentiroso ou trapaceiro. Essa abordagem dificulta a produção de vínculo com os usuários e o encaminhamento dos mesmos nos serviços de saúde.

No entanto, quando se permite retomar o foco para o usuário, suas demandas e a complexidade de segmentos que envolvem o consumo de psicoativos, conforme feito na pesquisa de Azevedo (2016) sobre a experiência dos usuários com a internação compulsória é possível identificar os efeitos que um regime de internação asilar forçada reflete nas vidas desses sujeitos. Na referida pesquisa, em entrevista com usuários que já experienciaram a internação compulsória, os sentimentos relatados a respeito da mesma foram de medo, desconfiança, aprisionamento, perda de controle sobre a própria vida, incerteza quanto ao tempo de permanência, abandono, desamparo, desvalorização da subjetividade, violação da privacidade e intimidade, ou seja, a grande maioria descrevia sentimentos de uma experiência negativa.

Além disso, foram relatados prejuízos quanto à vinculação do usuário no serviço de referência (CAPS) após a IC, causando limitações no projeto de cuidado do usuário. Em alguns casos, houve a piora significativa do quadro de saúde mental dos usuários e da situação problemática quanto ao uso de psicoativos. Essas características são consequências de um processo de retirada de direitos, de negação da subjetividade e das expressões da questão social que são experimentadas e estão relacionadas com o uso de psicoativos na sociedade do consumo, operando no silenciamento e eliminação dos sujeitos que evidenciam as contradições do modo de produção da sociedade vigente.

Essas contradições podem ser identificadas através da

[...] denúncia que essas pessoas fazem, através mesmo de sua existência e de seu discurso, da falência do modelo proibicionista de relação do Estado com as drogas, do impacto do consumismo ligado à indústria farmacêutica e aos processos de

medicamentação, da desigualdade econômica, enfim, de uma gama de características das sociedades modernas que evidenciam aspectos de insucesso das suas promessas de harmonia pelo modo capitalista de relação e produção, e que põem em cheque a soberania do Estado moderno no gerenciamento do corpo social. (AZEVEDO, 2016, p. 189)

Entende-se que há situações em que os sujeitos por conta da dependência química, precisam de uma intervenção compulsória, por estar oferecendo risco de vida a si próprio e a terceiros. Também se entende os desafios que a família do usuário de substâncias psicoativas enfrenta no cuidado destes sujeitos. Mas esses fenômenos não devem ser analisados de forma isolada, desconsiderando os aspectos sociais envolvidos na vida desse sujeito, sua relação com a substância psicoativa, a forma como vê sua situação e o planejamento que será feito para que a rede socioassistencial atenda esse usuário de forma integral após a internação, que tem duração de 21 dias.

Diante do exposto, pode-se concluir que as internações compulsórias não operam na defesa da saúde e da vida dos usuários, pelo contrário, configuram sérias violações dos direitos humanos, de perdas de relações sociais e de autonomia que, em alguns casos, podem ser irreversíveis no cuidado em saúde dos usuários e na vinculação aos serviços substitutivos que realmente prezam pela preservação da vida, dos direitos e da autonomia dos usuários.

Essa situação vem se agravando com o crescimento do conservadorismo e do neoliberalismo, que sob a lógica do proibicionismo conduz cada vez mais iniciativas e políticas de incentivo a institucionalização e a intervenções autoritárias e antidemocráticas. Por fim, diante desta explanação e do posicionamento em relação ao tema das internações compulsórias, reitera-se a necessidade de evidenciar iniciativas de resistência aos retrocessos apontados, e na defesa dos preceitos antimanicomiais e do cuidado em saúde nos serviços substitutivos como o CAPS, como o projeto em que buscou-se avaliar neste trabalho, objeto de análise no próximo capítulo.

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA E OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO SAÚDE – SANTA MARIA (SAÚDE MENTAL)**

Neste capítulo, apresenta-se brevemente a instituição CAPS AD Cia do Recomeço, o seu surgimento em 2009 a partir do aumento demanda de atendimento em saúde para usuários de crack e as bases teóricas e ético-políticas de Humanização, Reforma Psiquiátrica e Redução de Danos em que a instituição se constituiu. Na sequência, descreve-se o Projeto Saúde - Santa Maria (Saúde Mental) e o histórico de sua constituição, em 2017, como uma parceria entre Defensoria Pública, Secretaria Municipal de Saúde e os CAPS de Santa Maria para estabelecer um fluxo que resultasse na redução do número de judicializações das demandas de saúde no município, em especial as internações compulsórias.

Ainda, aborda-se neste capítulo a metodologia de pesquisa utilizada, que consiste na avaliação da eficácia e eficiência do Projeto Saúde - Santa Maria (Saúde Mental), estabelecendo critérios específicos de avaliação. Apresenta-se a técnica utilizada de análise documental em documentos institucionais da Defensoria Pública, Secretaria Municipal de Saúde e em prontuários do CAPS AD Cia do Recomeço, sendo que para o último desenvolveu-se um instrumento de pesquisa (APÊNDICE A).

Nessa perspectiva, realiza-se a apresentação do objetivo geral da pesquisa e dos objetivos específicos, junto com a justificativa para cada objetivo e sua relação com a metodologia. Por fim, apresenta-se os dados quantitativos coletados, bem como a descrição dos processos de trabalho que compõem a operacionalização do Projeto Saúde - Santa Maria (Saúde Mental) no CAPS AD Cia do Recomeço.

#### **3.1 BREVE APRESENTAÇÃO DO CAPS AD CIA DO RECOMEÇO E DO PROJETO SAÚDE – SANTA MARIA (SAÚDE MENTAL)**

O CAPS AD Cia do Recomeço é uma instituição pública que compõe Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Secretaria de Saúde de Santa Maria/RS. A instituição surgiu, em 2009, a partir do aumento da procura por tratamento dos usuários de crack<sup>8</sup> ao CAPS AD Caminhos do Sol. Desde então, profissionais mobilizaram-se para abertura de um novo CAPS AD qualificado para o atendimento a essa demanda. Sua organização iniciou por meio de

---

<sup>8</sup> A década de 2010 foi o período de emergência do sensacionalismo midiático que difundiu a suposta existência de uma “epidemia de crack” e que embasou a emergência de estratégias de intervenção para essa realidade, conforme já discutido no Capítulo 1 deste trabalho.



estudos da política de Humanização do SUS, que consiste no cuidado pautado na produção de vínculo entre profissional e usuário e

[na] inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. (BRASIL, 2013)

Os ideais da Reforma Psiquiátrica e da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) também se constituíram bases teóricas para o trabalho a ser desenvolvido nesse novo serviço. A proposta de atendimento do CAPS AD Cia do Recomeço foi de um novo modelo de atendimento à saúde mental no município, que tinha como objetivo desenvolver a clínica ampliada<sup>9</sup>, por meio da qual o saber médico não é o único hegemônico e necessário para o cuidado em saúde mental, e sim o trabalho em equipe e interdisciplinar que permita contemplar todas as esferas da vida dos sujeitos de forma integral.

Além disso, a perspectiva de cuidado que sempre foi reivindicada na instituição é a Redução de Danos, que conforme já discutido neste estudo busca romper com a concepção da abstinência como único caminho de tratamento e cuidado, por entender que nem sempre este é o desejo dos usuários a respeito do seu cuidado. A RD considera cada caso a partir da sua singularidade, respeitando os direitos e a autonomia do usuário, e seus objetivos terapêuticos, o que pode incluir a abstinência ou não. Portanto, tal perspectiva coloca em cena uma diversidade de possibilidades de uso de drogas não abordadas pelas perspectivas proibicionistas focadas na abstinência: pessoas que usam drogas e não precisam de tratamento, pessoas que não querem parar de usar drogas e não querem ser tratadas, pessoas que querem diminuir o uso sem necessariamente parar de usar drogas (SOUZA; PASSOS, 2011, p. 157)

As deliberações a respeito do andamento da instituição, desde a escolha do nome até quais oficinas/atividades devem ser desenvolvidas sempre foram realizadas coletivamente, prezando pela participação ativa dos usuários, familiares e equipe na produção de cuidado e gestão dos processos de trabalho na instituição. Esse posicionamento democrático equivale aos princípios da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), de 2003, a qual preconiza práticas de melhoria da qualidade dos serviços prestados a partir da valorização da

---

<sup>9</sup> Proposta de articulação de diferentes saberes, disciplinas e enfoques a respeito do processo saúde-doença, valorizando todos os saberes com a mesma importância, sendo um interdependente do outro. Tal conceito está incluído na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013).

dimensão humana e subjetiva e do aprimoramento das relações entre usuários, trabalhadores e gestores (ALVES; MIOTO; GERBER, 2007).

Reitera-se a necessidade de abordar, principalmente, no âmbito do Serviço Social, a PNH de forma crítica, a fim de superar concepções pautadas no senso comum que contribuem para intervenções fragmentadas, assistencialistas, paternalistas, voluntaristas e tecnicistas, reduzindo as práticas humanizadoras ao “tratar bem” (ALVES; MIOTO; GERBER, 2007). Portanto, conforme as práticas desenvolvidas no CAPS AD Cia do Recomeço, pautadas na PNH, é imprescindível que o entendimento das ações de humanização, conforme apontado por Alves, Miotto e Gerber (2007) estejam balizadas na perspectiva da saúde como direito de todos e dever do Estado, e em práticas de gestão democrática, qualidade dos serviços prestados, acolhimento, atenção integral, etc .

Nessa perspectiva, o cuidado no CAPS AD Cia do Recomeço fundamenta-se na liberdade, acolhimento, atendimento das demandas (não necessariamente demandas focadas no uso de psicoativos, mas diversas outras demandas que compõe a vida dos sujeitos e influenciam no uso), inúmeras oficinas (horta, caminhada, escuta, stêncil, geração de trabalho e renda, *hip hop*, etc).

A instituição vem se desenvolvendo desde sua criação como um espaço não somente de atendimento psicossocial à usuários em sofrimento psíquico decorrente do uso de psicoativos, mas de acolhimento e reconhecimento das particularidades e demandas dos sujeitos, respeito aos seus direitos, sua autonomia e dignidade. Além disso, o cuidado em liberdade e a preservação do contato com a família, grupos sociais de convivência e rede de apoio são prioridades no serviço. O CAPS AD Cia do Recomeço é uma instituição complexa e não pretende-se esgotar a amplitude e importância que essa instituição comporta no campo da saúde mental da cidade de Santa Maria, apenas apresentar sucintamente o processo de constituição e as bases da instituição, para compreender a atuação da mesma no projeto que objetivou a redução do número de IC no município.

O Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) surgiu em 2017 diante de um grande número de ações judiciais realizadas pela Defensoria Pública referente às demandas de saúde do município de Santa Maria. Nesse sentido, desenvolveu-se o referido projeto com objetivo de

implementação de uma dinâmica de trabalho cooperativa, com ênfase extrajudicial, entre a Defensoria Pública de Santa Maria e os demais entes e órgãos envolvidos na prestação de serviço de saúde seja na seara extrajudicial ou judicial, visando facilitar o acesso do cidadão ao direito fundamental à saúde, com maior

eficiência e efetividade (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2017)

Tal projeto, coordenado pela Defensora Pública Raquel Dornelles Loy, fora implementado com base em uma experiência exitosa quanto a redução de judicialização da saúde desenvolvida pela Defensoria Pública de Gravataí. Nesse sentido, construiu-se o documento que norteia o projeto que consta elementos que justificam a necessidade de sua implantação como a constatação de que a “via judicial tem se mostrado ineficiente no atendimento do direito à saúde em virtude da demora imposta pela burocracia dos procedimentos judiciais” (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2017) ou a constatação de que a judicialização prematura das demandas de saúde prejudica a concretização das políticas públicas de forma intersetorial, além da constatação da desarticulação da rede pública de atenção à saúde de Santa Maria, entre outros. Portanto, o Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) objetivou a redução da judicialização das demandas de saúde no município de Santa Maria, sendo dividido em quatro eixos: distribuição de medicamentos, tratamento médico-hospitalar, UTI e saúde mental (internações compulsórias).

Dessa forma, no âmbito das demandas de saúde referente às internações compulsórias foi proposta pela Defensora Pública Raquel Dornelles Loy uma parceria entre DP, Secretaria de Saúde de Santa Maria e os CAPS da cidade a fim de reorganizar as ações de saúde relacionadas à saúde mental. A sistemática que vinha sendo adotada até então era o ajuizamento de praticamente todas as demandas apresentadas, ou seja, a grande maioria dos processos de IC iniciados pela defensoria eram concretizados, sem acesso a um parecer técnico de equipe multiprofissional que atendesse o usuário em algum serviço público.

Portanto, o projeto proposto foi baseado em uma experiência já desenvolvida na cidade de Gravataí, na qual diminuiu o ajuizamento de internações em 50 por cento. Trata-se da retomada do acesso ao poder público (neste caso o CAPS) antes da judicialização das demandas relativas à saúde. Muitas vezes, os familiares/usuários que entravam com pedido de IC não acessariam o CAPS (que é umas das instituições ambulatoriais de cuidado em saúde mental previstas em lei), apenas a demanda seria ajuizada e a IC concretizada. O objetivo foi de oferecer ao usuário e o familiar acesso a um tratamento em liberdade, pautado nos direitos humanos e em critérios democráticos, e se houver necessidade de internação que esta seja feita via CAPS e, preferencialmente, de forma voluntária.

Nesse sentido, estabeleceu-se o seguinte fluxo: no momento que um terceiro (geralmente um familiar) procura a DP para ajuizar a IC, o agente público da Defensoria

Pública primeiramente deve elucidar o que significa o processo de internação compulsória, como a mesma funciona e em que casos ela deve ser utilizada. Nesse sentido, é importante que o agente público explicita para o familiar o caráter de exceção pelo qual a IC é indicada, e a forma como ela é feita no que tange a obrigar o usuário a comparecer na interação, inclusive se utilizando de força policial, se necessário. Além disso, já neste primeiro atendimento na DP o agente público deve evidenciar a importância da voluntariedade na eficácia do tratamento e a imprescindibilidade do comprometimento da família com o tratamento do usuário de saúde mental.

Posteriormente, ainda no fluxo estabelecido, o familiar é encaminhado ao serviço de saúde mental (CAPS), com um formulário/protocolo constando cinco encontros que devem ser preenchidos e carimbados pela equipe do CAPS após cumprimento e, posteriormente, uma visita domiciliar para estabelecer um contato com o usuário caso o mesmo não tenha comparecido no CAPS. Depois desses passos, a equipe realiza um relatório sugerindo ou não a necessidade de IC, com base na opinião técnica da equipe multidisciplinar. O CAPS também tem autonomia de reduzir os cinco encontros se julgar necessário, realizar o relatório sem o cumprimento desses, mas é obrigatório o comparecimento do familiar no CAPS para pelo menos um atendimento.

O atendimento no CAPS à família que busca a IC e, posteriormente, ao usuário consistia muito mais do que um atendimento para realizar um posicionamento técnico a respeito da IC, e sim um acolhimento das demandas da família e do usuário, da história de vida desses sujeitos e sua rede de apoio para traçar em conjunto um Plano Terapêutico Singular (PTS) indicando as estratégias de cuidado que serão utilizadas para o processo de cuidado do usuário e da família. Principalmente, o CAPS se coloca à disposição como instituição de referência para o cuidado do usuário e da família, tanto na situação agravante em que se solicita a IC, quanto posteriormente, independente da efetivação de internação ou não.

O projeto começou a ser operacionalizado em junho de 2017 e no seu primeiro ano houve redução de 73,89% dos ajuizamentos de ações, além de um número considerável de familiares e usuários que desistiram do processo de IC (48% de todos os processos iniciados na DP).

Isso mostra a importância do atendimento no CAPS antes da tomada de medidas drásticas e autoritárias como a IC, do estabelecimento do vínculo e da disponibilização de um método de cuidado em liberdade e integral. Implica também, na divulgação do CAPS (e também da atenção básica) como estratégias de saúde que podem ser acessadas em qualquer

contexto de necessidade de saúde, não somente em um contexto agravante em que se cogita a necessidade de uma IC. Atualmente, devido aos resultados obtidos no primeiro ano, o referido projeto ampliou-se para redução da judicialização também nas áreas de fornecimento de medicamentos, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e tratamento médico-hospitalar. Além disso, a Prefeitura Municipal de Santa Maria disponibilizou estagiários para a DP para realizar o contato e encaminhamento dos usuários para os serviços de saúde mental.

### 3.2 DESENVOLVIMENTO DA METODOLOGIA E OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA PESQUISA

O referido estudo foi aprovado no Comitê de ética em Pesquisa da UFSM sob o número CAAE 34405420.9.0000.5346. Consiste numa avaliação da eficácia e da eficiência do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental). A avaliação consiste numa das etapas do processo de planejamento de políticas públicas (BAPTISTA, 2002). Avaliou-se a eficácia quanto ao grau de cumprimento dos objetivos do projeto (BAPTISTA, 2002), ou seja, se a implementação do projeto fez com que houvesse redução do número de IC e, em caso afirmativo, buscou-se conhecer em qual grau. A avaliação da eficácia desenvolveu-se de forma quantitativa (utilizando dados, porcentagens e gráficos).

Quanto à eficiência, está relacionada à forma de operacionalização do projeto - neste estudo, a avaliação da operacionalização realizou-se somente no CAPS AD Cia do Recomeço -. Segundo Cohen e Franco (2004), a avaliação da eficiência consiste no estabelecimento de uma relação entre os custos (economia ou não) e os benefícios obtidos. Trata-se de determinar se houve economia de recursos no desenvolvimento do projeto e se os meios são adequados para atingir os objetivos deste, ou seja, avaliar se houve economia sem prejudicar a qualidade dos serviços, estabelecendo uma interposição entre quantidade e qualidade. Para Baptista (2002), avaliar a eficiência de um projeto significa avaliar a sua execução, através da revisão das ações realizadas a partir de critérios de eficiência. Os critérios de eficiência tendem a estar relacionados à qualidade dos serviços prestados (BAPTISTA, 2002).

Portanto, a análise da eficiência desenvolveu-se de forma quanti-qualitativa a partir dos seguintes critérios:

- a) economia de recursos de modo geral: avaliar se a implementação do projeto culminou em redução ou aumento de recursos para o município de Santa Maria;
- b) quem são os familiares? Prevalência de parentesco/gênero: Propôs-se aqui discutir sobre quem são esses familiares atendidos com demandas de internação e de cuidado, sob a

perspectiva de gênero e de parentesco, discussão que já vêm sendo feita por outros autores na área da saúde mental (BATISTA, 2013; PEGORARO; CALDANA, 2008; ROSA, 2009), entre outros. Entende-se que essa abordagem deveria se estender para outras questões como raça, condição socioeconômica, portanto, não há informações suficientes nos prontuários analisados que possibilitem fazer essa análise, além disso, procurou respeitar os limites estabelecidos pelo tema deste trabalho;

c) quantidade de familiares/ usuários que cumpriram os cinco encontros no CAPS AD Cia do Recomeço: entende-se que quanto mais encontros/atendimentos/acolhimentos a família e o usuário tiver comparecido no CAPS, mais chances a equipe tem de oferecer um atendimento integral ao segmento familiar e, portanto, auxiliar no atendimento das necessidades da família e do usuário. Tal indicativo relaciona-se a qualidade dos serviços prestados;

d) quantidade de familiares/usuário que desistiram do protocolo antes do término e que não procuraram o CAPS após o encaminhamento da Defensoria Pública: verificar a incidência de desistência dos familiares no âmbito do projeto, e discutir sobre os possíveis motivos;

e) encaminhamentos para a rede socioassistencial: entende-se que para atendimento das necessidades de saúde do usuário e dos familiares, há outros fatores relacionados de cunho econômico, social, político, etc. Portanto, o encaminhamento para atendimento em outras instituições da rede socioassistencial indica uma maior possibilidade de um atendimento integral a partir de uma perspectiva intersetorial, compreendendo que as instituições da rede se complementam no atendimento das necessidades dos usuários e que, muitas vezes, há outras demandas além da de saúde mental ou da internação.

f) visitas domiciliares: compreende-se que as visitas domiciliares são uma ferramenta importante para o estabelecimento de vínculo entre profissional (instituição)-usuário-família, além de viabilizar que o profissional conheça de forma mais aprofundada a realidade vivenciada pelos usuários. No âmbito do projeto, é geralmente na visita domiciliar que o profissional tem o primeiro contato com o usuário, possibilitando informá-lo sobre a situação de saúde (solicitação de IC) e perceber a situação em que o mesmo se encontra para, posteriormente, indicar ou não a necessidade de uma IC;

g) adesão ao serviço: o número de usuários que vincularam ao serviço a partir da construção de um PTS indicando ferramentas para construção do seu cuidado, adesão nas atividades do CAPS (oficinas, acolhimentos, projetos, eventos). A vinculação do usuário no serviço indica qualidade dos serviços prestados no âmbito do projeto e cumprimento do objetivo de substituir a IC pelo atendimento ambulatorial em liberdade;

h) justificativas da equipe para sugerir ou não IC: objetivou-se avaliar em quais casos a equipe do CAPS AD Cia do Recomeço identificou necessidade de IC e quais casos a equipe descartou a possibilidade de IC, a fim de compreender o entendimento da equipe a respeito das internações compulsórias.

Apesar de este estudo constituir-se como uma avaliação de projetos (BAPTISTA, 2002), os dados e a discussão a nível micro não se explicam por si só, por isso, foi necessária uma complementação da metodologia com a análise de políticas sociais. A análise aborda as políticas sob uma perspectiva de totalidade, considera os aspectos estruturais das políticas públicas, as relações de poder e interesse, contradições e a conjuntura em que se desenvolve o projeto. (FRONZA; NOGUEIRA, 2015). Portanto, houve a exigência de um posicionamento teórico crítico que norteou a escolha dos critérios de avaliação e foi apresentado no primeiro capítulo deste trabalho.

Nesse sentido, embasou-se essa análise no método histórico dialético de Marx, que segundo Netto (2011), propõe uma análise concreta da gênese da sociedade fundada no modo de produção capitalista, tendo como base as categorias totalidade, contradição e mediação. A totalidade reconhece que nenhum fenômeno social deve ser analisado isoladamente, visto que todas as relações sociais estão interligadas de forma dialética, relacionando pensamento e realidade, real e ideal. Porém, essas relações sociais se dão de forma contraditória, e precisam ser mediadas para se perpetuar. Por fim, essa análise para Marx, segundo Netto (2011) precisa ser feita considerando a historicidade do fenômeno analisado.

Portanto, partiu-se do método histórico dialético crítico para compreender as implicações da sociedade de classes no consumo de psicoativos, utilizando as categorias de análise historicidade, totalidade, contradição e mediação e como essas relações afetam o fenômeno das internações compulsórias. A opção por utilizar esse método de análise também se justificou pela aproximação do Serviço Social com o método marxista na construção das bases ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas da profissão.

Para cumprir com o objetivo de pesquisa proposto, foram utilizadas duas técnicas de pesquisa: teórico-bibliográfica, em que se utilizou de uma revisão de literatura para compreender os aspectos históricos, políticos e sociais relacionados ao tema e conhecer a produção de conhecimento na área e pesquisa documental, a qual realizou-se em documentos institucionais do CAPS AD Cia do Recomeço, Defensoria Pública de Santa Maria e Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria.

Optou-se pela pesquisa documental pelo fato de os documentos institucionais serem uma fonte estável de explicação da realidade e das atividades desenvolvidas nos serviços.

Além disso, levou-se em consideração a possibilidade de acesso aos documentos institucionais do CAPS AD Cia do Recomeço devido à experiência de estágio curricular realizado na instituição em 2019. A pesquisa documental é uma unidade de pesquisa que permite ter acesso a discursos e dados que contribuem para a compreensão da política (SHIROMA; CAMPOS; GARCIA, 2005). Portanto, essa avaliação foi feita em articulação com referencial teórico, a fim de associar níveis micro e macro de análise.

A pesquisa documental se desenvolveu nos seguintes documentos:

1. Institucionais: Utilizou-se os prontuários dos usuários do CAPS e os relatórios que respondem a sugestão da equipe a respeito da internação compulsória de cada usuário. Analisou-se os prontuários dos usuários atendidos no ano de 2019 no grupo da defensoria (grupo intitulado pelo CAPS AD Cia do Recomeço em que os familiares que entraram com pedido de internação compulsória na defensoria são atendidos conforme o protocolo estabelecido pelo Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental)). Este período foi determinado por ser o período em que se desenvolveu o estágio supervisionado em Serviço Social no CAPS AD Cia do Recomeço, onde se pôde acompanhar a operacionalização do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) na instituição. Para isso, criou-se um instrumento de análise para realizar o levantamento de dados na pesquisa dos prontuários (APÊNDICE A) e dos relatórios da equipe (APÊNDICE B). O instrumento de análise foi desenvolvido para atender os critérios de eficácia e eficiência e os objetivos específicos deste estudo que serão citados neste capítulo;

2. Judiciais: Utilizou-se dados da defensoria pública de Santa Maria sobre o percentual de redução da judicialização das IC, número de familiares de usuários encaminhados para atendimento no CAPS, número de internações compulsórias e usuários que aderiram ao atendimento no CAPS e dados que comparam todos os CAPS da cidade de Santa Maria. Foram consultados o Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) na íntegra e os Relatórios do projeto elaborados pela Defensoria Pública referentes ao ano de 2018 e 2019.

3. De gestão: dados da Secretaria Municipal de Saúde (Coordenação de Saúde Mental) referente ao orçamento despendido antes e depois da implementação do projeto no ano 2018 e 2019.

No que diz respeito à avaliação da eficiência, foram analisados caso a caso os desfechos das visitas domiciliares, a evolução dos atendimentos nos prontuários, e as justificativas da equipe para sugerir ou não a internação compulsória nos relatórios encaminhados à defensoria pública, a fim de atender os critérios de avaliação da eficiência. Essas questões foram levantadas com objetivo de compreender os processos de trabalho que



compõe o desenvolvimento do protocolo no CAPS AD Cia do Recomeço, bem como os aspectos que orientam a análise técnica da equipe quanto aos relatórios que são feitos para defensoria sugerindo ou não a internação compulsória. Tal análise foi feita com base na pesquisa nos prontuários e na experiência do estágio supervisionado realizado na instituição CAPS AD Cia do Recomeço em 2019.

Por fim, objetivou-se através da pesquisa nos documentos citados avaliar a eficácia do protocolo para diminuir as internações compulsórias e a eficiência do seu desenvolvimento no CAPS AD Cia do Recomeço.

Para que a estrutura da pesquisa atenda ao objetivo geral, traçou-se os seguintes objetivos específicos, que serão apontados e desenvolvidos a seguir:

a) levantar o nº de familiares de usuários encaminhados pela defensoria ao CAPS AD Cia do Recomeço para atendimento referente à internação compulsória;

Objetivou-se apreender a demanda de IC iniciada na defensoria para fins de comparação com o nº de familiares que procuraram o CAPS para atendimento conforme consta no objetivo nº 8 deste estudo e de usuários que efetivaram a IC.

b) identificar qual é o parentesco dos familiares que entram com pedido de internação compulsória que mais prevalece;

Tal objetivo foi pensado a fim de verificar qual a prevalência de parentesco dos familiares que entram com pedido de IC na Defensoria Pública, e problematizar sobre qual é o centro do cuidado dos usuários de saúde mental. Parte-se do pressuposto que para desenvolver a avaliação de um projeto, é preciso conhecer quem são os sujeitos implicados nesse processo, a fim de compreender as relações sociais que são determinantes no resultado do mesmo. Ainda, reitera-se o debate da importância da família na construção do cuidado dos usuários de saúde mental, portanto é necessário conhecer por quem é composta essa família e quais papéis cada um desempenha nesse processo de cuidado, especificamente no âmbito desse estudo em relação à solicitação de internação compulsória.

c) identificar o nº de solicitações de internações compulsórias para o CAPS AD Cia do Recomeço e comparar com o nº de usuários que efetivaram a internação;

Nesse caso, pretendeu-se verificar se ocorreu uma redução ou não das internações compulsórias efetivadas comparadas com a demanda iniciada na DP.

d) descrever as visitas domiciliares realizadas dentro do protocolo de internação compulsória, a forma de atendimento, os encaminhamentos e o desfecho do caso após a visita domiciliar;

Buscou-se evidenciar as particularidades da visita domiciliar e o seu destaque na elaboração do relatório da equipe com o posicionamento favorável ou contrário à IC, bem como, a implicação da VD no vínculo com o usuário.

e) verificar o nº de usuários que aderiram ao serviço e descrever os processos acolhimento e construção do Projeto Terapêutico Singular;

Tal objetivo refere-se aos usuários que compareceram no CAPS para acolhimento e construção do PTS e outras estratégias de cuidado, que não a internação compulsória; também pretendeu-se discutir a respeito disso os usuários que optaram pela internação voluntária ao invés da compulsória.

f) analisar os relatórios da equipe do CAPS sugerindo ou não a internação compulsória e as justificativas utilizadas;

Neste caso, buscou-se compreender em quais situações a equipe se posicionou sugerindo ou não a necessidade de uma IC e com base em quais justificativas.

g) analisar o surgimento de outras demandas e encaminhamentos para a rede dos usuários em processo judicial de internação compulsória;

Neste caso, objetivou-se compreender os encaminhamentos dos atendimentos feitos à família e aos usuários para instituições da rede socioassistencial, bem como o acesso a essas instituições para compreender melhor os casos e subsidiar o posicionamento da equipe referente a necessidade ou não de uma IC.

h) comparar o nº de familiares que iniciaram o processo judicial de IC na defensoria pública com o nº de usuários que procuraram o CAPS AD Cia do Recomeço para atendimento referente ao protocolo de internações compulsórias;

Neste objetivo esperou-se identificar possível evasão dos usuários que procuravam a defensoria para encaminhar a IC mas não chegaram a procurar o atendimento no CAPS.

i) verificar o número de familiares que desistiram do processo antes do término do protocolo;

Neste objetivo esperou-se identificar possíveis desistências de familiares que não cumpriram o protocolo até o fim, ou que não procuraram o CAPS após o encaminhamento feito na Defensoria Pública. Entende-se que o índice de evasão/desistência é importante para avaliar a adesão dos familiares no projeto, e discutir sobre os possíveis motivos que levaram esses familiares a desistir do protocolo.

j) analisar os processos de trabalho de operacionalização do protocolo no CAPS AD Cia do Recomeço.

Buscou-se analisar a forma em que foram conduzidos os atendimentos e qual a direção ético-política que a equipe utilizou na administração deste protocolo. A forma de operacionalização e os processos de trabalho que a compõe estão relacionados ao grau de eficiência do projeto analisado.

### 3.3 RESULTADOS

Nesta seção, expõem-se os dados coletados na pesquisa realizada nos documentos institucionais da DP, SMS e CAPS AD Cia do Recomeço. Iniciou-se pelos dados gerais quantitativos do Projeto Saúde - Santa Maria (Saúde Mental) coletados nos documentos da Defensoria Pública e Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, sendo que a partir desses pôde-se ter uma noção geral dos resultados obtidos desde a implantação do Projeto Saúde - Santa Maria (Saúde Mental) até a atualidade.

Por conseguinte, descreveu-se os processos de trabalhos implicados na operacionalização do Projeto Saúde - Santa Maria (Saúde Mental) no CAPS AD Cia do Recomeço, segmento desse estudo que compõe parte do seguimento qualitativo da pesquisa. Por último, realizou-se a apresentação dos dados quantitativos coletados a partir da pesquisa nos prontuários e nos relatórios do CAPS AD Cia do Recomeço, com base no instrumento de pesquisa desenvolvido (APÊNDICE A).

#### 3.3.1 Dados gerais do projeto no ano de 2019

Os dados gerais apresentados a seguir referem-se ao segundo ano de desenvolvimento do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) e são fruto da pesquisa nos seguintes documentos institucionais da Defensoria Pública: “Projeto Saúde – Santa Maria”, “Relatório Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) 2018”, “Relatório Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) 2019” “Relatório Geral - Projeto Saúde – Santa Maria Ano 2019”. Ainda, utilizou-se nesta pesquisa dados da SMS de Santa Maria referente à mudança no orçamento despendido pelo município para as IC após a implantação do projeto.

O relatório do projeto no âmbito da saúde mental reúne os resultados do projeto quanto ao ajuizamento de ações de IC de três CAPS da cidade de Santa Maria: CAPS AD Cia do Recomeço, CAPS AD Caminhos do Sol e CAPS Prado Veppo. Tal documento é desenvolvido pela DP com base em um relatório semestral exigido pela DP para ser respondido pelos CAPS, no qual consta uma listagem dos usuários que foram encaminhados

pela DP para os CAPS e a partir disso é assinalado a opção que comporta o desfecho do atendimento de cada usuário, entre elas:

- a) familiar nunca buscou o serviço;
- b) familiar procurou o serviço e o paciente não aderiu - recomendado procedimento compulsório;
- c) familiar procurou o serviço, paciente não aderiu, mas o familiar não mais compareceu;
- d) familiar procurou o serviço e o paciente está em tratamento e familiar procurou o serviço e paciente já teve alta/finalizou o tratamento.

Tais opções/critérios foram eleitos pela Defensoria Pública como forma de avaliação do projeto no âmbito das IC. A partir do preenchimento desses relatórios foram construídos pela Defensora Pública Raquel Dornelles Loy os relatórios gerais do Projeto e os relatórios do Projeto referente à saúde mental de 2018 e 2019 (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2018), (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2019b). No primeiro ano de desenvolvimento do projeto (2018), 249 usuários procuraram a DP para encaminhar IC, sendo que desses 45 não tiveram sua situação informada pelos CAPS<sup>10</sup> e 3 faleceram.

Portanto, de 201 casos analisados, foram ajuizadas apenas 65 ações para IC, ou seja, houve redução de 73,89% de ajuizamentos de IC já no primeiro ano de projeto. Já no ano de 2019 (o qual baseia-se a análise deste estudo), 347 usuários procuraram a DP para encaminhar IC, sendo que 21 não foram submetidos ao fluxo do projeto por se tratarem de demandas de usuários residentes em outros municípios ou que eram contratantes de planos de saúde particular. Desses 347, apenas 97 foram judicializados em IC. Ou seja, no ano de 2019 houve 71,88% de redução da judicialização referente à IC. Numa primeira análise, conclui-se que houve aumento do número de judicializações de IC em 2019 comparado a 2018. Porém, considerando que a procura/demanda por IC aumentou 42,51% e o percentual de redução de ajuizamentos se mantém com pouca alteração, pode-se concluir que o projeto continua cumprindo com seu objetivo de redução das ações de IC no município de Santa Maria.

Portanto, constata-se diante dos dados dos relatórios da DP que o projeto vem sendo eficaz quanto ao seu objetivo de redução dos ajuizamentos referente às internações compulsórias. No entanto, há uma disparidade dos dados constantes nos relatórios da defensoria pública para os dados coletados mediante a pesquisa no CAPS AD Cia do

---

<sup>10</sup> Não há justificativa no Relatório da Defensoria Pública sobre os motivos desses usuários que não tiveram situação informada pelos CAPS.

Recomeço, sendo que tais dados podem comprometer o grau de eficácia do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental). Essa reflexão será desenvolvida na seção de análise dos dados.

Quanto ao resultado obtido por cada CAPS, em especial, o CAPS AD Cia do Recomeço o qual optou-se por desenvolver a análise deste trabalho, os resultados são reunidos conforme relatório solicitado pela Defensoria Pública a partir dos usuários encaminhados para cada CAPS:

Tabela 1 - Relatório por CAPS Projeto Saúde ano 2018

	<b>Total de pacientes</b>	<b>Familiar nunca compareceu</b>	<b>Recomendada Compulsória</b>	<b>Paciente não aderiu familiar e não retornou</b>	<b>Paciente aderiu voluntariamente</b>	<b>Falecido</b>
<b>CIA do Recomeço</b>	80	11	11	20	<b>37</b>	1
<b>Caminhos do Sol</b>	77	24	25	13	<b>13</b>	2
<b>PRADO VEPP*</b>	47	17	7	11	<b>12</b>	0
<b>TOTAL</b>	204	52	43	44	<b>62</b>	3

Fonte: Defensoria Pública de Santa Maria/RS, 2018

Tabela 2 - Relatório por CAPS Projeto Saúde ano 2019

	<b>Total de pacientes</b>	<b>Familiar nunca compareceu</b>	<b>Recomendada Compulsória</b>	<b>Paciente não aderiu e familiar não retornou</b>	<b>Paciente aderiu voluntariamente</b>	<b>Paciente faleceu</b>
<b>CIA do Recomeço</b>	135	50	15	43	<b>26</b>	<b>1</b>
<b>Caminhos do Sol</b>	134	23	38	26	<b>46</b>	<b>1</b>
<b>PRADO VEPO * transtorno mental</b>	57	21	23	6	7	0
<b>TOTAL</b>	326	94	76	75	79	2

Fonte: Defensoria Pública de Santa Maria/RS, 2019

Além dos dados consultados através dos relatórios da Defensoria Pública, foram disponibilizados pela SMS de Santa Maria (Superintendência de Saúde Mental) dados referentes ao orçamento despendido pelo município para cada IC e as diferenças obtidas com a redução mencionada. Segundo a SMS de Santa Maria (Superintendência de Saúde Mental)<sup>11</sup> uma internação compulsória custa em torno de R\$9.000,00 para o município (custo do leito psiquiátrico em hospital geral mensal e os custos processuais), neste caso não estão sendo incluídos gastos com transporte, estagiários, entre outros. Nesse sentido, no primeiro ano de andamento do projeto resultou na economia de em torno de R\$1.656.000,00 (184 usuários que entraram com solicitação de IC mas não efetivaram x R\$9.000,00 valor médio da IC para o município), sendo que no segundo ano a economia foi ainda maior, aproximadamente R\$1.890.000,00 (210 usuários que entraram com pedido de IC mas não efetivaram x R\$9.000,00 valor médio da IC para o município).

<sup>11</sup> O acesso a esses dados deu-se através de consulta com a Superintendente de Coordenação de Saúde Mental de Santa Maria, em 2020.

### **3.3.2 Descrição da operacionalização do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) com base na experiência de estágio**

A operacionalização do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) no CAPS AD Cia do Recomeço iniciou-se desde a participação da equipe nas reuniões de idealização do projeto junto à Defensoria Pública. A instituição, conforme já exposto, construiu sua identidade amparada na concepção da Redução de Danos que preconiza a preservação da vida e da autonomia dos usuários, portanto sempre posicionou-se contra medidas autoritárias e contrárias aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, como a internação compulsória.

Desde então, firmou-se o compromisso com a operacionalização do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) para que se tenha a redução do número de IC no município, bem como a oferta de um serviço de qualidade no CAPS AD Cia do Recomeço como alternativa à IC. Então, a equipe se organizou e destinou um dia e um horário para os atendimentos referentes aos familiares/usuários encaminhados pela Defensoria Pública a respeito das IC. Posteriormente, criou-se um grupo, realizado na terça-feira de manhã, com os familiares encaminhados pela DP. A ideia de um grupo foi pactuada pela equipe, em primeiro lugar, para estabelecer um ambiente de acolhimento coletivo a esses familiares, para que os mesmos pudessem compartilhar suas demandas e, a partir disso, ser construído um processo de reflexão sobre a eficácia das internações compulsórias e de como essa medida seria útil ou não para o usuário em questão no determinado momento.

Buscou-se através desse grupo, explicar novamente como funciona a internação compulsória e em quais casos ela é indicada, conhecer e compreender a história de cada família/usuário, identificar outras demandas que possam ser atendidas através do atendimento intersetorial com outras instituições da rede socioassistencial, e, principalmente, estabelecer um espaço de acolhimento e escuta desses familiares que, muitas vezes, se encontram em estado de exaustão, ansiedade, desespero e sobrecarga (ROSA, 2009). A equipe tem autonomia para realizar atendimentos individuais com os familiares caso ache necessário para compreender melhor as demandas da família e oferecer um atendimento mais integral.

O grupo realizado com os familiares que são encaminhados da DP para o CAPS AD, chamado “Grupo da Defensoria”, sempre teve atuação dos profissionais de Serviço Social e Psicologia. Durante os encontros, em primeiro lugar, os profissionais da equipe evidenciam diversas vezes a burocracia que é a judicialização da internação (no que tange a demora e as etapas) e o aspecto autoritário da mesma (usuário é obrigado a ir, podendo se utilizar de força policial, se for o caso).

Além do mais, é feita a escuta do familiar a respeito dos motivos que o levaram entrar com pedido de ajuizamento de uma internação e, posteriormente, questiona-se se o usuário em questão tem ciência do andamento desse processo. Uma exigência estabelecida pela equipe do CAPS AD Cia do Recomeço é que a família comunique ao usuário sobre o processo que se iniciou da Defensoria Pública para IC. Isso faz com que seja preservado o direito à informação a respeito das possibilidades terapêuticas, e o direito à escolha de alternativa de tratamento, conforme consta na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2006).

Além disso, quando a família não informa o usuário do processo de IC iniciado pela própria, e acontece a efetivação da IC, isso pode comprometer a vinculação do usuário no CAPS AD enquanto instituição referência, pelo fato de não saber quem tomou a iniciativa do pedido de IC. Azevedo (2016) relata essa situação em sua pesquisa ao entrevistar usuários que experienciaram a internação compulsória, e além dos mesmos serem submetidos a uma situação autoritária e, muitas vezes, violenta que é a internação compulsória, muitos não sabiam quem foi que iniciou com o processo de IC, quando e sob quais motivos. É importante que o usuário esteja ciente de todas as etapas do protocolo referente à IC, mesmo em casos em que a equipe sugere a internação compulsória, que o mesmo saiba os motivos e o empenho que foi despendido pela equipe do CAPS até chegar nessa medida.

Na sequência, apresenta-se ao familiar o serviço e como é o seu funcionamento, a fim de oportunizar outras alternativas de cuidado que não a internação compulsória. O profissional da equipe que realiza o acolhimento questiona ao familiar qual é a percepção do usuário a respeito da sua situação de saúde, como ele enxerga o uso de psicoativos em sua vida, e qual a possibilidade do usuário comparecer ao CAPS AD Cia do Recomeço para um acolhimento ou recolhimento, nos casos já referenciados.

Por fim, utiliza-se a visita domiciliar, geralmente após os cinco encontros estabelecidos pelo fluxo do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) ou antes, se a equipe julgar necessário. Durante a Visita Domiciliar a equipe tem a oportunidade de acessar o usuário (quando o mesmo é encontrado), conversar sobre o processo em andamento de IC e sobre quais percepções o mesmo tem a respeito da internação compulsória, bem como de outras alternativas de cuidado que podem ser adotadas. Novamente, o usuário é convidado a conhecer e participar das atividades do CAPS, conforme sua demanda e suas preferências<sup>12</sup>. É

---

<sup>12</sup> O CAPS AD Cia do Recomeço desenvolveu em 2019 com inúmeras oficinas, inclusive com um movimento de geração de trabalho e renda através da criação de artesanatos, serigrafia, etc.



o momento em que a equipe consegue apreender a realidade do usuário e da família para que seja feita uma avaliação ampliada e crítica a respeito.

Por fim, após essas etapas, os profissionais responsáveis pelo “Grupo da Defensoria” se reúnem com a equipe para discutir os casos e pactuar qual a percepção da equipe a respeito da necessidade ou não de IC para cada situação, bem como, outras ações de articulação multiprofissional e intersetorial que possam ser feitas para que ocorra um atendimento de qualidade à esses usuários.

Entende-se que a equipe do CAPS AD Cia do Recomeço atua na operacionalização do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental), principalmente, estabelecendo uma mediação entre o usuário, a família e a justiça, pois empenha-se em considerar a autonomia e direito à informação do usuário, acolher as demandas da família e compartilhar o cuidado em saúde mental de forma a diminuir a sobrecarga vivenciada pela mesma, além de assessorar a justiça no que tange à determinação ou não da internação compulsória, com base nos relatórios construídos. Nesse sentido, o CAPS AD atua em cooperação com a Defensoria Pública, para efetivar a diminuição do número de internações compulsórias no município de Santa Maria, através da oferta do atendimento ambulatorial de qualidade sob a ótica da Redução de Danos.

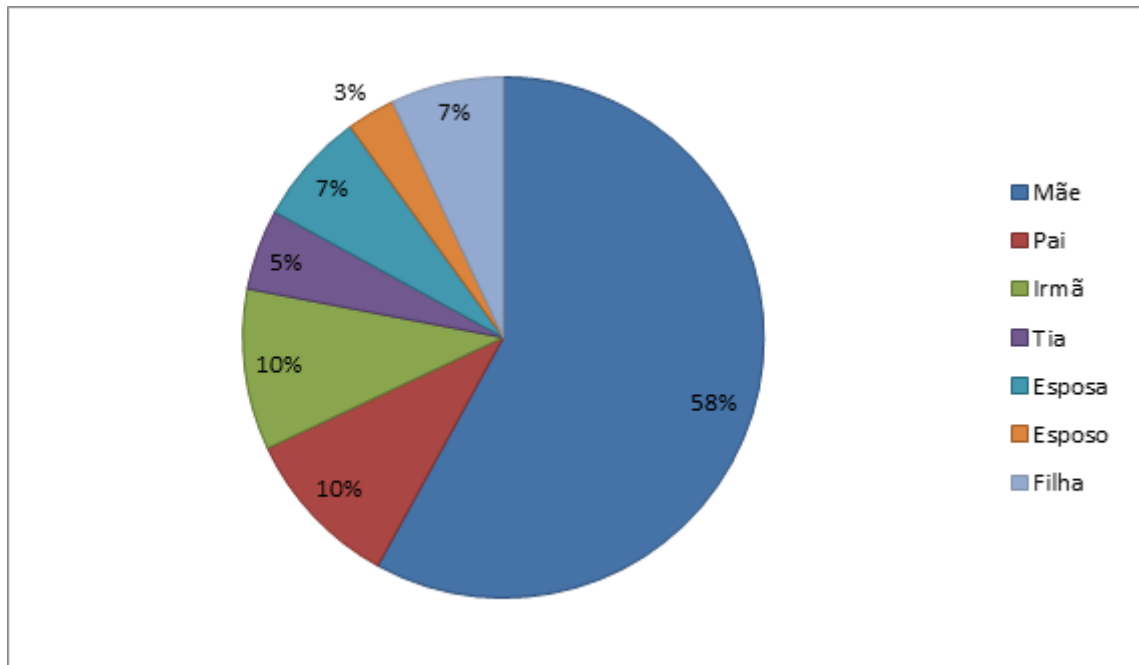
### **3.3.3 Dados quantitativos obtidos através da pesquisa nos prontuários e relatórios do CAPS AD Cia do Recomeço**

Quanto à pesquisa realizada nos prontuários do CAPS AD Cia do Recomeço, o levantamento de dados será apresentado com base na ordem de categorias contidas no instrumento de trabalho utilizado para a pesquisa (APÊNDICE A). No ano de 2019, foram atendidos no CAPS AD Cia do Recomeço um total de quarenta e seis (46) usuários que acessaram o CAPS encaminhados pela DP para andamento da solicitação de IC. Porém, no presente momento da pesquisa somente quarenta e um (41) prontuários foram encontrados na instituição e, portanto, avaliados. Diante disso, os dados serão descritos a seguir a partir das seguintes categorias:

#### **A) Familiar (parentesco) que entrou com pedido de IC:**

Dos 41 prontuários analisados, 4 foram solicitados através da irmã (10%), 3 foram solicitados através da filha (7%), 4 através do pai (10%), 3 através da esposa (7%), 1 através do esposo (3%) e 2 por tias (5%) e 24 através da mãe (58%). Portanto, o maior índice de parentesco das solicitações analisadas foi de mãe, conforme apresentado no gráfico abaixo:

Gráfico 1 - Parentesco dos familiares que entraram com pedido de IC em 2019



Fonte: Elaborado pelo autor

B) O usuário já tinha prontuário no serviço?

Dos 41 prontuários analisados, 29 usuários já possuíam prontuário e vinculação no serviço (CAPS) (71%) e 12 nunca tinham acessado o CAPS anteriormente (29%)

C) Já internou compulsoriamente?

Dos 41 prontuários analisados, 8 (20%) já internaram de forma compulsória outras vezes, sendo que um desses sete internou mais de uma vez de forma compulsória. Ainda, 33 usuários (80%) nunca tinham experienciado uma IC.

D) Número de encontros do protocolo que o familiar compareceu:

Dos 41 prontuários analisados, 7 familiares compareceram nos 5 encontros (17%), 4 familiares compareceram em 4 encontros (10%), 8 familiares compareceram em 3 encontros (19%), 12 familiares compareceram em 2 encontros (29%) e 10 familiares compareceram em somente 1 encontro (24%). Nesse sentido, 7 familiares cumpriram o protocolo os 5 encontros e visita domiciliar.

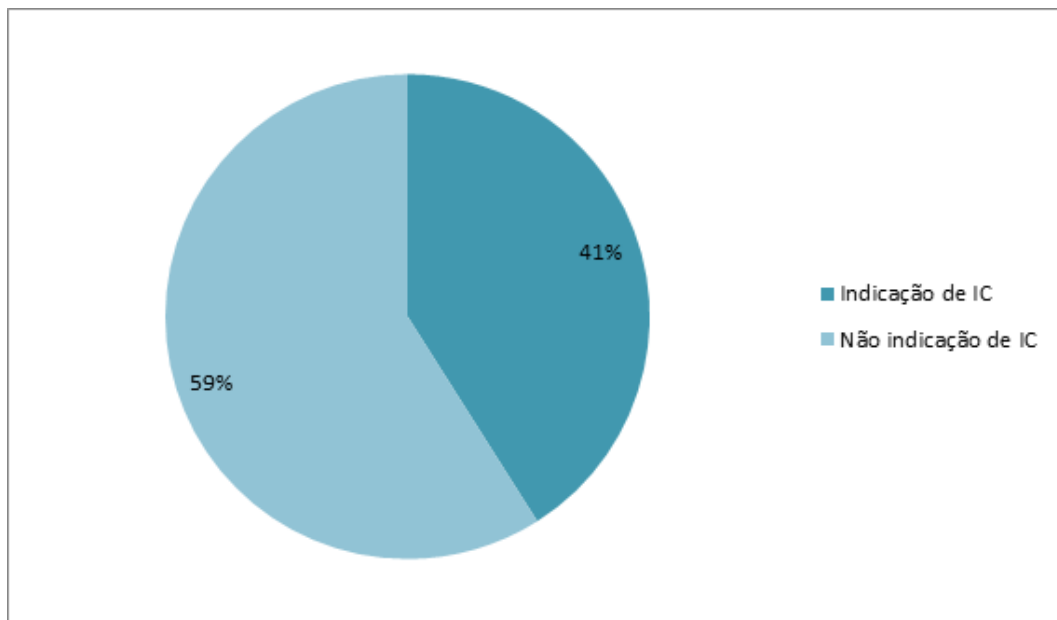
E) Visita domiciliar: dos 41 usuários analisados, 24 tiveram tentativas de VD pela equipe (59%), enquanto que 17 não tiveram VD (41%).

F) Usuários que compareceram no CAPS para acolhimento:

Dos 41 prontuários analisados, 29 (49%) usuários compareceram no CAPS para pelo menos um atendimento/acolhimento. Desses, 9 efetivaram a construção do PTS, ou seja, 45% de 20. Ainda, dos 41 prontuários analisados, 21 não compareceram para acolhimento (51%).

G) Quanto aos relatórios da equipe: Dos 41 relatórios analisados, 17 (41%) usuários foram indicados para IC pela equipe e 24 (59%) usuários foram apontados pela equipe como não tendo necessidade de uma IC. Os dados foram representados no gráfico abaixo:

Gráfico 2 - Posicionamento da equipe nos relatórios quando a indicação de IC



Fonte: Elaborado pelo autor

#### **4 AVANÇOS E LIMITAÇÕES DO PROJETO SAÚDE SANTA MARIA (SAÚDE MENTAL)**

Desenvolveu-se, neste capítulo, a discussão dos dados coletados e, na sequência, a avaliação da eficácia e eficiência do Projeto Saúde - Santa Maria (Saúde Mental), de acordo com os critérios de avaliação estipulados e com os objetivos deste estudo.

##### **4.1 ANÁLISE DOS DADOS QUANTO A EFICÁCIA DO PROJETO A PARTIR DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA PESQUISA**

Iniciou-se a análise deste estudo a partir dos objetivos específicos que respondam o objetivo geral quanto à avaliação da eficácia do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) a respeito da redução do nº de IC. Os objetivos específicos 1, 8, 3 propunham uma comparação entre os usuários que iniciaram o pedido de IC na DP e foram encaminhados para o CAPS AD Cia do Recomeço, os usuários que compareceram no referido CAPS para atendimento e os usuários que realmente efetivaram a IC. No entanto, há uma disparidade de dados constantes no Relatório da Defensoria Pública (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2019b), e os dados levantados nos prontuários do CAPS AD Cia do Recomeço. Não se sabe, portanto, em qual instância houve essa limitação que ocasionou essa disparidade de dados. Como aqui neste estudo não se propôs avaliar detalhadamente os documentos e processos de trabalho utilizados pela Defensoria Pública, e sim a operacionalização do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) no CAPS AD Cia do Recomeço, optou-se por utilizar nesse caso os dados levantados a partir da pesquisa realizada nos documentos e prontuários do referido CAPS do ano de 2019, conforme tabela abaixo:

Tabela 3 - Resultados da pesquisa e objetivos específicos

Objetivo específico 1	<b>Levantar o nº de familiares de usuários encaminhados pela defensoria ao CAPS AD Cia do Recomeço para atendimento referente à internação compulsória</b>	Familiares/usuários encaminhados
		98
Objetivo específico 8	<b>comparar o nº de familiares que iniciaram o processo judicial de IC na defensoria pública com o nº de usuários que procuraram o CAPS AD Cia do Recomeço para atendimento referente ao protocolo de internações compulsórias</b>	Familiares/usuários que procuraram o CAPS
		46
Objetivo específico 3	<b>identificar o nº de solicitações de internações compulsórias para o CAPS AD Cia do Recomeço e comparar com o nº de usuários que efetivaram a internação</b>	Usuários em que foi indicado IC
		17

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nesse sentido, partindo da hipótese que dos 98 familiares/usuários que iniciaram o protocolo na DP para ajuizamento da IC somente 17 foi indicado necessidade de IC, houve uma redução de 83% do ajuizamento das ações encaminhadas pela DP ao CAPS AD Cia do Recomeço em 2019, e pode-se concluir que o projeto é eficaz no que tange à redução do número de IC. Porém, não há garantia de que esses usuários que não internaram de forma compulsória (considerando os usuários que procuraram o CAPS para atendimento e a equipe não reconheceu necessidade de IC, bem como, aqueles usuários que nunca procuraram) não internaram de forma compulsória por outra via, seja ela por contratação de um advogado para “facilitar” que ocorra a IC seja ela por mediação de algum líder religioso ou uma Comunidade Terapêutica (que em muitos casos possuem altas exigências da família para a internação do usuário como roupas, alimentação, pagamento de uma taxa/mensalidade, etc).

O fato de não haver uma investigação desses motivos deixa em aberto o grau de eficácia do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental), mesmo afirmando que o projeto é exitoso na redução do número de IC somente pela criação do fluxo estabelecido, pois anterior ao projeto praticamente todos os casos de solicitação de ajuizamento de IC na DP culminavam na efetivação da internação compulsória. Portanto, de um ponto de vista amplo, o Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) é eficaz na redução do número de IC no CAPS AD Cia do Recomeço.

Ainda, há outros dois aspectos analisados a partir da coleta de dados realizada nos prontuários que podem indicar a eficácia do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental). O primeiro está relacionado ao item do instrumento de trabalho utilizado na pesquisa nos prontuários que questiona se o usuário cujo familiar entrou com pedido de IC já era referenciado no serviço e, dos prontuários analisados, 29% nunca haviam acessado o CAPS. Essa porcentagem, mesmo que menor em relação aos usuários que já eram referenciados no serviço apresenta uma população que sem a instauração deste projeto provavelmente não teriam acesso ao CAPS AD como outra alternativa de cuidado que não a internação forçada, ou seja, não teriam a oportunidade de realizar um tratamento em liberdade, pautado no acolhimento e estabelecimento de vínculos para além de um contexto de internação, mas em todas as etapas/processos do cuidado do usuário.

Por outro lado, percebe-se a importância do referido projeto na medida em que 71% usuários já eram vinculados no CAPS, ou seja, a equipe provavelmente já tinha contato com a história de vida desse usuário e vínculo com o mesmo e com a família, fator que os dá maiores subsídios para realizar um parecer técnico a respeito da necessidade ou não de uma IC. Cabe evidenciar que sem a existência de tal projeto a maioria desses usuários, mesmo já sendo referenciados e acolhidos no CAPS, eram internados compulsoriamente sem um atendimento e parecer da equipe multiprofissional no CAPS de sua referência. Ou seja, o projeto possibilitou um outro direcionamento de cuidado ambulatorial em liberdade, fato que culminou na redução do número de IC.

Outra questão a ser destacada é que 20% dos prontuários analisados serem de usuários que já experienciaram uma ou mais IC, sendo que alguns passaram pelo processo de IC no mesmo ano em que o familiar havia entrado com outro pedido na defensoria. Esse índice, mesmo que inferior comparado ao número de usuários que nunca internaram de forma compulsória, pode corroborar a hipótese levantada neste trabalho da ineficácia da IC no cuidado em saúde mental dos usuários de psicoativos na medida em que há uma recorrência da mesma em espaços de tempo pequenos. Além disso, tal percentual mostra o quanto esse dispositivo na atualidade vem perdendo seu caráter de exceção, conforme discutido no capítulo anterior. Diante disso, reitera-se a importância do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) como uma iniciativa que objetiva a redução do nº das IC a partir do entendimento de que a judicialização das demandas de saúde interfere negativamente no acesso à saúde de qualidade e de forma integral.

## 4.2 ANÁLISE DOS DADOS QUANTO A EFICIÊNCIA DO PROJETO A PARTIR DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA PESQUISA

a) economia de recursos de modo geral:

Se a análise da eficiência feita neste estudo considerasse apenas a economia de recursos a partir da aplicação do projeto, indicar-se-ia sem dúvidas que o projeto foi eficiente. No entanto, entendendo eficiência com base em Cohen e Franco (2004), os quais consideram que eficiência não é somente economia de recursos, mas a sua relação com os benefícios obtidos na ação em que se avalia, ou seja, quais atividades foram utilizadas para chegar neste produto e o que será feito no futuro a partir do resultado que se obteve.

Nesse sentido, apesar do município de Santa Maria/RS ter experimentado uma economia de aproximadamente R\$1.890.000,00 no que tange a redução do número de IC a partir da implementação do projeto, questiona-se quais ações foram feitas a partir desse recurso que foi economizado e em qual direção/entendimento de cuidado em saúde as mesmas foram implementadas. Portanto, a respeito da economia de recursos apresenta-se a seguinte questão: Como e em que dimensão esse recurso economizado pelo município foi despendido em ações de fortalecimento da RAPS e aprimoramento dos CAPS (nesse campo se inserem investimentos em infraestrutura, educação permanente e recursos humanos nos CAPS, em ações territoriais, investimentos em apoio matricial com a atenção básica e outras instituições da rede, entre outros)?

Em que medida, em um contexto de subfinanciamento e sucateamento das políticas sociais, em especial a saúde e de emergência das políticas neoliberais esse projeto, na medida em que propiciou economia de recursos para o poder executivo, está contribuindo ainda mais para o sucateamento da RAPS e dos serviços ambulatoriais?

Partindo do pressuposto de que o Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) além de objetivar reduzir o número de judicializações em saúde, também objetivou contribuir para o acesso à saúde de qualidade, a partir de serviços resolutivos, que garantam a qualidade de vida da população (DEFENSORIA PÚBLICA, 2017), o que está sendo feito para a concretização desses objetivos?

Tais questionamentos relacionam-se com a experiência vivida em 2019 a partir do estágio supervisionado em Serviço Social no CAPS AD Cia do Recomeço, por meio do qual se pode perceber o constante desinvestimento e sucateamento do CAPS, a partir da redução de recursos materiais para oficinas, refeições para os usuários - que é previsto pela Portaria

336/MS (BRASIL, 2002) - transporte para realização de visitas domiciliares, de ações no território e apoio matricial, entre outras questões.

Questiona-se a contradição dessa realidade de sucateamento do CAPS vivenciada no mesmo ano em que o município economizou R\$1.890.000,00 no âmbito do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental). Compreende-se também, que essa realidade não pode ser analisada somente do ponto de vista local, pois está dentro de uma conjuntura de ascensão do neoliberalismo, de flexibilização, desregulamentação e privatização dos direitos sociais a partir da crise do capital (NETTO, 2012), e de transferência da responsabilidade do Estado quanto às políticas sociais para instituições da sociedade civil, que no âmbito do atendimento à usuários de substâncias psicoativas que demandam cuidados de saúde, são representadas pelas Comunidades Terapêuticas.

Portanto, quanto a avaliação da eficiência do referido projeto a partir do critério de redução de custos, entende-se que essa eficiência é relativa, pois apesar da considerável economia de recursos obtidos com a redução das internações compulsórias, não se identifica nitidamente ações e investimentos que potencializem a RAPS, em especial os CAPS.

b) quem são os familiares? Prevalência de parentesco/gênero:

Ao discutir sobre os familiares que estão implicados nesses processos de cuidado e de adoecimento junto com os usuários, que no âmbito deste estudo são os que na maioria das vezes externalizam a demanda de IC, emerge o questionamento contido no 2º objetivo específico deste trabalho: identificar qual é o parentesco dos familiares que entram com pedido de internação compulsória que mais prevalece. Conforme os resultados da pesquisa nos prontuários consultados, o maior índice de parentesco dos familiares que solicitam IC são mães (58%). Tal índice demonstra uma significativa disparidade no que diz respeito a quem da família está assumindo o cuidado do usuário com demandas de saúde mental. Há portanto, uma questão de gênero implicada neste resultado, que se acentua mais quando observarmos que dos familiares que solicitaram IC em 2019 só há dois familiares do sexo masculino (pai, com 10% e esposo, com 3%) enquanto que os outros familiares são todos do sexo feminino (mãe, irmã, esposa, filha).

Pegoraro e Caldana (2008) apresentam inúmeros estudos que constataam que as mulheres são as principais representantes da esfera dos cuidados em saúde mental, como mães, avós, irmãs e esposas. Além disso, tais autores apontam pesquisas que comprovam que a maioria dos usuários sob cuidado dessas mulheres são do sexo masculino, jovens e solteiros. Ainda, Kantorski (2012), ao pesquisar o perfil dos familiares cuidadores de usuários de CAPS do sul do Brasil demonstrou que a maioria são mulheres, brancas, com média de idade de 49,2



anos, com ensino fundamental incompleto, casadas e com filhos. Quanto ao grau de parentesco a superioridade foi de mães, seguidas pelas irmãs e filhas, verificou-se ainda que a maioria não desempenhava atividade profissional remunerada e cuidava sozinha do familiar com transtornos mentais.

Batista (2013) analisou a sobrecarga objetiva e subjetiva dos cuidadores de usuários com transtorno mental sob a perspectiva de gênero e os resultados da pesquisa indicam que as mulheres cuidadoras apresentavam mais sobrecargas objetivas em aspectos como comportamentos problemáticos dos pacientes, frequência de ajuda no asseio corporal do paciente, na realização das tarefas domésticas, no preparo da alimentação do paciente, na tarefa de fazer o paciente ocupar o seu tempo, frequência de supervisão dos comportamentos heteroagressivos ou ingestão exagerada de bebidas alcoólicas e não poder dedicar sua atenção aos demais membros da família. No que tange à sobrecarga subjetiva, que são os níveis de incômodo e preocupações em relação ao cuidado do usuário os cuidadores dos dois gêneros são atingidos igualmente. No que tange a solicitação de internação, “as mulheres chefes de família são aquelas que mais buscam pela internação psiquiátrica, como forma de dividir com o Estado o provimento de cuidado à pessoa com transtorno mental” (ROSA, 2009 apud VASCONCELOS, 1992).

Portanto, tais autores desenvolveram pesquisas cujo resultados vão de encontro com os resultados encontrados neste estudo.

Este fenômeno é expressão de uma sociedade patriarcal em que atribui papéis diferentes à homens e mulheres e relações estruturais de discriminação, violência e desigualdade entre os sexos. Segundo Carvalho (2008), é nessa estrutura de organização social que há uma divisão sexual do trabalho e são atribuídos aos homens papéis relacionados ao público (trabalho empresarial, cargos de gestão, profissões reconhecidas socialmente) e às mulheres papéis relacionados ao privado (tarefas domésticas e tarefas ou profissões relacionadas ao cuidado). Em cima desse estereótipo são construídas ideologias para justificar a possível “identificação” ou “propensão” das mulheres para tarefas e profissões ligadas ao cuidado. Diante disso, entende-se que a incorporação das mulheres nas tarefas de cuidado é uma questão histórica e estrutural e não biológica, tornando-se necessário a desnaturalização dessas relações, pois o ato de cuidar é parte inerente do ser humano, não havendo relação com sexo ou identidade de gênero (ROSA, 2009).

É preciso compreender os prejuízos que essa construção social atribui para as mulheres cuidadoras, que conforme Rosa (2009) vivenciam situações de perda da individualidade, sentimento de culpa, dificuldade de transferir a função de cuidado para outra

pessoa ou instituição, sobrecarga e dupla jornada (no caso das mulheres que além de prover o cuidado são chefes de família), idade avançada (necessitam também de cuidados), dificuldade de estabelecer limites e exercer autoridade, secundarização da própria saúde em detrimento do cuidado do outro e solidão.

Sendo assim, é emergente que haja a inclusão do conceito de gênero nas práticas assistenciais (ROSA, 2009), sendo indispensável o olhar crítico dos profissionais que atuam no acolhimento dessas mulheres na condição de cuidadoras para problematizar a construção social do cuidado como atividade feminina e contribuir para minimizar a sobrecarga vivenciada por essas mulheres.

No caso da saúde mental, conforme Pegoraro e Caldana (2008), com a reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização houve um aumento da exigência da atuação da família no cuidado dos usuários e isso significou o aumento da sobrecarga das mulheres cuidadoras. Segundo Rosa (2009), após os movimentos de desinstitucionalização construiu-se um entendimento do senso comum de que a família naturalmente se tornaria habilitada para prover os cuidados aos usuários de saúde mental, desconsiderando a complexidade que envolve o trabalho de cuidar de usuários com transtornos mentais ou em sofrimento decorrente do uso de substâncias psicoativas. Ainda, segundo a autora (ROSA, 2009), em um contexto de crise da materialidade das políticas sociais, ocorre a tendência de devolução de funções formalizadas como dever do Estado, para a família, de forma camuflada através da baixa qualidade dos serviços prestados e do sucateamento dos serviços públicos.

Portanto, reitera-se a necessidade de construir um cuidado em conjunto entre os serviços de saúde mental, rede socioassistencial, usuário e família. É necessário envolver a família não só com fonte de informações sobre o usuário, mas como categoria envolvida no processo de adoecimento e necessária para a produção de cuidado do usuário. Além disso, é preciso considerar o processo de adoecimento vivenciado por essas cuidadoras causado pela sobrecarga do cuidado desses usuários, que como se não bastasse, é associado a outras expressões da questão social como pobreza, desemprego, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, entre outros.

c) quantidade de familiares/ usuários que cumpriram os cinco encontros no CAPS AD  
Cia do Recomeço:

O número de familiares que cumpriram o protocolo até o fim (cinco encontros e visita domiciliar) indica o grau de qualidade dos serviços prestados no âmbito do projeto no sentido de oferecer um acolhimento que realmente atenda às necessidades de saúde da família e do usuário, bem como outras necessidades como de assistência social, demandas jurídicas,

acesso à habitação, entre outras. Além disso, evidencia o comprometimento dos familiares com os cuidados do usuário e do tratamento.

Nesse sentido, o número de familiares que cumpriram com as atividades propostas pelo protocolo do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) é baixo, visto que apenas 22% dos familiares cumpriram. Esse indicador, somado ao número de familiares que desistiram do protocolo antes do final ou que nunca procuraram o CAPS para atendimento após encaminhamento da Defensoria aponta para questionamentos a respeito de como e em que grau as famílias e usuários estão tendo suas necessidades atendidas a partir da implantação deste projeto. Entende-se que não basta somente diminuir o indicador de IC no município, mas também entender como isso está sendo feito e o que acontece com esses usuários e familiares que externalizaram uma demanda de saúde mental, que talvez não seja um caso para internação compulsória, mas um caso que precise de um acolhimento de qualidade e da construção de um cuidado efetivo.

Pode-se pensar que esses familiares entenderam, após explanações na DP e no CAPS AD, que a demanda do usuário não exige uma internação compulsória, e por esse motivo não cumpriram com o protocolo até o fim. Pode-se também pensar no índice de usuários que compareceram no CAPS para acolhimento e/ou construção de PTS, ou que acabaram solicitando uma internação voluntária.

- d) quantidade de familiares/usuário que desistiram do protocolo antes do término e que não procuraram o CAPS após o encaminhamento da Defensoria Pública:

Dando seguimento a essa discussão, e em consonância com o 9º objetivo específico deste estudo que diz respeito ao nº de usuários que desistiram do protocolo antes do final, tenta-se compreender o grau de eficiência do projeto analisado a partir dos dados obtidos a respeito, em que 78% dos usuários/familiares desistiram ou não cumpriram o protocolo até o fim. Como se não bastasse, a situação se agrava quando analisada no âmbito geral do projeto, dos familiares/usuários que após o encaminhamento da Defensoria Pública para os CAPS, nunca os procuraram.

No ano de 2019, segundo Relatório da Defensoria pública, 29,44% dos usuários que entraram com pedido de IC não procuraram os CAPS para atendimento. A Defensoria Pública já havia demonstrado preocupação com esse índice no relatório de 2018, mantendo-se no relatório de 2019. Diante disso, partindo da avaliação da eficiência quanto aos meios para atingir a redução do número de IC, questiona-se: O que acontece com esses familiares/usuários que mesmo que não efetivaram a IC, não tiveram suas demandas de saúde atendidas? Quais os fatores que podem estar por trás dessa desistência/evasão? Como os

CAPS, SMS e DP de Santa Maria podem intervir para que além desses usuários não internarem compulsoriamente os mesmos sejam acolhidos e tenham suas demandas de saúde atendidas?

Entende-se que há outras questões transversais ao cuidado em saúde mental que podem influenciar nesse dado, como por exemplo a questão socioeconômica dos familiares (questão que por conta dos limites estabelecidos por esse estudo e pelos documentos consultados não pode-se desenvolver), como falta de recurso para deslocamento até o CAPS durante os cinco encontros, dificuldade de comparecimento no atendimento em horário comercial por questões de trabalho, entre outros. Compreende-se também a sobrecarga e exaustão vivenciada pelos familiares cuidadores de usuários com transtorno mental ou em sofrimento decorrente do uso de psicoativos (ROSA, 2009), o que pode contribuir para a desistência do familiar no andamento do protocolo.

Por um lado, percebe-se que essa desistência é favorável aos resultados do projeto, pois são internações compulsórias que não são efetivadas (seja pelo entendimento de que não há necessidade de tal ou não). Por outro lado, questiona-se o que acontece com essas famílias que procuram a Defensoria Pública para ajuizar uma internação, como ficam suas demandas relacionadas ao cuidado do usuário, visto que, com base na experiência de estágio, não há um retorno realizado para esses usuários e familiares que desistem do protocolo por parte da equipe. É preciso atentar para a tendência atual apontada por Rosa (2009) de devolução dos deveres do Estado para a família, como resposta ao contexto de crise da materialidade das políticas sociais. Entende-se que esse não é o objetivo do Projeto Saúde - Santa Maria (Saúde Mental), mas que o considerável índice de desistência dos familiares em relação ao protocolo estabelecido pelo pode configurar apenas a devolução da responsabilidade do Estado em garantir a saúde e outras políticas, para a família.

e) encaminhamentos para a rede socioassistencial:

Dos 41 prontuários analisados, 30 (73%) não constaram articulação com a rede socioassistencial durante os atendimentos do protocolo e 11 usuários/familiares foram encaminhados para outras instituições da rede (23%). Dos 11 encaminhamentos, 4 foram para o Conselho Tutelar, com demandas de usuários menores de idade, a fim de traçar um plano de ação intersetorial ou situações de negligência familiar do usuário (pai ou mãe) para com filhos (dificuldade de administrar cuidado, abandono, etc). Ainda, 1 encaminhamento foi feito para atendimento psicológico em uma universidade que presta ações de extensão para a comunidade, 1 encaminhamento para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), por questões de urgência e emergência quanto a gravidade do caso clínico do usuário e 1 encaminhamento

para a Assistência Social, para vincular a família ao Centro de Referência a Assistência Social (CRAS) e acessar benefícios e programas de tal política como, por exemplo, o Bolsa Família. 2 usuários foram encaminhados para Unidade Básica de Saúde (UBS), a fim de estabelecer a vinculação com a Atenção Básica para construir um cuidado em conjunto com o cuidado territorial oferecido pela UBS. Por fim, houve 2 encaminhamentos para atendimento de demandas sociojurídicas e de segurança pública, através de situações de furtos e violência e de violência contra mulher, além de ter sido feita a notificação da violência e encaminhamento para assistência judiciária gratuita oferecida pela Universidade Federal de Santa Maria.

Entende-se a importância de uma articulação intersetorial para que se tenha um cuidado integral que atenda a todas as necessidades do usuário e da família, sendo a integralidade um princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990). Somente com a articulação dos serviços da rede socioassistencial é possível a construção de intervenções que atendam a complexidade das demandas de saúde mental, principalmente no que tange ao consumo de psicoativos. É preciso retomar a ideia de que o consumo de psicoativos é um fenômeno multideterminado da sociedade capitalista (BRITES, 2017a) e, portanto, a contradição capital-trabalho e suas expressões como desemprego, violência, pobreza, falta de moradia, entre outros influenciam na saúde das pessoas, principalmente, na saúde mental e na relação da sociedade com as substâncias psicoativas.

Portanto, aponta-se não só em relação à eficiência do projeto analisado, mas do ponto de vista da saúde de modo geral, é imprescindível e urgente que haja uma maior articulação das demandas dos usuários com a rede socioassistencial tendo em vista a construção de propostas de cuidado compartilhadas.

f) visitas domiciliares:

Ainda sobre processo de acolhimento estabelecido entre familiar, equipe e usuário durante os cinco encontros inclui-se a visita domiciliar, que é realizada no final do protocolo para estabelecer um contato com o usuário, identificar suas demandas, convidá-lo para comparecer a um acolhimento no CAPS e, principalmente, informá-lo sobre o processo de IC que está em andamento. É importante acessar o usuário para conversar sobre suas necessidades de saúde e garantir o direito à informação sobre seu tratamento (neste caso a solicitação de IC) e sua autonomia para explicar quais processos de cuidado percebe necessários para suas necessidades de saúde do momento. Além disso, a visita domiciliar permite que o profissional consiga apreender a realidade do usuário, as determinações do seu

território e do seu modo de vida para subsidiar sua intervenção, conforme aponta Closs e Scherer (2017, p. 45):

podemos definir a visita domiciliar como um instrumento de trabalho que visa ao conhecimento aprofundado do modo e da condição de vida da população usuária, realizado diretamente no espaço de residência e/ou vivência dos sujeitos, propiciando uma aproximação com o seu cotidiano e com a realidade sócio-territorial vivenciada pelos mesmos. Este instrumento é balizado por uma dimensão investigativa que possibilita apreender os processos sociais singulares em conexão com a dinâmica societária, juntamente com uma postura ético-política comprometida com o atendimento das necessidades sociais e com o respeito da liberdade e da autonomia. Além disso, a visita domiciliar – como um instrumento interventivo – é desenvolvida em articulação com técnicas como a de observação, acolhimento, questionamento e reflexão, visando uma abordagem que tem como centralidade o diálogo e o estabelecimento de vínculo entre o profissional e a população usuária [...]

Portanto, entendendo a importância da VD nos processos de trabalho que englobam a eficiência na implementação do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental), evidencia-se o compromisso do CAPS AD Cia do Recomeço com a qualidade dos serviços prestados em saúde no âmbito desse projeto na medida em que dos 41 prontuários analisados, a equipe realizou tentativa de VD em 24 (59%) desses, e 17 (41%) não contaram com a VD incluída no protocolo. Apesar do índice não apresentar uma grande disparidade entre as tentativas de VD e os usuários em que a equipe não realizou VD, 78% dos familiares que iniciaram o protocolo no CAPS não o concluíram, e considerando que a VD é o último passo a ser seguido pelo fluxo estabelecido, entende-se que buscou-se efetivar na maioria das situações a VD como ferramenta decisiva para acessar o usuário e acolhê-lo.

Ainda, dessas tentativas de VD, 9 desses usuários não foram encontrados, portanto, foi feito o contato somente com o familiar que se encontrava na residência no momento. Essa questão é bastante discutida com os familiares durante os encontros do protocolo no CAPS, pois nem sempre esses familiares moram junto com os usuários e, muitas vezes, não sabem informar um endereço para encontrá-lo, o que dificulta a realização da visita domiciliar e, posteriormente, da localização do usuário para avaliação compulsória e para internação compulsória, se for o caso. Além disso, alguns dos usuários se encontram em situação de rua, e quando o familiar indica um endereço em que esse sujeito costuma ficar, a equipe tenta realizar a intervenção no território onde o familiar sugere que o usuário possivelmente se encontraria, mas em muitos casos é difícil localizar o usuário.

Nesse sentido, entende-se que é necessário repensar as estratégias de trabalho relacionadas ao acesso aos usuários em que é levantada uma demanda de internação compulsória pelos familiares. É fundamental a ampliação de ações de redução de danos no

território, em cenas de uso, para que se possa ofertar o diálogo, acolhimento e estabelecer vínculos com esses usuários em situação de rua e/ou em situação de uso abusivo para que se construam processos de cuidado em saúde que não contem com uma internação compulsória como alternativa. Para isso, é preciso investimento por parte da gestão municipal, estadual e federal, principalmente, a nível local, a partir de investimentos para ações no território, disponibilização de transporte para deslocamento dos profissionais, insumos para realização das práticas de redução de danos, capacitações para os profissionais, etc.

Na situação atual de operacionalização do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) no CAPS AD Cia do Recomeço, a dificuldade de encontrar o usuário limita o acesso da equipe a esse sujeito, reduzindo as possibilidades de trabalho, a partir do estabelecimento de um vínculo, da orientação e da socialização de informações, etc. Essa limitação também é sentida no momento em que é feita a busca ativa do usuário para avaliação compulsória (esse processo é realizado por uma equipe da SMS de Santa Maria), o usuário também não é encontrado, o que impede que aconteça a IC.

Na sequência, entre as tentativas de VD, 1 dos usuários já se encontrava internado em uma CT no momento da VD. Preocupa-se com esse índice, pois, na medida em que é feito um projeto com objetivo de reduzir o número de IC e de judicialização das demandas de saúde, há as instituições da sociedade civil, como as Comunidades Terapêuticas, que conforme apontado por Brites (2013), com seu canto da sereia, oferecem falsas soluções imediatistas para uma questão complexa, traduzindo-se na prática em uma internação marcada por diversas violações dos direitos humanos, por uma intervenção autoritária, moralizante e de isolamento, que contradiz os princípios defendidos na Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. Essa questão confirma-se novamente na medida em que o usuário em questão que já estava internado na CT no momento da VD, ao retornar da internação relatou os maus tratos vividos na mesma, como trabalho forçado e humilhações.

Na sequência, das tentativas de VD realizadas 1 realizou-se em uma instituição da rede socioassistencial, para discussão do caso entre as equipes e estabelecimento de planos de ação em conjunto. Reitera-se, portanto, a importância de ações que visem a intersetorialidade e o trabalho em rede.

Por fim, entre as tentativas de VD, 1 usuário recusou-se a conversar com a equipe, e em 11 casos, realizou-se o contato com o mesmo. Dentre esses, há casos em que o usuário afirmou não querer a IC, não reconheceu risco em seu uso e necessidade de internação. Ainda, no âmbito da VD e no contato com o usuário, surgiram em alguns casos outras questões familiares que não foram apresentadas nos encontros em que os familiares compareceram no

CAPS, como conflitos familiares, situações de violência, demandas econômicas, sociais, psicológicas, sociais, expressões da questão social, entre outras, revelando, portanto, que essas questões estavam “por trás” da demanda do pedido de internação.

No entanto, na maioria das vezes, o diálogo com o usuário estabeleceu-se na perspectiva do acolhimento, de apresentação da equipe e do CAPS, colocando-se à disposição para a construção de um cuidado de saúde em liberdade. Em todos os casos, o usuário foi informado do processo de IC e instigado a pensar o seu uso, a sua situação de saúde e como seria uma IC no momento.

Na grande maioria dos casos, os usuários demonstraram não querer internar de forma compulsória. Nesse sentido, a equipe convidou os usuários a comparecer no CAPS para acolhimento e construção de PTS ou, em caso de situação de saúde e de uso agravante, sugeriu-se a internação voluntária como alternativa, pelo seu caráter autônomo e menos autoritário, além do ponto de vista burocrático ser mais rápida. Além disso, durante o momento da VD surgem reflexões sobre a situação de saúde do usuário, o uso de medicação, entre outras questões que permeiam a vida desse sujeito e interferem no processo saúde-doença como trabalho, estudos, questões familiares, entre outras.

Entende-se que no âmbito do fluxo estabelecido pelo Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental), a visita domiciliar é o momento mais importante para realização de um trabalho de qualidade no que tange ao acolhimento do usuário e da família, e da estruturação de um relatório sugerindo ou não IC que realmente seja fidedigno com a realidade e com as demandas do usuário no momento. Geralmente é somente na visita domiciliar em que há o contato com o usuário em questão desde o momento da abertura do protocolo na Defensoria Pública, e na sequência, a comunicação do processo de IC ao mesmo e a escuta sobre a sua percepção a respeito do seu uso e da sua situação de saúde.

Cabe ressaltar que nem sempre a tentativa de VD é feita somente após os 5 encontros estabelecidos pelo fluxo do projeto avaliado, pois a equipe tem autonomia de atender as demandas conforme o grau de gravidade da situação.

Diante do exposto, no que tange a avaliação das visitas domiciliares como critério de eficiência, conclui-se que o CAPS AD Cia do Recomeço está cumprindo os objetivos do projeto que preconiza a redução das judicializações em saúde e sua substituição por um atendimento de qualidade nos serviços substitutivos, valorizando a autonomia do usuário e o atendimento das suas demandas e da sua família.

Aponta-se a necessidade de ampliação das visitas domiciliares no âmbito desse projeto, principalmente, na situação dos familiares/usuários que desistem do protocolo



estabelecido. Porém, entende-se que para que isso aconteça é necessário investimento por parte da gestão municipal em infraestrutura para realização das VD<sup>13</sup> como disponibilização de carro em outros dias da semana e disponibilização de profissionais que possam realizar com eficiência as atividades referentes às internações compulsórias, pois muitas vezes os profissionais do CAPS que atuam nesse âmbito também desempenham diversas outras funções dentro da instituição, o que compromete a qualidade dos serviços prestados.

g) adesão ao serviço:

Ainda em relação aos objetivos específicos da pesquisa está o objetivo 5 que questiona o nº de usuários que aderiram ao serviço e descrição dos processos de acolhimento, buscando fazer uma relação com a eficiência do projeto no que tange à redução das IC em detrimento do acesso à política de saúde de qualidade através dos serviços substitutivos articulados à rede socioassistencial. Portanto, ao responder esse objetivo questionou-se possíveis limites não abordados pelo Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) como: o que significa aderir voluntariamente ao serviço? Quais os critérios de análise para definir a adesão de um usuário ao CAPS?

A resposta para essas perguntas é interpelada pela amplitude de concepções em disputa que compõem o campo da saúde mental. A “adesão” ao CAPS do ponto de vista conservador pode significar uma simples consulta com o médico, por meio da qual o tratamento será pautado na medicalização e na intervenção focada somente no uso de psicoativos e as respostas físicas advindas dele. Além disso, do ponto de vista proibicionista, pode significar a adesão ao tratamento com exigência da abstinência como único caminho de cuidado.

Na contramão disso, a “adesão” ao CAPS pode ser entendida do ponto de vista integral, não como um simples acolhimento ou comparecimento para consulta médica, mas sim a construção de um Projeto Terapêutico Singular que atenda a produção de um cuidado integral ao usuário visando a preservação dos seus direitos, da sua autonomia e liberdade e, principalmente, da sua vida. Esse princípio, pautado na saúde coletiva, reforma psiquiátrica e redução de danos é o que tem marcado às intervenções no CAPS AD Cia do Recomeço.

Portanto, quanto a adesão ao CAPS AD Cia do Recomeço, dos 41 prontuários analisados, 20 (49%) compareceram para acolhimento e 21 (51%) não compareceu ao CAPS para nenhum atendimento. Dos 20 que compareceram para acolhimento, apenas 8 (40%)

---

<sup>13</sup> Durante o ano de 2019, o CAPS AD Cia do Recomeço tinha acesso a apenas um dia com o carro da prefeitura para realizar as visitas domiciliares, sendo apenas um turno destinado às visitas referentes aos processos de internação compulsória. Muitas vezes, o carro da prefeitura não comparecia no horário estipulado ou no turno estipulado.

efetivaram a construção do PTS, ou seja, apenas 8 efetivaram a construção coletiva de um cuidado referente às demandas de saúde associadas ao uso de psicoativos, entre outras questões que permeiam a sua integridade.

Ainda, desses 20 usuários que compareceram no CAPS para acolhimento, exceto os 9 que construíram o PTS e, realmente, aderiram às atividades do serviço, há alguns que internaram de forma voluntária, que compareceram ao acolhimento ou consulta médica e não retornaram mais ou até mesmo que efetivaram a IC. Isso mostra que o termo “adesão” é muito mais amplo do que um comparecimento para acolhimento ou consulta médica. Essas questões serão discutidas com detalhes posteriormente neste capítulo.

Portanto, entende-se a necessidade da construção coletiva e pactuação à respeito da concepção de cuidado utilizada pelo Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) para avaliar a adesão dos usuários no CAPS, bem como a concepção que norteia as equipes para definir quais casos são demanda para IC e quais não, já que conforme discutido no capítulo anterior, a IC é um campo de disputa de entendimentos antagônicos.

Ainda sobre a adesão dos usuários ao CAPS, destaca-se a disparidade dos dados do referido projeto entre os três CAPS da cidade no que diz respeito, principalmente, à recomendação para IC e aos usuários que aderiram ao serviço. Pode-se observar conforme Tabela 1 e 2, notadamente em relação aos dois CAPS álcool e drogas, que apesar de o número de usuários encaminhados ser praticamente o mesmo, há uma grande diferença entre o número de usuários encaminhados para IC, o número de usuários que desistiram do protocolo ou não aderiram ao CAPS e o número de usuários que aderiram voluntariamente ao serviço.

As limitações dessa pesquisa impedem que essas diferenças sejam analisadas, podendo ser causadas por inúmeros fatores como composição e constituição históricas das instituições e seus processos institucionais, concepção da equipe sobre saúde e cuidado conforme já mencionado, mudança no perfil dos usuários, abordagem de cuidado utilizada, como redução de danos, abstinência, medicalização, entre outras. Mesmo que o projeto seja eficaz no que diz respeito à redução da judicialização entende-se a urgência da problematização desses questionamentos para que o projeto seja eficiente no que tange à concretização do acesso à política de saúde de qualidade e do atendimento nos serviços ambulatoriais em detrimento das internações.

h) justificativas da equipe para sugerir ou não IC:

Por fim, chega-se ao índice que contribui para a avaliação da eficiência do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental), pois revela as justificativas utilizadas para as situações em que a equipe não reconhece necessidade de IC, bem como os processos de trabalho que

compõem a construção deste parecer/relatório. Nessa perspectiva, dos 41 prontuários analisados, conforme apontado anteriormente, 17 (41%) usuários foram indicados para IC pela equipe e 24 (59%) usuários foram apontados pela equipe como não tendo necessidade de uma IC. Nesse sentido, em uma análise quantitativa, percebe-se o comprometimento da equipe do CAPS AD Cia do Recomeço em indicar IC somente nas situações em que se esgotam as alternativas extra-hospitalares, conforme consta na Lei 10.216 (BRASIL 2001). Portanto, discorreu-se sobre os motivos em que a equipe sugeriu a IC ou não, conforme conta abaixo:

a) situações em que foi indicado IC:

O maior índice de argumentos estabelecidos para a equipe para posicionar-se a favor da internação compulsória para alguns usuários está relacionada ao risco atribuído a si e a terceiros e agravamento dos danos à saúde por conta do uso abusivo de psicoativos. Portanto, a equipe utilizou-se dos seguintes argumentos nesses casos: usuário em situação de rua, situação grave de saúde, dificuldade de organização nas atividades diárias, más condições de higiene e alimentação, episódios de agressividade e violência, risco para si e para terceiros (em alguns casos tentativa de suicídio ou agressões aos familiares), furtos, usuário sendo ameaçado por dívidas e dificuldade de reconhecer os danos em seu uso e as consequências do mesmo para seu estado de saúde e para terceiros, não reconhecendo a necessidade de uma intervenção a respeito.

Fora esses casos, houve três situações pontuais que envolviam demandas específicas de saúde que apesar de não estarem diretamente relacionadas com o uso abusivo de psicoativos, o uso desses usuários acentua a situação de saúde, podendo em alguns casos o usuário correr risco de óbito.

Na primeira situação, o usuário possuía o diagnóstico de esquizofrenia, sendo esse um transtorno mental grave, além dos danos decorrentes do uso de psicoativos. No momento em que o familiar solicitou a IC, o usuário estava em crise, com episódios de agressividade com a família e com os profissionais do CAPS AD, além de agravo dos danos à saúde causados pelo uso de psicoativos concomitantemente com o uso dos medicamentos psiquiátricos. Nesse sentido, sob esses argumentos a equipe posicionou-se a favor da IC.

Na segunda situação, o usuário possuía uma deficiência (cadeirante), e devido ao uso abusivo não conseguia administrar os cuidados com sua saúde, como consequência, desenvolveu escarras devido à posição na cadeira de rodas. Usuário chegou a ser encaminhado à UPA devido à gravidade do seu caso clínico, e o médico que o atendeu nessa instituição afirmou o risco de óbito em que se encontrava. Além disso, nesse período o

usuário fez várias solicitações de leitos para IV, mas não compareceu em nenhuma. Portanto, visando a preservação da vida deste usuário, a equipe posicionou-se a favor da IC.

Na terceira situação, o usuário era um idoso, com cirrose em estado avançado, a saúde bastante debilitada e durante a visita domiciliar não reconheceu problemas no seu uso, nem necessidade de um tratamento. Portanto, devido aos danos já causados à sua saúde, como consequência do uso abusivo de álcool, a equipe posicionou-se a favor da IC.

Por fim, há o caso de um adolescente que apesar de apresentar baixo grau de dependência química (segundo relatório da equipe e do médico do CAPS AD Cia do Recomeço), em 2019, desenvolveu-se a segunda judicialização a respeito de IC, as duas solicitadas pelo Conselho Tutelar.

Na primeira, a equipe realizou relatório indicando que não havia necessidade de IC, no entanto, o juiz exigiu que houvesse uma avaliação compulsória realizada pelo médico. Mesmo assim, em avaliação médica não foi identificada necessidade de internação compulsória, então, o juiz sugeriu que ao invés da efetivação da IC o usuário vinculasse nas atividades do CAPS, o que não aconteceu. Portanto, abriu-se um segundo processo judicial, encabeçado pelo Conselho Tutelar, no qual foi realizado relatório indicando a IC, conforme sugestão do juiz.

Porém, na avaliação compulsória realizada pelo médico o mesmo não identificou necessidade de IC e, portanto, a mesma não foi efetivada. Neste caso, pelo usuário ser menor de idade, houve a intervenção do Conselho Tutelar e uma maior intervenção do juiz quanto ao posicionamento da equipe a respeito. O usuário possuía outras demandas como evasão escolar e sintomas depressivos, e o uso de *cannabis*, sendo que esse último tornou-se a justificativa para o direcionamento da justiça e do Conselho Tutelar para uma possível demanda de IC.

A respeito deste caso permite-se perceber como a ideologia proibicionista aparece nos processos de intervenção tanto da rede socioassistencial quanto da justiça. Muitas vezes, o usuário possui diversas demandas objetivas de saúde, educação, infraestrutura, assistência social, habitação, entre outras, e além dessas demandas o sujeito pode ser usuário de psicoativos, não necessariamente estabelecendo um uso problemático. Porém, a guerra às drogas faz com que se ignore a estrutura social e todas as expressões da questão social vivenciadas por esses sujeitos para focar o “problema” somente no uso de psicoativos, sendo esse digno de intervenção.

Cria-se, portanto, uma falsa ilusão que intervenções como internação (por meio da qual o sujeito é encarcerado e retirado do convívio social) podem solucionar todas as outras necessidades e demandas que se apresentam, que são fruto da contradição estabelecida no

modo de produção capitalista. Além disso, há uma tendência de encaminhamento de outras instituições da rede socioassistencial para o CAPS AD sob qualquer circunstância de uso de psicoativos, sem a proposta de um atendimento intersetorial que possa intervir em todas as esferas da vida dos sujeitos. Como se não bastasse, cabe evidenciar que o CAPS AD tem como público alvo atender pessoas em sofrimento decorrente do uso de psicoativos, e nem sempre todos os usos são problemáticos ou geram sofrimento. Isso faz com que frequentemente sejam encaminhados usuários para o CAPS AD que possuem diversas outras demandas, sendo o uso de psicoativos apenas mais uma questão (que muitas vezes, não é um problema).

Ainda, cabe indicar que dos usuários para os quais realizou-se relatório a favor da IC, 5 já tinham comparecido no CAPS para acolhimento e solicitação de IV durante o andamento do protocolo, porém não efetivaram a IC e não aderiram às atividades no CAPS.

b) situações em que não foi indicado IC

Entre os casos em que a equipe não identificou necessidade de IC, a maioria foram casos em que houve adesão ao serviço e construção de PTS (8 usuários) e na sequência, há o grupo de familiares/usuários que desistiram do protocolo antes de concluir (7 usuários). Ainda, há os que efetivaram a internação voluntária ao invés da compulsória (5 usuários). Existem casos de usuários que efetivaram a internação em uma Comunidade Terapêutica antes do término do protocolo (2 usuários), ou seja, a família estava a procura de uma internação na CT concomitantemente com o processo de IC via Defensoria Pública.

Além dessas situações, há os casos que apresentaram questões específicas, sendo 1 deles a justificativa consiste no fato de durante o contato realizado pela visita domiciliar, usuário não apresentou demanda para IC, pois demonstrou capacidade crítica a respeito do seu cuidado e boa administração da sua situação de saúde e das atividades diárias. Esse é um ponto chave que a internação compulsória não permite: ouvir o usuário e preservar sua autonomia e direito de decisão sobre sua vida. Quais os danos à saúde seriam causados a esse usuário se houvesse uma internação compulsória sem questioná-lo e sem a verificação da existência de demanda para tal? Como ficaria o vínculo desse usuário com o CAPS (visto que a maioria dos prontuários analisados o usuário já era vinculado no CAPS) se não houvesse o Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) e o usuário fosse internado compulsoriamente diretamente após o pedido realizado na Defensoria Pública?

Além disso, houve a situação de 1 usuário em que a equipe justificou que tal usuário já havia experimentado diversas IC sem resultados, considerando que mais uma internação compulsória poderia trazer prejuízos irreversíveis na vinculação do usuário com o CAPS AD

e com a família (visto que na maioria das vezes é essa que solicita a IC). A esse respeito questiona-se novamente quais os benefícios que a internação compulsória oferece aos usuários, principalmente em casos em que essa situação é recorrente em um período de tempo pequeno. Em que medida a intervenção da justiça de forma autoritária está beneficiando os processos de cuidado em saúde mental dos usuários? Não há outra resposta a não ser um projeto ideológico de encarceramento e isolamento desses usuários, pois conforme apontado por Azevedo (2016), com base na experiência dos usuários entrevistados, a IC além de não contribuir para a ampliação da autonomia e dos níveis de saúde dos usuários, ainda prejudica sua relação de confiança e vínculo com os CAPS, instituição que deveria ser a referência do cuidado em saúde mental para esses sujeitos. A esse respeito, Azevedo (2016, p. 138) discorre:

O entrevistado retratou, de forma muito espontânea esse aspecto da vivência do usuário de drogas em relação ao poder jurídico, desmontando a perspectiva de “cuidado” e “proteção” a que se propõe esse poder, desfazendo essa impressão de forma definitiva. A IC apresentou para ele sua dimensão principalmente como experiência de encarceramento e isolamento, sem qualquer aspecto positivo.

Por fim, ainda sobre as justificativas dos relatórios em que a equipe não identificou demanda para IC, 1 usuário estava apenado no momento da abertura do protocolo, portanto as questões de saúde eram responsabilidade da segurança pública e não do CAPS AD.

Diante do exposto, apresenta-se neste item um dos pontos mais importantes que indicam a eficiência do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental), que é o número de usuários que aderiram ao serviço e o número de usuários de solicitaram a internação voluntária. Entende-se que, na maioria das vezes, quando o familiar entra com pedido de IC para o usuário, a situação já está grave, tanto em vista dos danos causados à saúde pelo uso de psicoativos quanto em função dos danos relacionados ao cuidado da família para com o usuário. Porém, isso não justifica que a internação compulsória seja realizada sem nenhum questionamento, sem a apresentação de outras alternativas menos agressivas. Reitera-se que a internação compulsória deve ser utilizada somente quando se esgota as possibilidades extra-hospitalares.

Então, em consonância com um dos objetivos do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental), que é a redução do número de IC somado à oferta de um atendimento de qualidade em saúde, nos serviços substitutivos ambulatoriais da RAPS, em especial, os CAPS, aponta-se a eficiência da operacionalização deste projeto no CAPS AD Cia do Recomeço, na medida em

que a maioria dos casos em que a equipe não identificou demanda para a IC em seus relatórios, são situações em que os usuários aderiram ao cuidado em liberdade no CAPS.

Cabe evidenciar que em algumas situações de agravamento dos danos causados pelo uso de psicoativos, o atendimento oferecido pelo CAPS não oferece os subsídios que o usuário precisa para estabilização momentânea da sua situação, exigindo que seja efetivada uma internação em unidade hospitalar. No entanto, há componentes da RAPS que atendem a demanda de necessidade de estabilização da situação de saúde decorrente do uso de psicoativos, sem contar com a internação hospitalar, principalmente a internação compulsória. São os CAPS III, que possui funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando serviços de atenção contínua como acolhimento noturno e retaguarda clínica com até cinco leitos (BRASIL, 2002).

Também são previstas na RAPS as Unidades de Acolhimento (UA), que também possuem funcionamento vinte e quatro horas, em ambiente residencial e oferecem cuidados para usuários que apresentem vulnerabilidade social ou demandem acompanhamento terapêutico de caráter transitório. (BRASIL, 2011). Portanto, reitera-se que há alternativas de cuidados que preservem a saúde dos usuários em um momento de crise ou de adoecimento por conta do uso de psicoativos que não sejam violadoras de direitos como as internações compulsórias. Ainda, se houver necessidade de internação em uma unidade hospitalar, essa internação pode ser realizada de forma voluntária, excluindo a intervenção da justiça e o aspecto autoritário da internação compulsória, que algumas vezes utiliza até de força policial no momento da busca ativa do usuário.

Essa questão se confirma no estudo realizado por Azevedo (2016), que ao entrevistar usuários que experienciaram a internação compulsória a fim de ouvir sua percepção sobre, constatou a experiência de um usuário que havia optado pela IV ao invés da IC, e que faz uma comparação a respeito. Segundo o usuário, relatado por Azevedo (2016), apesar das duas modalidades de internação serem realizadas no mesmo lugar (hospital), a experiência era diferente em relação ao aspecto autoritário da IC e a possibilidade de preservação da autonomia com a IV, conforme aponta:

A situação de internação se legitima para ele diante da sua certeza de saída e continuidade da sua vida sobre sua gerência após certo tempo de autonomia reduzida algo que a IC não garante e isso pareceu ter sido definitivamente marcante para o sujeito em sua escolha pela IV. Evidencia-se em seu discurso aspecto relativo à importância e legitimidade atribuída por ele ao seu direito à liberdade e ao respeito à sua autonomia, que são negados, em seu modo de ver pela IC vivenciada, impactando inclusive outras relações como as familiares e com os serviços de saúde que o atendem. (AZEVEDO, 2016, p. 139)

Por fim, a respeito dos relatórios em que a equipe não identificou demanda para IC, preocupa-se com o índice de evasão dos familiares/usuários quanto ao cumprimento do protocolo, evidenciando-se novamente, a necessidade de novos estudos que possam identificar os motivos para essa evasão. Além disso, percebe-se na prática a inserção das Comunidades Terapêuticas nos processos de cuidado em saúde mental na medida em que 2 usuários efetivaram a internação na CT antes do término do protocolo no CAPS. Então, ao mesmo tempo que se instala um projeto que objetiva a redução do número de IC, entendendo o caráter autoritário e prejudicial da mesma, as CT se inserem como uma alternativa rápida de retomada da manicomialização e ganham cada vez mais hegemonia devido aos incentivos estabelecidos nos últimos anos pelos governos conservadores e neoliberais.

Diante do exposto, complementa-se os resultados da avaliação da eficácia e eficiência do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) com a metodologia de análise de políticas sociais/programas/projetos que consiste na análise no nível macro, considerando as forças e tensões políticas e econômicas e as possibilidades de justiça social ofertadas pelo projeto diante das contradições da sociedade capitalista, (BOSCHETTI, 2009; COHEN; FRANCO, 2004), ou seja, desenvolver a análise da política social/programa/projeto sob a perspectiva de totalidade, considerando-a como parte de um todo. Por esse ângulo, os resultados obtidos na avaliação da eficácia e eficiência do Projeto Saúde – Santa Maria são produto de uma realidade social contraditória, determinada por fatores históricos, políticos, econômicos e sociais. Nesse sentido, retoma-se a análise da conjuntura vivenciada no momento histórico em que se estabeleceu o projeto avaliado neste estudo.

O projeto Saúde - Santa Maria (Saúde Mental) se materializa em um contexto histórico nacional de agravamento das políticas neoliberais desenvolvidas com o intuito de sustentação do estágio de crise do capital vivenciado na atualidade. Política neoliberal que se instala no Brasil, de forma tardia comparada à nível mundial, desde a década de 1990. Nesse sentido, os avanços materializados na Constituição Federal de 1988, a construção do SUS, da Política de Saúde Mental e de diversas outras políticas de garantias de direitos já desenvolveram-se em uma arena de disputa política e de desenvolvimento do neoliberalismo (COSTA; MENDES, 2020), como a Lei 10.216/2001, que representa o marco legal da Reforma Psiquiátrica brasileira, aprovada após 12 anos de tensões políticas e perdeu o caráter crítico de rompimento com a lógica manicomial proposta no texto inicial.

Nessa perspectiva, segundo Costa e Mendes (2020), a Reforma Psiquiátrica brasileira se desenvolveu desde o início através de períodos de estagnações e recuos, interpelados pelo



avanço dos projetos societários neoliberais, conservadores e proibicionistas. Porém, a situação se agravou a partir de 2016, pós-golpe, onde para manter a acumulação capitalista diante de um período de crise foi necessário um projeto de austeridade fiscal do Estado mais agressivo (COSTA; MENDES, 2020). Então, aliado à eclosão da ofensiva conservadora e do fundamentalismo religioso houve a minimização estatal em seu papel de garantia de direitos em prol da maximização da acumulação, via medidas coercitivas de controle e elevação da desigualdade social. Isso significou diversos retrocessos na política de saúde mental, denominados por Costa e Mendes (2020) como contrarreforma psiquiátrica, que se materializou através do retorno da psiquiatria tradicional e sua função de controle e ajustamentos de corpos, do estrangulamento orçamentário da saúde mental através da redução dos investimentos extra-hospitalares e do aumento dos investimentos em internações psiquiátricas (principalmente hospital psiquiátrico e CT) (COSTA; MENDES, 2020).

Diante desse cenário de retrocessos no âmbito dos direitos humanos, conclui-se que a proposta do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) é contra-hegemônica, pois se propõe reduzir o número de internações compulsórias e judicializações das demandas de saúde por entender a sua ineficácia no âmbito de garantia de direitos, objetivando e valorizando o atendimento comunitário de qualidade em saúde mental nos CAPS (serviços de cuidado em liberdade). Porém, tal projeto não está isento de contradições, pois não está dissociado da realidade neoliberal e proibicionista.

Apresenta alguns limites que podem comprometer sua eficácia, como os números de usuários que foram encaminhados pela DP para o CAPS e nunca o procuraram e o número de usuários que desistem dos encontros do protocolo antes do seu término. Supõe-se que apesar de esses usuários/familiares não terem efetivado a IC (por via da Defensoria Pública), não se sabe se a mesma não foi efetivada por outra via e entende-se que a demanda de saúde apresentada por esses familiares/usuários, não foi atendida, contrariando o princípio estabelecido pela Reforma Psiquiátrica de cuidado compartilhado entre família, Estado e sociedade civil.

Portanto, é preciso atentar à tendência de mesmo contra seu objetivo inicial, o Projeto Saúde – Santa Maria contribuir para o processo de transferência da responsabilidade do Estado em garantir o acesso à saúde para a família, ação característica dos projetos neoliberais. Esse processo de responsabilização da família é evidenciado com nitidez no Decreto 10.570 de 09 de dezembro de 2020 que institui a Estratégia Nacional de Fortalecimento dos Vínculos Familiares e o seu Comitê Interministerial. Apesar de propor a intersetorialidade e articulação do Estado, família e sociedade civil para a intervenção nas

demandas das famílias, considera como “função social da família” o trabalho doméstico, o cuidado de crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência.

Em outras palavras, o Estado se isenta de suas obrigações na garantia dos direitos sociais e o transfere à família, especificamente, às mulheres, que historicamente são sobrecarregadas por exercer as funções de cuidado. É preciso atentar-se para que o Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) não caia nessa mesma lógica, para isso, é indispensável que além da diminuição do número de IC as necessidades de saúde desses usuários/familiares sejam atendidas para que realmente se alcance o objetivo do projeto de substituir a judicialização pelo atendimento de qualidade em serviço comunitário de saúde.

Outro aspecto que faz com que os resultados do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) se afastem da perspectiva contra-hegemônica de garantia de direitos e aproximem-se das ações neoliberais é o fato de não haver indícios de que o recurso economizado pela redução da judicialização conquistada através da operacionalização do projeto seja efetivamente investido em capacitação dos profissionais, potencialização dos CAPS, e em ações inovadoras que visem a preservação do cuidado em liberdade e a garantia de direitos. Sendo assim, até então o município de Santa Maria está apenas minimizando sua ação em relação ao seu papel de garantia de direitos e somado a isso, contribuindo para o enxugamento das políticas sociais, principalmente de saúde mental. Isso compromete a eficiência do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) e faz com que seus resultados caminhem na direção contrária a que se propôs.

Diante desses retrocessos, é preciso que o debate relativo à saúde mental, principalmente no que tange aos usuários de psicoativos seja incorporado por uma análise crítica do consumo de psicoativos e a lógica manicomial como um resultado da sociabilidade burguesa (BRITES, 2017a), diretamente ligado às contradições da “normalidade produtiva do modo de produção capitalista” (COSTA; MENDES, 2020, p. 50) e funcional a ela. Além disso, reitera-se que o investimento em hospitais psiquiátricos, Comunidades Terapêuticas e na indústria farmacêutica (através da medicalização da vida diante do adoecimento da classe trabalhadora frente à situação de agravamento das expressões da questão social), torna a manicomialização um processo de mercantilização da vida (COSTA; MENDES, 2020). A esse respeito Costa e Mendes (2020, p. 50-51) apontam que

enquanto houver capitalismo haverá manicomialização, com Reforma Psiquiátrica ou não. E, quando consideramos nosso processo formativo, de base colonizada, escravocrata, com um capitalismo dependente, vemos os fundamentos e substratos da manicomialização – segregação/asilamento, controle e violência- não apenas tratamento do sofrimento mental, mas no trato à classe trabalhadora como um todo.

Por outro lado, apesar de necessária, a supressão do modo de produção capitalista é insuficiente per se para a superação da lógica manicomial. Apesar da relevância da Reforma Psiquiátrica, isso serve como alerta para que se evite posturas romantizadas de que ela seja capaz, ainda mais dentro da ordem, de transformar radicalmente a forma como compreendemos e nos relacionamos com a loucura, o mundo e si próprios, suprimindo a lógica manicomial. Não obstante, a Reforma deve se submeter a um projeto mais amplo, revolucionário e anticapitalista, vinculando-se a outros âmbitos e indo além do aparato estatal e políticas sociais.

Então, é preciso que os profissionais que atuam nos serviços de saúde mental, usuários e familiares compreendam a necessidade e a importância da reforma psiquiátrica, de investimentos em serviços de atendimento em saúde mental em liberdade, da potencialização da política de saúde e de saúde mental, bem como de toda rede, e da necessidade de politização e de fortalecimento dos movimentos sociais e espaços de controle social, porém, com a consciência que a realidade concreta do sistema capitalista sempre irá impor tensões a respeito de projetos societários antagônicos, e que o proibicionismo, conservadorismo e neoliberalismo estão a serviço do capital e de sua perpetuação, e por isso se utiliza do encarceramento, da violência e da violação de direitos para manter a estrutura de classe e o controle de determinados grupos sociais (negros, indígenas, refugiados, mulheres, pessoas com deficiência, usuários de psicoativos, população empobrecida, etc).

O grande encarceramento vivido, que pode ser pensado apenas na/pela esfera criminal, em instituições como presídios, deve englobar os hospitais psiquiátricos, Comunidades Terapêuticas e demais instituições que, a partir do aprisionamento e asilamento, tratam de contribuir para a manutenção da ordem (COSTA; MENDES, 2020, p. 50-55)

Nesse sentido, para o enfrentamento desse cenário é necessário investimentos em educação permanente aos profissionais de saúde, para o atendimento e a intervenção em saúde mental e, principalmente, no âmbito do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental). A educação permanente é fundamental para que a operacionalização do projeto aconteça sob a perspectiva da garantia de direitos, da saúde coletiva e da redução de danos, inclusive, melhorando o registro e a sistematização dos dados referentes à operacionalização do projeto avaliado. Isso faz com que a qualidade dos serviços prestados seja potencializada, com que a rede socioassistencial se articule de forma eficiente e possa atender as demandas dos usuários de forma integral e, por fim, com que o Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) seja mais eficaz e eficiente.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto Saúde - Santa Maria (Saúde Mental) desenvolveu-se a partir de 2017, em um contexto de retomada do conservadorismo, do militarismo e do neoliberalismo como uma resposta à crise do capital e o esgotamento das possibilidades civilizatórias (NETTO, 2012). Em meio a essa conjuntura, construiu-se um projeto contra hegemônico (mas que está sujeito as contradições) que buscou romper com o ciclo de judicialização das demandas de saúde e com o processo de retomada da manicomialização através do incentivo às internações compulsórias e em Comunidades Terapêuticas. A transferência do dever do Estado de garantia de saúde para a sociedade civil faz com que as Comunidades Terapêuticas se fortaleçam e ofertem falsas soluções aos familiares/usuários que buscam internação, dificultando o empenho das equipes na operacionalização do Projeto Saúde - Santa Maria (Saúde Mental).

Nessa perspectiva, o desenvolvimento do projeto deu-se em um cenário de sucateamento das políticas públicas, de redução do investimento nos Centros de Atenção Psicossocial, de desinvestimento em infraestrutura, educação permanente, recursos humanos e iniciativas de promoção e proteção da saúde mental nos territórios. Na esfera local, encontra-se uma rede fragmentada e profissionais sobrecarregados, o que dificulta uma articulação intersetorial e a oferta de serviços de qualidade. Com o aumento do conservadorismo, a contradição acerca das concepções de cuidado em saúde mental, principalmente cuidado à usuários de psicoativos se acentua, gerando tensão entre as equipes, entre os serviços da rede e entre a gestão municipal.

Todas essas questões apresentam inúmeras dificuldades para a operacionalização do Projeto Saúde - Santa Maria (Saúde Mental), no entanto, mesmo frente ao cenário desfavorável para a perspectiva de defesa dos direitos, houve significativa redução do número de IC, gerando uma considerável economia de recursos para o município. Contudo, não houve indicativos de investimentos por parte da gestão municipal em iniciativas de ampliação da RAPS e de fortalecimento das ações de saúde mental em liberdade. Portanto, percebe-se que a política neoliberal instaurada a nível nacional e municipal foi beneficiada com essa economia de recursos, visto que objetiva a racionalização dos custos relacionados aos direitos sociais.

A frequente despolitização dos movimentos sociais e dos movimentos de Reforma Psiquiátrica, bem como, o esvaziamento de usuários e familiares dos espaços de controle social dificultam os processos de questionamento e cobrança a respeito dos investimentos

despendidos em relação à economia de recursos obtidos com o Projeto Saúde - Santa Maria (Saúde Mental).

O Projeto Saúde - Santa Maria (Saúde Mental) é eficaz no que diz respeito à redução do número de internações compulsórias e eficiente em sua operacionalização no CAPS AD Cia do Recomeço no que diz respeito ao incentivo à adesão e acolhimento dos usuários no CAPS, ao empenho dos profissionais em operacionalizar o projeto de forma a valorizar a autonomia dos usuários, acolher a família e romper com os ciclos de sucessivas internações compulsórias.

Porém, deixa algumas lacunas sobre a forma de avaliação quanto aos critérios que indicam a adesão dos usuários nos CAPS; quanto a articulação de todos os CAPS à respeito das mesmas concepções e estratégias de operacionalização, a fim de diminuir a disparidade dos dados entre os três CAPS; quanto ao índice considerável de evasão de familiares/usuários no âmbito do protocolo e investigação dos seus motivos; quanto a capacidade de articulação da rede socioassistencial e de compartilhamento das demandas originárias do processo de IC, a fim de concretizar um atendimento integral e intersetorial; quanto à necessidade de estabelecimento de um perfil dos usuários e familiares que entram com pedido de internação compulsória, a fim de auxiliar no atendimento de qualidade e na consideração das particularidades dos mesmos e quanto ao posicionamento da gestão municipal à respeito dos recursos economizados e do direcionamento dos mesmos para estratégias de fortalecimento da RAPS.

Nessa perspectiva, sugere-se uma revisão dos critérios de avaliação do projeto, definindo os conceitos de adesão, e estabelecendo uma diretriz de atendimento/cuidado que possa ser desenvolvida em todos os CAPS, visando aumentar a qualidade e veracidade dos resultados obtidos e diminuir a disparidade dos dados entre os CAPS a respeito da operacionalização do projeto. Ainda, entende-se a necessidade de fortalecimento dos espaços de controle social, bem como, a incorporação das famílias/usuários no debate político/crítico relativo à internação compulsória e ao Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental), para que se possa reivindicar maiores investimentos no âmbito da saúde mental e da operacionalização do projeto avaliado neste estudo.

Percebe-se também a demanda de em estudos futuros contatar esses familiares que evadem/desistem de procurar o CAPS após o encaminhamento da DP ou não cumprem os encontros do protocolo até o fim, a fim de identificar os motivos de tal evasão, bem como traçar um perfil desses familiares que são atendidos no âmbito do projeto, a partir das categorias gênero, raça e classe, bem como uma caracterização quanto ao tipo das famílias

(monoparental, reconstituída, pluriparental, etc) para que se possa desenvolver uma análise mais qualificada e construir estratégias de intervenção focalizadas para o perfil da população usuária deste projeto. Ainda, reitera-se a necessidade de estudos que possam considerar a percepção desses familiares e usuários acerca do tema e incluir esse critério para avaliação do Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental). Por esse ângulo, reitera-se que os avanços no âmbito do projeto em si avaliados só serão possíveis se os processos de trabalho que incluem sua operacionalização forem embasados em preceitos de intersetorialidade, redução de danos, saúde coletiva e desinstitucionalização.

Por fim, mesmo diante das contradições e da conjuntura difícil no que tange ao desenvolvimento de iniciativas que visem à garantia de direitos, conclui-se que o Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental) é exitoso ao se constituir na direção contrária ao caminho que tem se estabelecido de retomada da manicomialização e do encarceramento de determinados seguimentos populacionais. Portanto, é indispensável à valorização e potencialização de iniciativas como a deste projeto, que visa melhorar os processos de trabalho, a qualidade dos atendimentos prestados e a articulação das instituições da rede socioassistencial e que diante da conjuntura atual de violação dos direitos e de sucateamento das políticas sociais, configura-se como uma estratégia de resistência.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, F. L.; MIOTO, R. C. T.; GERBER, L. M. L. **A política nacional de humanização e o serviço social:** elementos para o debate. *Serviço Social e Saúde*, Campinas, SP, v. 6, n. 1, p. 35–52, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634944>> Acesso em: 3 dez. 2020.
- AZEVEDO, A. O. **O dispositivo da Internação Compulsória:** Perspectivas de pessoas atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.
- AMARANTE, P. **SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 120 pp. (Coleção Temas em Saúde).
- BAPTISTA, Myriam Veras. **Planejamento Social:** intencionalidade e instrumentação. 2ª ed. São Paulo: Veras, 2002.
- BARROCO, M. L. S; TERRA, S. H. **Código de Ética do Assistente Social comentado.** Organização do Cfess. São Paulo: Cortez, 2012.
- BATISTA, C. M. F. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: influência do gênero do cuidador. **Cad. saúde colet.** [online]. 2013, vol.21, n.4, p.359-369. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1414-462X2013000400002>> Acesso em 02 out. 2020.
- BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. In: CFESS/ ABEPSS (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.** Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080. Lei Orgânica da Saúde de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União.**
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216. Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. **Diário Oficial da União.**
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. **Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil – 2006-2007.** Brasília: SENAD, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, 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. **Diário Oficial da União.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 336 de 19 de fevereiro 2002. **Diário Oficial da União**.

BRITES, C. M. Consumo de psicoativos, proibicionismo e ética profissional das(os) assistentes sociais. *In*: DUARTE, M. J. O. (org) **Serviço Social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017a. p. 249-276.

BRITES, C. M. Internação compulsória: um canto de sereias. **Revista inscrita**, Brasília: CFESS, n.14, p. 46-53, 2013.

BRITES, C. M. **Psicoativos (drogas) e Serviço Social**: uma crítica ao proibicionismo. São Paulo: Cortez, 2017b.

CARVALHO, Ana Maria Almeida et al. Mulheres e cuidado: bases psicobiológicas ou arbitrariedade cultural? **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 41, p. 431-444, dez.2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2008000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2008000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 set. 2020

CLOSS, T. T; SCHERER, G. A. Visita domiciliar no trabalho do assistente social: reflexões sobre as técnicas operativas e os desafios ético-políticos na atualidade. **Revista Libertas**. Juiz de Fora, v. 17, n. 2, p. 41-60, ago./dez., 2017. Disponível em <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18528>> Acesso em 02 out. 2020.

COE, N. M; DUARTE, M. J. O. A Construção do Campo da Atenção Psicossocial na Política Pública de Saúde Mental no Brasil: Tessituras e Capturas. *In*: DUARTE, M. J. O. (org) **Serviço Social, saúde mental e drogas**. Campinas: 2017. p. 79-99.

COHEN, E; FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais**. 6. ed. Petrópolis. Vozes, 2004. 312 p.

COSTA, P. H. A; MENDES, K. T. Contribuição à Crítica da Economia Política da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Argumentum**. Vitória, v. 12, n.2, p. 44-59, mai/ago. 2020. Disponível em < <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/28943>> Acesso em 21 out. 2020

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Sede de Santa Maria. **Projeto Saúde – Santa Maria**. Santa Maria, 2017.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Sede de Santa Maria. **Relatório Geral - Projeto Saúde – Santa Maria Ano 2019**. Santa Maria, 2019a.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Sede de Santa Maria. **Relatório Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental)**. Santa Maria, 2018.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Sede de Santa Maria. **Relatório Projeto Saúde – Santa Maria (Saúde Mental)**. Santa Maria, 2019b.

FOUCAULT, M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551p. Disponível em < <http://www.uel.br/projetos/foucaultianos/pages/arquivos/Obras/HISTORIA%20DA%20LOUCURA.pdf> > Acesso em 06 ago 2020.



FRONZA, C. S. NOGUEIRA, V. M. R. A avaliação e análise de políticas públicas: uma distinção necessária. **Argumentum**, Vitória, v. 7, n. 2, p. 103-116, jul./dez., 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/10356>> Acesso em: 21 mai. 2020

GUIMARÃES, T. A. A; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**. Rio de Janeiro, n. 44, p. 111-138, mai./ago. 2019.

HEIDRICH, A. V. Balanço da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial Brasileira. *In*: DUARTE, M. J. O. (org) **Serviço Social, saúde mental e drogas**. Campinas: 2017. p. 67-78.

KANTORSKI, L. P. Perfil dos familiares cuidadores de usuários de centros de atenção psicossocial do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 85-92, mar., 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100012&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 23 set. 2020.

MACHADO, E. M. Questão social: objeto do serviço social? **Serviço Social em Revista**. Londrina, v.1, n. 1, p. 39-48, jul./dez. 1999. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/n1v2.pdf> Acesso em: 04 set. 2020.

NETTO, J. P. Capitalismo e barbárie contemporânea. **Argumentum**. Vitória, v. 4, n. 1, p. 202-222, jan./jun. 2012.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do Método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011. ISBN: 978-7743-182-3 64p

PASSOS, E. H; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicologia & Sociedade**. Recife, v. 23, n.1, p.154-162. 2011. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf> Acesso em 12 jun. 2020

PEGORARO, R. F; CALDANA, R. H. L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde soc. [online]**. 2008, vol.17, n.2, p.82-94. Disponível em < <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200009>> Acesso em 02 out. 2020.

ROSA, L. C. S. Ganhos da ação em rede a partir das associações de familiares na saúde mental. *In*: DUARTE, M. J. O. (org) **Serviço Social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017. p. 141-159.

ROSA, L. C. S. Provisão de cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental: A questão de gênero em evidência. *In*: VASCONCELOS, E. M. (org) **Abordagens Psicossociais, volume III**: perspectivas para o Serviço Social. São Paulo: Aderaldo & Rothschild/Hucitec, 2009. p. 183-205.

VASCONCELOS, E. M. Contribuições Recíprocas entre o Serviço Social Brasileiro e o Campo da Saúde Mental, e a Análise Crítica da Reforma Psiquiátrica no Contexto Neoliberal.

*In:* DUARTE, M. J. O. (org) **Serviço Social, saúde mental e drogas**. Campinas: 2017. p.29-50

YASUI, S. **Rupturas e encontros:** desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Tese (Doutorado em Ciências). Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010.

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****FONTE: PRONTUÁRIOS CAPS AD CIA DO RECOMEÇO**

1. Quem entrou com pedido de internação (parentesco):
2. O usuário já tinha prontuário no serviço? ( ) SIM ( ) NÃO
3. Já internou compulsoriamente? ( ) SIM ( ) NÃO
4. Quantas vezes? ( )
5. Número de encontros do protocolo que o familiar compareceu:
6. Cumpriu o protocolo: ( ) SIM ( ) NÃO
7. Visita domiciliar? ( ) SIM ( ) NÃO
8. Desfecho da visita domiciliar:
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
9. Encaminhamentos para rede? Quais:
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
10. O usuário compareceu no CAPS para acolhimento? ( ) SIM ( ) NÃO
11. Houve construção do Projeto Terapêutico Singular ( ) SIM ( ) NÃO
12. Informações gerais sobre a vinculação do usuário no serviço:

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****FONTE: RELATÓRIOS CAPS AD CIA DO RECOMEÇO**

1. ( ) indicação de internação compulsória  
Porque?

2. ( ) não há necessidade de internação  
Porque?