

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS - CCSH  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGP

Tainara Oliveira Andreeti

**PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL: OLHARES SOBRE  
INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE PESSOAS QUE USAM *CRACK***

Santa Maria, RS  
2019

**Tainara Oliveira Andreeti**

**PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL: OLHARES SOBRE INTERNAÇÃO  
COMPULSÓRIA DE PESSOAS QUE USAM *CRACK***

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestra em Psicologia**.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Adriane Roso  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Camila dos Santos Gonçalves

Santa Maria, RS  
2019

Andreeti, Tainara Oliveira  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL: OLHARES SOBRE  
INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE PESSOAS QUE USAM CRACK /  
Tainara Oliveira Andreeti.- 2019.  
98 p.; 30 cm

Orientador: Adriane Roso  
Coorientador: Camila Gonçalves  
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2019

1. Representações Sociais 2. Internação Compulsória 3.  
Consumo de crack 4. Grupo Condutor Regional da Rede de  
Atenção Psicossocial (RAPS) I. Roso, Adriane II.  
Gonçalves, Camila III. Título.

Tainara Oliveira Andreeti

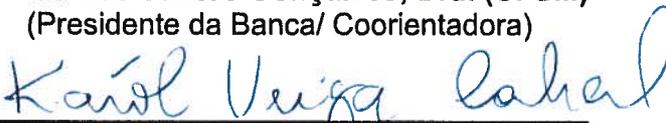
**PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL: OLHARES SOBRE  
INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE PESSOAS QUE USAM CRACK**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestra em Psicologia**.

Aprovado em 24 de maio de 2019:



**Camilla dos Santos Gonçalves, Dra. (UFSM)**  
(Presidente da Banca/ Coorientadora)



**Károl Veiga Cabral, Dra. (UFPA)**  
(videoconferência)



**Liane Beatriz Righi, Dra. (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2019

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer em especial ao Programa de Pós- Graduação da Universidade Federal de Santa Maria, e a minha orientadora professora Adriane Roso, que me deu essa linda oportunidade, que acreditou e confiou no meu trabalho.

- a minha filha amada Frances Andreeti, por todo seu amor e compreensão nos momentos de escrita, ao meu amor Peterson Zaupa por sempre me incentivar e acreditar nos meus sonhos;

- a minha mãe por torcer e rezar por mim;

- a toda minha família, por todos os pensamentos positivos;

- a 4ª CRS pela acolhida, e principalmente ao meu querido amigo Diogo Costa, por todo seu carinho, disposição e dedicação durante a pesquisa;

- a Rafaela Monçalves, Letícia Prates, Jovana Benardt, Nathalia Schramm, meu grupo de pesquisa por todas as trocas e aprendizagens;

- a Catiele dos Santos por contribuir diretamente em todo o percurso da pesquisa com tanta dedicação, carinho e sensibilidade;

- a Karol, Vanessa, Letícia minhas colegas de mestrado por todas as trocas e afetos, construímos uma linda amizade;

- a minha amiga Heidi Maysa, por todo carinho e incentivo;

- as minhas colegas do Núcleo de Apoio à Aprendizagem por todos os compartilhamentos e carinho;

- a Tainara Moraes e Ana Júlia por todos os momentos de escuta, risadas e carinho.

- ao Douglas Casarotto e aos meus colegas do Projeto Itinerâncias da Clínica Psicossocial: rede de Acompanhantes Terapêuticos por toda a aprendizagem e afeto;

- ao Thiago Alves que despertou e incentivou a pesquisa em minha vida;

- a Camila dos Santos Gonçalves por aceitar-me coorientar;

- a Liane Righi, Károl Veiga Cabral e o Marcos Adegas, por aceitarem ser minha Banca de Defesa.

E por fim, agradeço a todos que contribuíram direta ou indiretamente nesse caminho do meu mestrado.

*Existem momentos na vida onde a questão de saber se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir.*

(Michel Foucault)

## RESUMO

### **Profissionais de Saúde Mental: olhares sobre Internação Compulsória de Pessoas que Usam Crack**

AUTORA: Tainara Oliveira Andreeti

ORIENTADORA: Dra. Adriane Roso

COORIENTADORA: Dra. Camila dos Santos Gonçalves

A Dissertação de mestrado teve como objetivo refletir e problematizar as práticas de internação compulsória de pessoas que consomem *crack*, a partir das experiências dos profissionais da saúde de um Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS), observando como certos saberes e práticas mobilizam afetos e produzem modos de trabalho. Pretendeu-se uma aproximação do objeto “internação compulsória pelo uso de drogas, principalmente o *crack*” a fim de conhecermos os processos de saúde-doença-cuidado referentes ao consumo e internação, pelo olhar dos profissionais que participam dos processos de pedidos das internações compulsórias das pessoas que fazem uso de *crack*. O projeto situou-se no escopo da Teoria das Representações Sociais na sua abordagem psicossocial e alguns estudos que levem em conta não apenas o corpo biofisiológico, mas os afetos e os saberes produzidos por meio de um grupo de profissionais de saúde. Tratou-se de uma pesquisa de delineamento participativo, com ambiência na 4ª CRS, situada em Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, envolvendo levantamento documental das atas das reuniões do grupo, observações de grupos condutores de saúde mental e notas em diário de campo. O primeiro capítulo, intitulado “Teoria das Representações Sociais e alguns conceitos”, teve como proposta apresentar a principal teoria que embasa essa pesquisa. Na sequência, no próximo capítulo, apresentamos um relato de experiência, cujo objetivo foi relatar o processo de implementação de um Grupo Condutor Regional da RAPS, na 4ª CRS. Por fim, o capítulo nomeado “Internação Compulsória a partir do olhar dos profissionais de saúde mental, no qual tivemos como objetivo compreender, refletir e problematizar a prática da Internação Compulsória (IC), a partir do olhar dos profissionais de saúde mental que integram o Grupo Condutor RAPS, da 4ª CRS. Os resultados demonstraram que o Grupo Condutor Regional da RAPS torna-se uma importante ferramenta de trabalho para o SUS, enquanto espaço de discussão e articulação, em relação, ao incentivo à Educação Permanente, à promoção de práticas de cuidado humanizadas e integralizadas em saúde. Percebe-se que o discurso sobre a internação compulsória geralmente é validado pela perspectiva biologicista, médica /psiquiátrica acerca das drogas, sem questionar os reais critérios para que seja efetivado tal processo. Esses pensamentos e afetos produzem uma prática de cuidado atravessada pela escassez de diálogos entre os serviços e o Judiciário. Assim, pensa-se a importância de novas pesquisas e de práticas de Educação Permanente com o grupo de modo a dar sequência às problematizações, já em andamento, quanto às propostas de cuidado em saúde mental.

**Palavras-Chave:** Psicologia Social Crítica; Representações Sociais; Saúde; Internação Compulsória; *crack*.

## ABSTRACT

### **Mental Health Professionals: perspectives about compulsory hospitalization of people who use crack**

AUTHOR: Tainara Oliveira Andreeti  
ADVISOR: Profa. Dra. Adriane Roso  
COADVISOR: Prof. Dra. Camila dos Santos Gonçalves

This Master's Dissertation aimed to reflect and problematize the practices of compulsory hospitalization of people who use crack, based on the experiences of health professionals from a Regional Conducting Group of the Psychosocial Care Network of the 4th Regional Health Coordination, observing how certain knowledges and practices mobilize affections and produce forms of work. It was intended to an approximation of the object "compulsory hospitalization by drugs, especially crack" in order to know the health-disease-care processes related to consumption and hospitalization, by the look of the professionals who participate in the order process of compulsory admissions of people who use crack. The project was within the scope of the Theory of Social Representations in its psychosocial approach and some studies that take into account not only the biophysiological body but the affections and knowledge produced through a group of health professionals. This was a participatory research study, with an ambience in the 4th Regional Health Coordination, located in Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil, involving a documentary survey of the group meetings, observations of conductive mental health groups and notes in field diary. The first chapter, entitled "Theory of Social Representations and some concepts", had as proposal to present the main theory that bases this research. Following in the next chapter, we present an experience report whose aim was to report the implementation process of a group of the Psychosocial Care Network (RAPS), the 4th Regional Coordination of Health (CRS). Finally, the chapter entitled "Compulsory hospitalization from the perspective of mental health professionals" in which we aimed to understand, reflect and problematize the practice of Compulsory Hospitalization (CH), from the perspective of the mental health professionals that integrate the Regional Group of the Psychosocial Care Network (RAPS) of the 4th Regional Health Coordination (4th CRS). The results showed that the RAPS' Regional Group becomes an important working tool for the SUS, as a space for discussion and articulation, in relation to the incentive to Permanent Education, to the promotion of humanized and integralized health care practices. It is noticed that the speech about compulsory hospitalization is usually validated by the biologist's, medical/psychiatrics' perspective on drugs, without questioning the real criteria for such a process. These thoughts and affections produce a practice of care that is crossed by the lack of dialogues between the services and the Judiciary. Thus, the importance of new researches and practices of Permanent Education with the group is thought to follow up the problematizations, already in progress, regarding the proposals of care in mental health.

**Keywords:** Critical Social Psychology; Social Representations; Health; Compulsory hospitalization; crack.

## **APENDICE**

APENDICE 1 – Termo de Autorização Institucional .....	98
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IC	Internação compulsória
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
Caps AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
TRS	Teoria das Representações Sociais
RS	Representações sociais
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. MÉTODO	19
3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E ALGUNS CONCEITOS	22
3.1 Processos de Ancoragem e Objetivação	26
4. GRUPO CONDUTOR REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃO E COMUNICAÇÃO	30
4.2 Registrando a Caminhada do Grupo Condutor Regional da RAPS na 4ª CR	35
4.3 Primeiro Momento: A Consolidação e Implementação	35
4.4 Segundo Momento: (Re)construindo vínculos	38
4.5 Terceiro Momento: Impactos da “Nova RAPS” nos cenários atuais e no Grupo Condutor	41
4.6 Alguns apontamentos sobre essa experiência do Grupo Condutor da RAPS: a importância dos vínculos	45
4.7 Por fim, o que aprendemos com essa experiência?	51
5. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA A PARTIR DO OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL	53
5.1 O que os profissionais de saúde pensam e sentem sobre a internação compulsória e sobre o consumo da droga, particularmente do <i>crack</i> .	59
5.2 O que os profissionais de saúde pensam e sentem sobre o usuário e sobre o consumo da droga, particularmente do <i>crack</i> .	68
5.3 Quais saberes e afetos sobre Internação Compulsória circulam entre os profissionais da saúde	70
5.4 Enfim, o que compreende-se com essa reflexão?	81
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICE 1 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	98

## 1. INTRODUÇÃO

A problemática do consumo de drogas tem sido parte das discussões no campo da saúde, e, mais recentemente, o consumo de *crack* tem gerado algumas polêmicas. Estas discussões, de acordo com Alves (2016), giram em torno das consequências de quem faz uso cotidiano dessa droga, dos métodos e tratamentos mais recomendados para pessoa que consome a droga e, principalmente, o papel que o Estado e a Sociedade Civil assumem e/ou devem assumir na prevenção, promoção, e recuperação das necessidades da saúde decorrentes da dependência do *crack*.

Embora não se ouvisse falar em *crack* nos Estados Unidos da América (EUA) antes de meados dos anos 80, seu uso se espalhou rapidamente na sociedade norte-americana, especialmente entre as comunidades hispânicas e afro-americanas (Fryer et al., 2005). No Brasil, acredita-se que o surgimento do *crack* se deu nessa mesma década de 1980, e desde o surgimento do *crack*, o seu consumo se caracteriza pela violência do tráfico, agravada pelos efeitos causados pela droga nos consumidores (RIBEIRO, 2010). Assim, torna-se importante a discussão relacionada ao cuidado/tratamento em saúde das pessoas que consomem essa droga.

Nos últimos anos, argumenta Roso (2013), no que se refere a pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, a internação compulsória passou a ser usada como o recurso inicial, quando não o único no tratamento e tem se mostrado recorrente nos serviços de saúde, principalmente quando se trata de usuários de *crack*. Deste modo, esta prática contraria pelo menos um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), contido na Lei 8080/90, artigo 7, III da Constituição, que é o da preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral (BRASIL, 1990).

A Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001), vigente na atualidade e que regulamenta a internação psiquiátrica, divide esta ação em saúde em três modalidades, sendo elas: internação voluntária, aquela que acontece com o consentimento do usuário; involuntária, aquela que ocorre sem o consentimento do usuário e compulsória, aquela determinada pela justiça, indicada quando todos os

recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001). Mas, indo ao encontro da Legislação, pensamos que todas as internações só deveriam ser indicadas quando todos os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, pois o que geralmente vem acontecendo é que as internações têm sido ofertado como primeira proposta de cuidado.

A Reforma Psiquiátrica também prevê uma transformação no cuidado em saúde mental, após a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Uma série de portarias têm sido criadas a fim de regulamentar finalidade, financiamento e funcionamento dos serviços de saúde mental, entre elas estão a Portaria 3088/2011, onde em seu Art. 1º fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001).

Em 2003, o Ministério da Saúde (MS) propôs uma Política Nacional de Atenção Integral de Álcool e outras Drogas que valoriza a descentralização do modelo de atendimento ao determinar a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população, essa política afirma o cuidado no arranjo nos três níveis de atenção à saúde e o comprometimento da indissociabilidade entre prevenção, promoção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2003).

Entretanto, a política pública brasileira sobre drogas é comandada pela Secretária Nacional de Políticas Sobre Drogas (Senad), criada pela medida provisória Nº 1669, de 1998, e, posteriormente, transferida pela abertura do Ministério da Justiça, por meio do decreto Nº 7.426 de 2011 (BRASIL, 2011). Anterior a este período, o Governo Federal instituiu, no ano de 2006, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) que, conforme a Lei 11.343, conhecida como “Lei do usuário”, prescreve medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção de pessoas dependentes de drogas; faz a normatização da repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, define crimes e dá outras providências. Interessante destacar que a “Lei do usuário”,

como é informalmente denominada, não dispõe nenhuma descrição sobre modalidades de internação, tampouco situa a internação compulsória.

Essa política pública destinada a pensar o consumo do *crack* está sendo coordenada pelo Ministério da Justiça, porém, pessoas que sofrem dos agravos, físicos e psicológicos, do uso de drogas, são submetidas aos cuidados no campo das práticas na saúde. Partindo deste ponto, Passos (2010) salienta a importância de tratar de modo integral a saúde e as questões relacionadas ao tema das drogas na atualidade, intencionando que os profissionais desconsiderem as oposições do lícito e ilícito, permitido e proibido.

Todavia, as ações institucionais dirigidas às pessoas que consomem *crack* continuam reverberando uma política proibicionista (e.g., ROSO; 2013; LARA, 2014; ALVES, 2016, GUARESCHI, 2016; PETUCO, 2015; ARBEX, 2013; RUI, 2016; SIQUEIRA, 2010; SOUZA, 2016; XAVIER, 2013). A “Operação Cracolândia” (Jornal de São Paulo; 2012) é exemplo recente das ações dos agentes do Estado. Essa operação, também conhecida como “Operação Sufoco”, foi realizada por policiais militares, mediante a determinação conjunta dos governos regional e municipal, na região denominada Cracolândia, em São Paulo. A operação retirava os consumidores de *crack* das ruas por meio de internações compulsórias.

Ainda, conforme a pesquisa Alves (2016), a ação foi acompanhada pela Defensoria Pública, que prestou atendimento jurídico aos frequentadores do local, disponibilizando-lhes psicólogos e assistentes sociais, atividade integrante da Operação Cracolândia<sup>1</sup>, demonstrando com isso que também os agentes da ciência médica corroboram com tais ações. Tal operação, como outras táticas de colocar em ação ou construir certas representações em relação aos “desviantes”, “marginais”, “loucos”, “drogados”, etc., foi (e está) amplamente divulgada nas grandes mídias<sup>2</sup>.

Dados da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo mostram que a internação compulsória já é praticada desde 2009. Entre as cerca de 2.800

---

<sup>1</sup>Informações colhidas em: <http://noticias.r7.com/sao-paulo/noticias/defensoria-divulga-nota-sobre-acao-na-cracolandia-20120114.html>

<sup>2</sup> Como exemplo, matéria veiculada pela Folha de São Paulo em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2012/01/1029777-pms-retiram-usuarios-de-casas-abandonadas-na-cracolandia-em-sp.shtml> e pela Revista Exame em: <http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/internacao-compulsoria-na-cracolandia-comeca-hoje>.

internações realizadas em equipamentos municipais de 2009 a 2012, a prefeitura confirma mais de 300 casos do tipo compulsória, ou seja, cerca de 11% do total das internações. Ainda que este percentual possa não ser significativo mediante outras situações que exijam internação, o Governo de São Paulo aumentou os leitos de internação, de 691 leitos para 1.179 (JORNAL DE SÃO PAULO, 2013). Por mais que estas sejam informações referentes ao estado de São Paulo, percebe-se por meio das discussões em reuniões do Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial o quanto têm influenciado no aumento das internações também em nossa região.

Os dados fornecidos pela 4ª Coordenadoria Regional de Saúde no ano de 2016 indicam que houve uma média de 1.150 pedidos internações, em 2017 devido algumas interferências, foi possível fazer apenas uma média de janeiro a outubro de 2017, onde ocorreram 752 pedidos. Sendo que no ano de 2018 obteve uma média de 1.230 pedidos de internações.

O aumento de internações foi um dos fatores que instigou a construção desta pesquisa de mestrado. Ao lado disto, as indagações referentes às práticas de cuidado com a população usuária de drogas e algumas inquietações da autora frente a algumas experiências ao longo da formação em psicologia.

A primeira delas foi a vivência do estágio extracurricular, realizado de 2013 a 2015, como acadêmica do curso de Psicologia da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS (4ª CRS), no âmbito da Política de Saúde Mental, onde a demanda de internação compulsória teve um aumento significativo neste período, coincidindo com propagandas e campanhas como a do grupo RBS (Rede Brasil Sul de Televisão), filiada à Rede Globo, “Crack Nem Pensar” “que enfatizava o consumo de *crack* como uma epidemia a ser combatida” (ROSO; ROMANINI, 2012/2013, p. 75). Embora não possamos afirmar que o aumento das internações estejam diretamente relacionadas com a produção midiática, suspeitamos que existe relação entre o aumento de mandados judiciais para internação compulsória como primeira intervenção de cuidado com a divulgação na mídia à medida que entendemos que esta é fonte de informação para os profissionais de saúde. De fato, entendemos que a mídia, ao trazer os discursos do campo científico, contribui para a construção dos significados e práticas de

saúde, constituindo-se, deste modo, em uma forte colaboradora no processo de construção de representações sociais envolvendo os processos de saúde-doença-cuidado.

Ao longo, das discussões realizadas no campo de estágio na 4ª CRS, surgiam questões em relação ao conhecimento que o Judiciário tinha ou não acerca da Política de Saúde Mental da rede de cuidado em saúde mental que existe no município e/ou sobre a relação do Judiciário com os serviços de Saúde Mental. Nessa época, foi implementado o Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial idealizado e conduzido pela 4ª CRS, para discutir e tentar diminuir essa prática da internação compulsória.

Além dessa experiência, a inserção na atividade de estudos “Saberes sobre o *crack*: políticas públicas, internação compulsória, gênero e biopoder<sup>2</sup>”, proporcionou um conhecimento mais amplo no que diz respeito à temática sobre *crack*, cuidado de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas e Psicologia Social Crítica, pois, discutindo em grupo, foi possível ampliar conhecimentos e (des) construir conceitos.

No ano de 2015, para pensarmos essa demanda do uso de *crack* e internação compulsória na atividade de estudos de Iniciação Científica, foi feito um levantamento bibliográfico exploratório sobre o que estava sendo publicado sobre essa temática e constatamos que as pesquisas demonstraram um forte interesse voltado para o uso do *crack* e seus efeitos, e não aos tipos de tratamentos e cuidados para pessoas com problemas devido ao uso de *crack*. Assim, o interesse pelo tema se intensificou, pois as relações dos serviços de saúde mental com o Judiciário e as práticas de cuidado em saúde mental, envolvendo a internação compulsória eram assunto central discutido no grupo.

Por fim, o estágio curricular específico do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Integrada de Santa Maria- FISMA, com ênfase em saúde, realizado num CAPS ad de Santa Maria, ao longo do nono e décimo semestre de graduação no ano 2015 e 2016, aliado à participação no Projeto de Extensão “O

---

<sup>2</sup> Grupo de estudos de Iniciação Científica realizado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia (UFSM), vinculado ao projeto de Mestrado intitulado “Saberes do requerente acerca da Internação Compulsória” (ALVES; ANO) e ao projeto “Procuidado”, já citado anteriormente.

Acompanhamento Terapêutico como Dispositivo para a Produção de Redes de Cuidado em Saúde Mental”, ao longo de quatro semestres, possibilitaram a observação e a participação em intervenções que aconteceram a partir de demandas oriundas do Judiciário por meio de internação compulsória, consolidando a ideia de pesquisar sobre o assunto.

Estas experiências acadêmicas proporcionaram que a autora realizasse o trabalho de conclusão de curso com essa temática, intitulado “Interfaces entre CAPS ad e Judiciário no cuidado em saúde mental” (ANDRETTI, 2016). A pesquisa ocorreu no contexto de um CAPS ad no município de Santa Maria, onde foi concluído que o único “cuidado” por meio do judiciário, é a internação compulsória, sendo utilizada e entendida como uma medida única de tratamento, mostrando ser de suma importância o investimento em articulações dos serviços de saúde com os demais setores, buscando uma parceria intersetorial, com a justiça, educação e cultura.

Soma-se a essa trajetória acadêmica, uma disciplina do mestrado de coorientação científica, onde foi feito um levantamento exploratório, realizado na base de dados SCIELO no ano de 2017, utilizando como descritor internação compulsória, marcando no filtro, coleção Brasil, idiomas Português e ano de publicação 2014, 2015 e 2016. A partir desse levantamento encontramos 8 artigos, nos quais 5 deles tratavam de internação compulsória pelo uso de drogas (REIS, 2016; GUARESCHI, 2016; NOVAES, 2014; COELHO, 2014; REIS, 2014).

Os artigos mostraram a emergência de pensarmos principalmente o uso de drogas como um problema social que convoca os campos de saber a produzir respostas a essa problemática, pensar essa relação de poder entre Justiça e usuário de drogas, e também para pensar o modo como a internação tem sido utilizada como um meio punitivo e de exclusão. Esses resultados conduzem à importância de relembrar a trajetória de exclusão provocada pelos tratamentos de usuários de drogas no Brasil e pensar nas formas atuais de tratamentos que objetivam a reinserção social do usuário.

Segundo os artigos mencionados, podemos entender que o não cumprimento da política pública sobre o assunto, crenças da população sobre uma forma milagrosa de cura e desconhecimento sobre a legislação e formas alternativas de

tratamento, retomam, com novas roupagens, a segregação das pessoas que sofrem com problemas decorrentes do uso de drogas, permitindo internações desnecessárias, por ordem judicial e sem o devido processo legal.

Assim, demonstra-se que é preciso discutir a interpretação inconstitucional que vem sendo conferida à Lei nº 10.216/01, que prevê a internação compulsória de pessoas com transtornos mentais, mas que está servindo de fundamento para a internação de usuários de drogas. Tratando-se de absoluta afronta aos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e do direito à saúde, partindo-se da premissa que os usuários de drogas não são pessoas com transtornos mentais.

A internação compulsória, além de ser agressiva conforme os artigos, e uma forma de tratamento ineficaz, constitui um modo de eliminação dos indesejados, transformando-se em prática higienista violadora de direitos humanos, e do uso do direito, principalmente, o da saúde para construção de políticas públicas. A prática da internação compulsória junto ao judiciário vem sendo colocada como uma garantia de direitos e, assim mais uma vez, ela vem sendo efetivada de modo equivocado, como uma prática punitiva e de exclusão social.

Observa-se que essa prática leva à desnaturalização das ações contemporâneas do Estado direcionadas aos usuários de drogas e aos atravessamentos dos interesses de mercado que operam no contexto dessa política. Entende-se também a importância de espaços de discussão entre os profissionais de saúde e Judiciário para a construção de novas políticas públicas no cuidado de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas. Então, diante das problemáticas relativas à efetivação da Internação Compulsória e de um percurso acadêmico em que a temática esteve presente nos diferentes espaços formativos percorridos pela autora da pesquisa. Nessa perspectiva, espera-se que a pesquisa contribua para promover uma reflexão com os trabalhadores dos serviços de saúde mental sobre a internação compulsória.

Diante disso, partimos de uma construção teórica sustentada na Teoria das Representações Sociais (e.g., JODELET, 2015; JOVCHELOVITCH, 2008; GUARESCHI, 2009; MOSCOVICI, 2012) e nos escritos de autores que têm tomado uma posição ético-política frente às políticas de saúde (AMARANTE, 2005; ARBEX, 2013; GOFFMAN, 2001; BASAGLIA, 1985; RUI, 2014; LANCETTI, 2015, PETUCO,

2012; ROSO et al., 2013, 2007a, 2007b;) e autores que enfocam as temáticas referentes a pessoas que fazem uso de drogas, mais especificamente, a droga “*crack*” e internação compulsória. Esta pesquisa teve como objetivo compreender, refletir e problematizar as práticas de internação compulsória de pessoas que consomem *crack* a partir das experiências dos profissionais da saúde que participam do Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, situada em Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, a fim de conhecermos os processos de saúde-doença-cuidado referentes às pessoas que são internadas, pelo olhar do profissional que participa do processo do pedido de internação compulsória.

O que os profissionais de saúde pensam e sentem sobre internação compulsória e sobre o consumo da droga, particularmente do *crack*? Como esses pensamentos e afetos interagem e movimentam as práticas de cuidado das pessoas que consomem *crack*? Quais saberes e afetos sobre Internação Compulsória circulam entre os profissionais da saúde?. Essas são perguntas basilares à psicologia social que volta-se para o estudo das práticas em saúde mental, especialmente tendo em vista que no atual contexto brasileiro uma série de políticas e discursos midiáticos reforça as internações compulsórias como medida prioritária de tratamento para pessoas com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (ROSO, 2012).

## 2. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de Dissertação de Mestrado, intitulada “Profissionais de saúde mental: olhares sobre internação compulsória de pessoas que usam *crack*”. Esta Dissertação compõe uma pesquisa maior (projeto guarda-chuva) intitulado “PROCUIDADO – O Cuidado que Nós Desejamos: Uso de *Crack* e Representações em Saúde. Experiências de Internação Compulsória”

A pesquisa teve um delineamento participativo, sustentada em uma proposta de pesquisa em abordagem de natureza qualitativa, entendendo que ela trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes, opiniões (MINAYO; SANCHES, 1993), com o intuito de compreender aquilo que é da ordem do simbólico e da materialidade também, buscando aprofundar a complexidade de fenômenos. A abordagem de cunho qualitativo trabalha os dados buscando seu significado, tendo como base a percepção do fenômeno dentro do seu contexto. O uso da descrição qualitativa procura captar não só a aparência do fenômeno como também suas essências, procurando explicar sua origem, relações e mudanças, e tentando sentir as consequências (TRIVIÑOS, 1987).

A técnica para construção das informações foi por meio de Observação Participante com foco no Grupo Condutor Regional da RAPS da 4ª CRS, em reuniões mensais ou, às vezes, bimensais, com profissionais de saúde mental que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades de saúde mental de hospitais gerais e profissionais da Atenção Primária em Saúde dos 32 municípios que compreendem a área de abrangência administrativa da 4ªCRS. A técnica de observação participante se realiza por meio do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos e grupos (MINAYO, 2001). Além disso, durante todo o processo de execução da pesquisa e na inserção no local para a realização da mesma, houve o auxílio de uma equipe que integra o projeto, sendo esta formada por professores, mestrandos e quatro graduandas bolsistas de Iniciação Científica, as quais acompanharam o projeto desde sua elaboração, estudando questões

teóricas referentes à temática abordada, perpetuando no desenvolvimento e execução da pesquisa.

O Diário de campo também acompanhou todo o processo de coleta de dados da pesquisa, registrando-se pensamentos, sentimentos, afetos, tensões, interações, redes estabelecidas e ações realizadas, empreendendo desde esse momento uma escrita implicada. O diário de campo, é uma ferramenta eficaz para quem quer compreender sua prática, refletir, organizar, mudar e torná-la coerente com suas ideias, pois além dos momentos formais, os diários são importantes para o registro das relações que acontecem durante o percurso das pesquisas (HESS, 2006). O diário de campo acompanhou todo o processo da pesquisa. Por meio dele, registramos as falas e os sentimentos, dos participantes e dos pesquisadores, em cada reunião do grupo, em eventos que participamos envolvendo a temática, e nos encontros que fossem para apresentar e discutir a pesquisa.

Por último, utilizamos análise documental por meio de documentos como atas das reuniões do Grupo Condutor e dados existente na 4ª CRS referentes às internações compulsórias. O uso de documentos para a pesquisa traz uma importante colaboração, aproximando o entendimento do objeto na sua contextualização histórica e sociocultural, pois servem como fontes de extração de experiências e acontecimentos (c.f., GIL, 2008; SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009; CELLARD, 2008).

A compreensão e a interpretação das informações foram conduzidas com base na Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2012; JOVCHELOVITCH, 2008; GUARESCHI, 2009; ROSO et al., 2013, 2007a, 2007b; HERZLICH, 2005). Alguns constructos teóricos como ancoragem e objetificação, auxiliaram nas análises. Além disso, recorreremos a escritos de autores que têm tomado uma posição ético-política frente às políticas de saúde (AMARANTE, 2005; ARBEX, 2013; RUI, 2014; LANCETTI, 2015) e autores que enfocam as temáticas referentes a pessoas que fazem uso de drogas, mais especificamente, a droga “*crack*” e internação compulsória.

Em relação aos aspectos éticos, o projeto no qual esta dissertação se insere, o PROCUIDADO, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM, sob o CAAE 31747214.7.0000.5346 da UFSM. Assumimos o compromisso de

cumprir integralmente os princípios da Resolução CNS 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016). A Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

A pesquisa foi apresentada aos participantes em reuniões do Grupo Condutor Regional da RAPS- 4ª CRS, onde foi autorizada pelos mesmos e registrada em ata. Em todo o percurso da pesquisa tentamos tomar o cuidado em preservar o anonimato dos profissionais e seus municípios, quando citamos as falas. Também não tivemos a pretensão de criticar seus processos de trabalho-cuidado, e ,sim, compreender, refletir e problematizar, fazendo com que os profissionais se sentissem parte da pesquisa. E temos como compromisso após finalizar e defender a Dissertação de Mestrado, apresentar e discutir os resultados da pesquisa com os participantes do Grupo Condutor Regional da RAPS- 4ª CRS.

### 3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E ALGUNS CONCEITOS

É importante destacarmos que olhar estamos dando para o objeto de nosso estudo, a internação compulsória e os saberes dos profissionais da saúde, e quais perspectiva teórico-metodológica estamos utilizando. Assim vamos apresentar a proposta da Teoria das Representações Sociais, teoria que está sendo base da pesquisa de mestrado.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) teve sua origem na Europa, a partir da obra de Moscovici (1961) "*La Psychanalyse: Son image et son public*". Moscovici estava interessado em analisar o que acontece quando um novo conhecimento se espalha dentro de uma população humana, tornando-se uma contribuição para a sociologia da ciência (FARR, 1995).

A noção de representação social proposta por Moscovici no início dos anos 60, na França, teve como intenção questionar a psicologia social existente, especialmente a de tradição americana, de caráter predominantemente individualista. Desta forma, Moscovici se fundamenta em Durkheim para reverter a ênfase no individualismo (GUARESCHI; ROSO, 2014). Entretanto, Moscovici transpõe a tradição de alguns de seus precursores à medida que não faz a separação, anteriormente proposta, entre indivíduo e sociedade/cultura. Tal separação parte da ideia de que as leis que regiam os fenômenos coletivos eram diferentes das leis que regiam fenômenos individuais, separando, desta forma, a psicologia e a sociologia (FARR, 2008). Assim, Moscovici, abriu um novo campo referencial e teórico, superando as barreiras e limitações encontradas nas práticas sociais, cujas definições de unidade de análise e observação eram instrumentos voltados para o individualismo hegemônico de corrente norte-americana (ARRUDA 2008; JODELET, 2009).

O campo da psicologia social crítica, em diálogo com Moscovici (2012), compreende as representações sociais como sendo um conjunto de conceitos, explicações e afirmações oriundas do cotidiano, que perpassam as interações sociais, permitindo que os sujeitos compreendam suas interrelações e o mundo a sua volta. Sendo assim esta pesquisa, com base na psicologia social crítica,

representações sociais e teorias afins, tem em vista compreender, refletir e problematizar o diálogo sobre internação compulsória, entre os sujeitos que participam do Grupo Condutor em Saúde Mental, sendo este diálogo afetado pelas relações que eles estabelecem com o(s) outro(s) no grupo, com os objetos, com o mundo. As representações sociais (RS) são consideradas como “fenômenos” para Moscovici, fenômenos existentes nas realidades, na sociedade, realidades concretas que exercem forças e pressões nas pessoas, mas essa realidade não é física, são sociais, sendo internos e externos, pois, existem na mente das pessoas, ao mesmo tempo, concretiza-se em fenômenos sociais (GUARESCHI, 1996).

Entende-se a Internação Compulsória como um fenômeno que se constitui por meio de práticas psicossociais como cuidado, tratamento, exclusão, direitos, que, por sua vez, são construídas com base em uma rede de representações sociais. Deste modo, é importante pensarmos quais representações mais aparecem no campo da saúde mental. Considera-se as Representações Sociais como um conhecimento do senso comum, saberes socialmente produzidos e partilhados, não deixando de ser um conhecimento, mas diferente do conhecimento científico, que é reificado e fundamentalmente cognitivo (GUARESCHI, 2000).

Guareschi (1996) destaca três importantes níveis de representações sociais, ou três níveis de discussão em representações, sendo eles: fenomenológicos, teórico e meta-teórico. No nível fenomenológico são considerados os saberes do senso comum, modos de conhecimentos e explicações populares. No teórico, os conceitos e construtos sobre Representações Sociais constitui uma definição conceitual e metodológica. No meta-teórico são construídas críticas aos postulados e pressupostos teóricos e epistemológicos sobre Representações Sociais. Assim, pensamos que, além de trazer conhecimentos científicos, os profissionais de saúde produzem outros conhecimentos sobre a internação compulsória, a partir de suas representações e preconceitos e na interação com os usuários dos serviços. E essas representações sendo posta em ação em um grupo multi e interdisciplinar produzem algumas práticas de cuidado.

As representações sociais, enquanto teoria, podem ser consideradas transformadoras e constituem aspectos culturais, cognitivos e valorativos, e de certo modo ideológicos, pois estão presentes nos meios e na mente, envolvendo-se numa

realidade presente nos objetos e nos sujeitos, ou seja, constituem-se num conceito relacional, e por isso social também (GUARESCHI, 1996). Representar não é um processo fácil, pois além do objeto, ele carrega um sentido simbólico, a identificação e a construção de um bom conceito, se constitui, por meio de uma boa investigação.

Pensamos que todas as pessoas carregam consigo conceitos pessoais, e como esses conceitos são discutidos e redirecionados no cotidiano de suas práticas. Portanto, pensar fatos polêmicos podem ter outras representações, quando discutidos entre um grupo maior de pessoas. Conforme, os fenômenos vão sendo transformados e os conceitos vão surgindo, as Representações têm como finalidade nos auxiliar a tornar familiar o não familiar. Nessa perspectiva de tornar familiar o não familiar é que Moscovici chama de geradores de RS, que são dois processos que iremos discorrer a seguir, chamados de Ancoragem e Objetivação.

Com base nessas acepções, a teoria das representações sociais propõe estudar cientificamente o senso comum, compreendido como um conhecimento não menos valioso ou deficiente em relação ao conhecimento científico (MOSCOVICI, 2012). Nesses princípios, a teoria assinala que os grupos se apropriam de conhecimentos produzidos pelos pensamentos ideológicos e hegemônicos vigentes em dado contexto histórico, onde também circulam os meios de comunicação de massa, ao passo que os saberes populares possuem características de dinamismo e heterogeneidade, o que os tornam particulares em cada grupo social, conforme salientam Moscovici (2012) e Guareschi (2002).

Por isso, os fenômenos das representações sociais podem ser entendidos como um conhecimento do senso comum, tudo que é produzido socialmente e compartilhado, ou seja, conhecimentos sociais, um conhecimento baseado na cultura e na memória, mas diferente do conhecimento científico que é reificado, o conhecimento social é ampliado e transformado socialmente por meio dos fenômenos das representações sociais. E somente a partir de uma investigação cuidadosa e detalhada, podemos identificar esses processos e conceitos (GUARESCHI, 2000).

Mas a teoria das representações sociais não estuda qualquer fenômeno, pois nem todo fenômeno (re)produz representações sociais. Conforme Jovchelovitch (2011, p. 13), “o estudo das representações sociais é mais do que a listagem de

sentidos verbalizados sobre objetos, e sim uma tentativa de abarcar o enquadre do jogo representacional e sua complexidade em esferas públicas”. Ou seja, a TRS se ocupa de fenômenos de interesse público que causam tensões e polêmicas na sociedade, por isto, pensamos que esta teoria pode iluminar nosso entendimento com relação às polêmicas que o consumo de *crack* têm gerado na sociedade.

A Psicologia Social Crítica da Saúde a partir das Representações Sociais está preocupada, principalmente, com a transformação social, considerando o saber popular como peça chave para alcançar uma postura crítica e propositiva. Por sua vez, Roso (2007) afirma que:

Esse modelo tem como características principais a dialogicidade, a valorização dos saberes populares, socialmente construídos e partilhados (Representações Sociais), a utopia, a análise das relações de poder, e a ética do cuidado, que é, ao mesmo tempo, crítica e propositiva: enfim, um modelo baseado numa cosmovisão comunitário solidária (ROSO, 2007, p. 133).

Desta maneira, para pensar a internação compulsória tomamos o caminho da psicologia social crítica e representações sociais, que objetiva não somente a complexidade dos fenômenos, a diversidade teórica e metodológica, mas a interlocução entre as diferentes áreas da psicologia, como, também, a posição ético-reflexiva em relação aos seus compromissos sociais e políticos (STREY et al., 1998). Essa perspectiva nos oferece “uma compreensão mais ampla do real dos fenômenos, pois, diante do que está aí, lembra-me também tudo o que não está aí, o lado oculto, não iluminado, silenciado, mas que também é parte da totalidade do fato e do fenômeno, da realidade” (GUARESCHI, 2005, p.16). Ou seja, para essa perspectiva teórica, faz-se necessário que o pesquisador se atente ao que está visível e é audível, mas também ao que não é dito, aos silêncios, aos lapsos, aos movimentos corporais e às experiências de afeto em seu contexto de pesquisa (BERNI; ROSO, 2014).

Sendo assim, o que está sendo produzido a partir das Representações Sociais que os profissionais têm sobre a pessoa que faz uso de drogas? E como essas representações interatuam no cuidado em saúde e, ao mesmo tempo, o transformam? Como os processos de ancoragem e objetivação geram

representações no que se refere às drogas e ao *crack*, em específico? Moscovici (2010) afirma que são dois os processos que geram as representações sociais: ancoragem e objetivação.

Ancorar significa “classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não são classificadas e que não possuem nome, são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras” (MOSCOVICI, 2007, p. 61). Deste modo, a ancoragem tem o papel de categorizar e tornar comum aos sujeitos algo que lhe parece diferente. O segundo processo, objetivação, tem a tarefa de objetivar a ancoragem, ou seja, externalizar o conhecimento abstraído pelos sujeitos. Moscovici descreve que a “objetivação transforma algo abstrato em algo quase concreto, transferir o que está na mente em algo que exista no mundo físico” (MOSCOVICI, 2007. p. 70).

### **3.1 Processos de Ancoragem e Objetivação**

O processo de Ancoragem tem por objetivo classificar o não familiar; é algo que transforma o que é estranho e assustador em nosso sistema particular, em algo que conseguimos classificar, nomear, envolvendo, na maioria das vezes, juízos de valores. É como um bote que se ancora para não ficar flutuando, sem destino e quando não conseguimos classificar ou descrever algo, o primeiro passo, para tentar uma explicação é colocar esse objeto em categoria classificação, rotulá-lo com um nome conhecido. E quando conseguimos fazer essa nomeação, classificação, podemos representar o não usual em nosso mundo familiar. Desse modo, somos capazes de imaginá-lo, de representá-lo.

De fato, representar é fundamental, pois está na base dos processos de classificação - como, por exemplo, quando categorizamos uma pessoa como neurótica, pobre ou drogada. Obviamente que neste processo representacional nós não estamos apenas colocando um fato, avaliando e rotulando essa pessoa: nesta atitude revelamos muitas vezes nossas próprias teorias. Percebemos que a neutralidade acaba sendo proibida e que pela lógica do sistema tudo tem que ser classificado e nomeado (MOSCOVICI, 2007).

Categorizar alguém ou alguma coisa significa escolher um dos paradigmas guardados em nossa memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com

essa pessoa ou objeto. Contudo, em grande parte das vezes, essa classificação é feita comparando as pessoas a um protótipo, geralmente aceito como representante de uma classe social. Na opinião de Moscovici (2007), esse é um fator importante da Psicologia Social que não recebe a atenção que merece; os estudos de classificação, categorização e avaliação não conseguem levar em consideração os pressupostos de tais fenômenos e que eles pressupõem uma representação de acontecimentos.

Percebe-se, muitas vezes, que pessoas que consomem *crack* e outras drogas, estão sendo representadas como “perigosas”, “violentas”, “transtornadas” e “sem condições de autonomia”. Possivelmente, esse entendimento ancora-se em outros grupos sociais, ou melhor, em representações acerca das pessoas em sofrimento mental. Mesmo com os novos paradigmas na assistência à saúde mental, preconizando a inclusão de pessoas em sofrimento psíquico na sociedade, o preconceito, a exclusão e as representações negativas em relação às pessoas com sofrimento psíquico são problemas socialmente relevantes e teoricamente importantes, destacando-se, sobretudo, em função da atual configuração da saúde mental no Brasil (MACIEL, 2014).

Jodelet (2005) em seu estudo das representações sociais da loucura com moradores de uma pequena comunidade francesa que conviviam com doentes mentais e diversos trabalhos, demonstra que “efeitos simbólicos, como os provocados por representações sociais da loucura, são tão reais quanto efeitos materiais” (p.8). Por isso é importante problematizar a prática de internação compulsória. Nesse sentido a prática da internação compulsória podem estar carregadas de efeitos simbólicos.

O segundo processo, o de objetivação, consiste em tornar concreta, visível, uma realidade que muitas vezes nos escapa de uma explicação. E assim, tentamos ligar um conceito a uma imagem. Segundo Moscovici, Objetivação é transformar a palavra que substitui a coisa, na coisa que substitui a palavra (GUARESCHI, 2007). Objetivação une a ideia do não-familiar com a da realidade, tornando-se a real essência da realidade. Para objetivar é preciso descobrir a qualidade icônica de uma ideia, reproduzir um conceito com uma imagem e representar essa imagem com algum significado.

Um dos exemplos fornecidos para o processo objetivação refere-se à religião, “ao chamar de pai a Deus, estamos objetivando uma imagem, facilitando assim a ideia do que seja Deus” (MOSCOVICI, 2007, p. 72). Objetivar é transformar algo abstrato em algo quase concreto, transferir o que está na mente em algo que exista no mundo físico, é reproduzir um conceito em uma imagem. Ao supor que as palavras não falam sobre “nada”, somos forçados a ligá-las a algo, a encontrar algo equivalente não verbal para elas (MOSCOVICI, 2007).

Assim, muitas vezes, para os profissionais, falar na consequência e o feito que a droga produz, é mais fácil do que pensar de maneira psicossocial da situação, perpassando o saber específico sobre determinada doença. Herzlich (2005) sinaliza que os estudos em representações de saúde e doença podem ser úteis se, *a priori*, demarcarem a articulação entre as representações com a patologia de uma determinada época, ou seja, os recortes de pesquisa entre o *corpus* do estudado e os fenômenos que implicam a temática necessitam serem correlacionados.

A objetivação é também condensar significados diferentes, que podem frequentemente causar ameaças ou são indizíveis e inescutáveis, em uma realidade familiar. As pessoas ancoram o desconhecido em uma realidade conhecida e institucionalizada e, paradoxalmente, deslocam aquela rede de significados já estabelecidos, que as sociedades tentam manter. Nesse sentido, as representações sociais surgem a partir do processo que ao mesmo tempo desafia e reproduz, repete e supera, que é formado, mas que também, pode formar a vida social de uma comunidade (Jovchelovitch, 1995). E para que ocorra esse processo é necessário a dialogicidade, sendo esta caracterizada como a habilidade da “mente de conceber, criar e comunicar sobre realidades sociais em termos do Alter- Ego” (MARKOVÁ, 2006, p. 137).

Portanto, ancoragem e objetivação são duas maneiras de lidar com a memória. Na ancoragem, a memória é mantida em movimento e a memória é dirigida para dentro, está sempre incluindo e tirando objetos, pessoas e acontecimento, que acabam sendo classificados como um compromisso e os rotulados com um nome. Na objetivação considerada ser direcionada para fora, ou outros, junta-se conceitos e imagens e se reproduz em um mundo exterior, para

fazer com que as coisas se tornem conhecidas a partir do que já é conhecido (MOSCOVICI, 2007).

A TRS foi re-conceituada, depois dos anos 90, por Moscovici, em termos de Themata (plural) e da “thematização”. Nesse sentido, Themata surgem a partir das antinomias no pensamento do senso comum. Mas é importante ressaltar que nem todas as antinomias tornam-se Themata. Assim, essas se tornam themata quando situações sociais e históricas se transformam em problemas, vindo a ser centro de atenção social e a origem de tensão e conflito (MARKOVÁ, 2006). É durante essas situações em que as antinomias tornam-se themata: “elas entram no discurso público, se tornam problematizadas e ainda mais “thematizadas”. Depois então, começam a gerar representações sociais em relação ao fenômeno em questão” (MARKOVÁ, 2006, p. 252-53).

Concluimos que representações sociais buscam compreender como os sujeitos inseridos em coletividades se utilizam de pilares ideológicos e saberes científicos, a priori, mas que se transformam cotidianamente com outros saberes, no sentido processual das inter-relações (MOSCOVICI, 2003). Ou seja, o saber do senso comum transforma e modifica a realidade cotidiana, estabelecendo movimentos dinâmicos e processos na relação eu-outro-objeto. Essas relações constroem símbolos e ações, formas e conteúdo, convenções e prescrições, mas como já mencionado, possuem caráter de dinamicidade, segundo Moscovici (2003).

Com este trabalho tentamos nos aproximarmos dos saberes reificados, por meio dos discursos produzidos pelos profissionais e refletir, compreender como esses discursos representados se interrelacionam com a internação compulsória e uso de drogas e o que se colocam na atualidade. Como os fenômenos percebidos pelas representações sociais são de ordem social e se articulam entre as relações, nas questões psicológicas e ações sociais, bem como nos processos de construção simbólica dos sujeitos e coletividades, dando sentidos e compreensões ao universo e lugar por meio de uma identidade social (JOVCHELOVITCH, 1995).

#### **4. GRUPO CONDUTOR REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃO E COMUNICAÇÃO**

A escrita desenvolvida aqui visa descrever e refletir criticamente uma experiência no campo grupal e apresentar o campo de pesquisa onde se desenvolveu a Dissertação. O objeto dessa reflexão refere-se ao Grupo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composto pela Coordenação Regional de Saúde Mental e trabalhadores das linhas de cuidado em saúde mental dos seus municípios de referência, criado no ano de 2014.

Entende-se grupo, como um dispositivo potente para a qualificação das ações em saúde mental e um território para o desenvolvimento de educação permanente em saúde. As perspectivas de diferentes autores da psicologia social e da saúde coletiva, que apostam numa perspectiva psicossocial da saúde e das relações inter/intragrupais contribuem para a reflexão sobre os modos como sujeitos singulares conseguem se unir para a criação de modos de viver e de trabalhar que leve em consideração a alteridade (ROSO, 2014; ROSO, ANGONESE, SANTOS, 2013; ROMANINI, ROSO, 2012; MERHY, 2006; CAMPOS, 2005; CECCIM, 2003; PICHON RIVIÈRE, 1994; LEWIN, 1978).

Diante do exposto, compreendemos grupo como um conjunto restrito de pessoas, que ligadas por constantes de tempo, espaço e articuladas por sua, mútua representação interna, propõe-se, explícita ou implicitamente, a uma tarefa, que constitui sua finalidade. Por grupo de trabalho, entende-se a reunião de pessoas para a realização de uma tarefa específica, onde se consegue manter um nível refinado de comportamento distinguido pela cooperação. Nesse sentido, um grupo pode se configurar como uma estratégia importante para a organização das práticas de cuidado em saúde mental. Para isso, deve-se partir de um olhar crítico e interrogador sobre as diversas questões implicadas, considerando os seguintes aspectos: localizar o contexto geral, situacional, o lugar que ocupa o serviço, identificar a rede de relações existentes, ouvir com objetividade os ruídos que existem nos processos de trabalho, o cotidiano dos serviços e a micropolítica do

processo de trabalho e da tecnologia das relações (PICHON RIVIÈRE, 1994; BION, 1975; MERHY, 1997).

No entanto, não basta que haja um objetivo comum ou que tenha como finalidade uma tarefa, é preciso que essas pessoas façam parte de uma estrutura dinâmica chamada vínculo. Deste aspecto, surge a importância do vínculo, da interação, na procura de um objetivo comum, tomando como princípios organizadores do grupo o vínculo e a tarefa. Assim, podemos interpretar que um Grupo Condutor da RAPS sustenta-se a partir de uma rede de vínculos constituída por meio de seu processo histórico, o que possibilita conquistas no campo do cuidado em saúde mental. Enquanto um espaço potencial para o compartilhamento de ideias, discussões e abertura para o diálogo, esta modalidade de grupo propicia a construção de práticas e ações no campo da saúde.

No desenvolvimento de sua tarefa ou, em outras palavras, do lugar que ocupa, como espaço de ampliação e articulação das ações e práticas voltadas aos sujeitos, acometido por algum sofrimento psíquico e/ou com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, o Grupo Condutor apresentado neste artigo enfrentou (e vem enfrentando) muitos entraves para realização de seus propósitos de trabalho. No entanto, tais dificuldades não impediram que as diferentes representações sociais que circulam no seu interior, e dos afetos e ações disparados por estas construíssem campos possíveis de comunicação autêntica.

É por intermédio da proposição de autenticidade que os membros de um grupo devem ter as condições para concretizar a comunicação autêntica (LEWIN, 1978). Portanto, é essencial observar que tratamento o grupo oferece às diferenças em termos de manifestações discursivas, quando da resolução de seus problemas relativos à tarefa grupal. Afinal, se um grupo não apresentar espaço interno para que os integrantes possam falar de suas dificuldades, serem autênticos e se comunicarem em todos os níveis (daí decorre o importante papel do coordenador do grupo, da escuta atenta a essas manifestações), o desencadeamento de redes paralelas e não formais externas ao grupo podem acontecer. Como consequência, poderá haver a diminuição da força-tarefa do mesmo. Diante desses fatores, concordamos com Campos (2003) com relação à ideia de que:

Todo Apoiador minimamente sábio descobre que somente se consegue apoiar quando nos autorizamos a sermos apoiados pelo grupo a quem pretendemos ajudar. Um bom dirigente dirige e é dirigido, comanda e é comandado, por aqueles com quem trabalha” (CAMPOS, 2003, p. 102).

Por isso, a importância do texto que apresentaremos a seguir, pois tem como principal meta apontar as possibilidades dessa ferramenta para os processos de gestão do trabalho e da educação permanente em saúde mental, além de, uma reconstrução histórica da constituição desta experiência de Grupo Condutor. Por meio, das experiências, aqui relatadas, procuramos compartilhar como ocorreu o processo de implementação de um Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), localizada no estado do Rio Grande do Sul.

Apesar desse relato ser derivado de pesquisa acadêmica, a experiência aqui sustentada é, fundamentalmente, uma vivência, na qual vínculos, afetos e encontros foram tecendo a história que nestas linhas é contada. Trata-se de uma escrita marcada pelas inúmeras e significativas lembranças de todos os autores envolvidos, com diferentes níveis de envolvimento com a instituição (e.g., estágio acadêmico, supervisão de estágio, mediação do grupo condutor, coordenação da saúde mental). Consiste, portanto, em uma escrita construída a muitas-mãos, permeada de afetos e implicações, registradas em diário de campo.

Como já expressamos no capítulo do Método, o Diário de Campo, enquanto instrumento utilizado em pesquisas qualitativas permite o registro de falas, pensamentos, sentimentos, afetos, tensões, interações, redes estabelecidas e ações realizadas, empreendendo desde esse momento uma escrita implicada. É uma ferramenta eficaz para quem quer compreender sua prática, refletir, organizar, mudar e torná-la coerente com suas ideias, pois além, dos momentos formais, os diários são importantes para registro das relações que acontecem durante o percurso das pesquisas. No diário de campo podem ser registradas tanto as perspectivas que o/a pesquisador/a tem ao iniciar a pesquisa como as diversas teias que envolvem cada momento do campo da pesquisa. De forma descritiva, em que a preocupação é captar uma imagem por palavras do local, pessoas, ações e conversas observadas, e de forma reflexiva onde incorpora mais o ponto de vista do

observador, as ideias e preocupações (ARAÚJO et al. 2013; BOGDAN; BIKLEN, 1994; HESS, 2006; MACEDO, 2010).

Desta maneira, a relação entre pesquisadores e participantes representa um encontro de subjetividades, é a tomada de si mesmo e do outro. Nesse sentido, o diário de campo se configura uma ferramenta fundamental para acompanhar e registrar o que se passa nesse encontro de subjetividades, além de, ser um espaço para a reflexão do próprio pesquisador. Além do uso do diário, utilizamos as atas das reuniões do Grupo Condutor Regional da RAPS entre o período de 2014 a 2018, buscando reconstruir a constituição do mesmo e seu percurso durante esses anos.

#### **4.1 Apresentando a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde Grupo serviço que construiu o Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**

Neste escrito, de forma participativa e descritiva, relatamos a constituição e desenvolvimento do Grupo Condutor da RAPS apresentando como ocorreu o processo de articulação com os serviços de saúde mental, o lugar relevante ocupado pelo grupo na problematização e reestruturação de práticas profissionais e institucionais em saúde, o desenvolvimento de ações, entre outros.

O Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) surgiu a partir da Portaria 3088/2011, na qual o Artigo 1º institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). De acordo, com o Ministério da Saúde (2011), a finalidade da RAPS é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O primeiro Grupo Condutor da Rede Atenção Psicossocial, em nível Estadual foi criado em 2013 a partir da publicação da Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado do Rio Grande do Sul 592/2013 (BRASIL, 2013), período no qual a Coordenação Estadual de Saúde Mental começou a fomentar as criações de grupos condutores regionais. Dentro da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS), campo de nossa experiência, o Grupo Condutor foi criado no ano de 2014, composto pela Coordenação Regional de Saúde e trabalhadores das linhas de cuidado em saúde mental, dos municípios que compõem a 4ª CRS.

Uma Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) atua, enquanto unidade descentralizada da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, no suporte técnico aos municípios de sua área de abrangência, nas diversas áreas e políticas de saúde, promovendo capacitação e apoio institucional, além de fundamental suporte na implantação de Redes Regionais de Atenção em Saúde (BRASIL, 2011). Nesse sentido, o Estado do RS foi dividido em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, que totalizam 30 regiões de saúde.

Na região de abrangência do nosso relato, a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ªCRS) possui duas Regiões de Saúde (Figura 1). A primeira é denominada Região Verdes Campos, sendo composta por 21 municípios e que possui uma população de 417.906 habitantes. Os municípios pertencentes a esta região são: Santa Maria; Quevedos; Júlio de Castilhos; Pinhal Grande; Toropi; São Martinho da Serra; Nova Palma; São Pedro do Sul; Itaara; Ivorá; Faxinal do Soturno; Dona Francisca; Silveira Martins; São João Polêsine; Agudo; Dilermando Aguiar; Restinga Seca; Paraíso do Sul; Formigueiro; São Sepé e Vila Nova do Sul. A segunda região é chamada de Região Entre-Rios, sendo composta por 11 municípios e que possui uma população de 123.915 habitantes. Os municípios que fazem parte dessa região são: Santiago; Itacurubi; Unistalda; Capão do Cipó; São Francisco de Assis; Esperança do Sul; Jaguari; Jari; Mata; São Vicente do Sul e Cacequi.

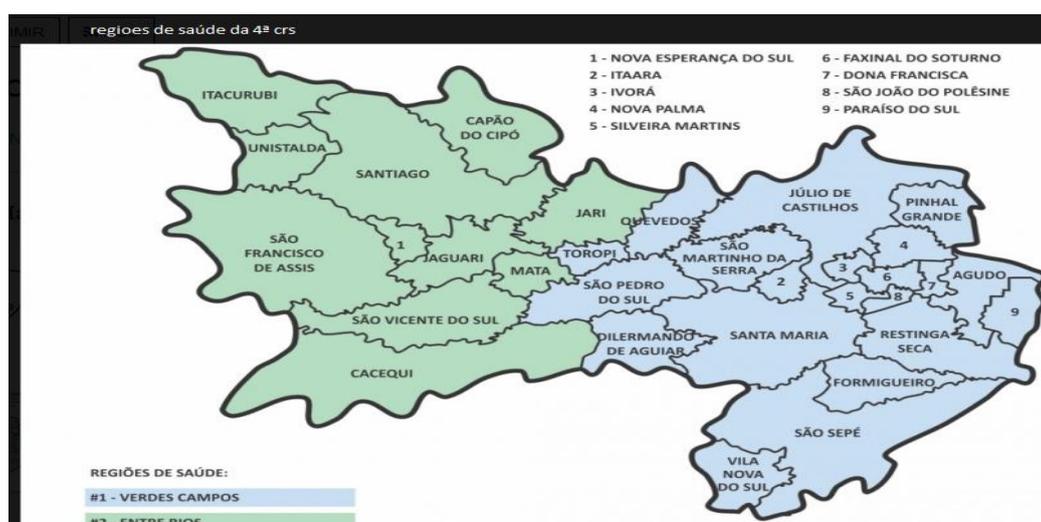


Figura 1- Regiões de Saúde da 4ªCRS, microrregiões de saúde e municípios de abrangência (RIO GRANDE DO SUL S/D).

A estrutura administrativa da 4ª CRS consiste em diversos núcleos regionais, dos quais em um deles funciona a Política de Saúde Mental. Uma das finalidades da Política de Saúde Mental da 4ª CRS é mapear, ampliar e qualificar a Atenção Psicossocial (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), nos municípios de sua abrangência, por intermédio do levantamento das demandas emergentes, implantando e/ou implementando Pontos de Atenção da Linha de Cuidado na Saúde Mental.

Pensando nessas propostas, a Política de Saúde Mental da 4ª CRS começou a caminhar para a implementação do Grupo Condutor Regional da RAPS. Com as desarticulações que os serviços estavam sofrendo, ficou cada vez mais evidente a importância da implementação/criação do grupo.

#### **4.2 Registrando a Caminhada do Grupo Condutor Regional da RAPS na 4ª CR**

O Grupo Condutor da RAPS na 4ª CRS vivenciou três momentos importantes. O primeiro destes momentos refere-se, à “Consolidação/implementação” do espaço, o segundo, intitulamos “(Re) construindo vínculos” e o terceiro momento, por sua vez, diz respeito ao período de “Mudanças e cenários atuais”.

#### **4.3 Primeiro Momento: A Consolidação e Implementação**

Em janeiro de 2013, na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, a Coordenadora Regional de Saúde Mental da época, iniciou as discussões para a implementação do Grupo Condutor Regional, cujo suporte para tal proposta se situava na Portaria 3088/2011, que previa a implementação de Grupos Condutores Regionais. Neste período de discussão de implementação do Grupo Condutor, a esfera da Saúde Mental atravessava um momento crítico, devido expressiva demanda de pedidos de internação compulsória. Os serviços estavam sendo sobrecarregados com esta especificidade, havendo dificuldades na discussão e criação de novas estratégias de cuidado. Desta forma, percebeu-se que o Grupo

Condutor poderia se constituir em um potente instrumento frente à demanda por Internação Compulsória tanto como, espaço para discussão, quanto, promotor de compartilhamento de experiências visando diminuir os pedidos de internação. Já naquele período, percebia-se que o Grupo Condutor poderia se configurar como uma ferramenta importante de gestão e comunicação para a RAPS.

Foram vários meses de discussões, até que houve uma substituição de Coordenação de Saúde Mental na 4ª CRS. A nova coordenação começou o trabalho reunindo os serviços de saúde mental, com o objetivo de efetuar um levantamento das demandas e iniciar o processo de discussão das práticas de cuidado. Os profissionais sentiram-se, de certa forma, amparados com a preocupação da coordenação e começaram a participar e construir as reuniões do Grupo Condutor. Aos poucos, o que era uma “imposição” ministerial, por meio da Portaria, foi sendo transformado em vínculos, encontros, apoio, trocas e afeto, fortalecendo um espaço tanto de gestão como de cuidado para os trabalhadores/gestores da RAPS regional.

Em nove de maio de 2014, foi realizada a primeira reunião do Grupo Condutor Regional de Saúde Mental. No primeiro momento foi instituído um nome para o grupo e, posteriormente, discutida a relevância dos encontros do grupo para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ainda na mesma data, foi retomada a portaria 3088/11: “O propósito também das reuniões do Grupo Condutor é promover espaços de fala e trocas de experiências entre os profissionais de saúde que atuam na saúde mental, conseguindo levar para os seus municípios o que foi discutido e combinado no grupo” (4ª CRS, ATA 01, 09 de Maio de 2014).

Como a área de abrangência da 4ª CRS é de 32 municípios, o Grupo Condutor foi dividido entre: Região 01, chamada Verdes Campos (21 municípios), e Região 02 - Entre Rios (11 municípios). Após os encontros do Grupo Condutor, serem aprovados pela Comissão Intergestores Regional (CIR), o convite passou a ser realizado a todos os serviços de saúde mental, cujos profissionais recebiam liberação dos gestores para participar das reuniões. Cada encontro tinha duração de 4 horas, sendo efetivadas duas reuniões mensais. Os encontros ocorriam no auditório da 4ª CRS. Como havia duas regiões, uma reunião era realizada com a região 01, Verdes Campos e, posteriormente, no mesmo mês, realizava-se outra reunião com a região 02, Entre Rios:

Na primeira reunião realizada com o grupo Gestores de Saúde Região 01, com a presença de 09 (nove) pessoas. Falou-se a respeito da aproximação entre profissionais e municípios, ressaltando-se a relevância de serem realizados encontros nas microrregiões; de como está sendo o encontro do grupo condutor. De acordo com os profissionais presentes, “o grupo é potente como uma ferramenta de compartilhamento”. Em seguida, foi abordado o Plano Regional, que foi aprovado na data de 02/07/2014, no qual instituiu-se o Grupo Condutor, principal desencadeador de metas e indicadores (4ª CRS, ATA 05, 03 de Julho de 2014).

Na Reunião do grupo Gestores de Saúde da região 02, na qual se fizeram presentes 16 (dezesesseis pessoas), discutiu-se a respeito da implantação do Grupo Condutor, conforme proposta da RAPS, sendo levantada, também, a possibilidade de convidar um representante do estado para participar de uma das reuniões. Alguns representantes explanaram a situação da saúde mental em seus respectivos municípios, “sendo aproveitado esse momento para a apresentação do Plano Regional Região Entre Rios. Foi abordada, ainda, a implantação de oficinas terapêuticas, visto que apenas no município de Mata está se desenvolvendo com recurso exclusivo” (4ª CRS, ATA 07, 05 DE AGOSTO DE 2014), mostrando-se a importância do grupo para os profissionais falarem sobre seus serviços.

Em média, vinte pessoas compareciam em cada reunião do grupo, sendo elas profissionais de diferentes áreas, como Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Psiquiatria, cargos de nível médio (Técnicos em Saúde Mental, Redutores de Danos), Residentes multiprofissionais, estagiários e acadêmicos de diversas áreas, entre outros.

Inicialmente, percebemos que as demandas diárias, denominadas pelos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) como “apagar incêndio”, sobrecarregavam tanto o cotidiano de trabalho, que o tempo destinado à reflexão e ao planejamento de ações e processos de trabalho era insuficiente. Desse modo, muitos encontros do grupo acabavam sendo tomados pela queixa relacionada ao “lugar” delegado aos profissionais e aos serviços de saúde mental (“apagar incêndio”), tanto por parte de órgãos do sistema judiciário, quanto pelos serviços da Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde, por exemplo) e familiares de pessoas acompanhadas.

A partir dessas considerações, compreendemos que a implementação do Grupo Condutor surgiu de uma necessidade relevante de repensar e problematizar a respeito às demandas dos serviços de saúde e dos municípios abrangidos pela 4ªCRS, quanto às suas práticas cotidianas e ao cuidado em saúde mental, que os profissionais procuravam construir em seus locais de trabalho. Nessa perspectiva, também consideramos que o momento era propício à implementação deste grupo, uma vez que, na época, os profissionais sentiam que compartilhar as experiências de trabalho poderia ser interessante, tanto para tratar acerca da prática profissional e do cuidado em saúde mental destinado pelos serviços às pessoas das quais eram referência, quanto pelo fato de ser possível, também, um modo de compartilhar suas angústias. Afinal, a angústia de muitos deles tinha origens nas suas respectivas práticas cotidianas de trabalho.

#### **4.4 Segundo Momento: (Re)construindo vínculos**

Em agosto de 2014, houve outra saída de coordenação em saúde mental, o grupo ficou sem coordenação regional de saúde mental. Sendo assim, até a metade de setembro do mesmo ano, a função de coordenadora foi assumida por uma acadêmica de Psicologia do 4º semestre<sup>3</sup>, que vinha acompanhando a coordenação desde janeiro de 2013. Esta experiência foi um desafio, pois estar à frente do Grupo Condutor, enquanto estagiária e acadêmica, angustiava e constituía “uma tarefa difícil, pois ao mesmo tempo, que acontece a apropriação dos processos de trabalho, ainda não está concluído a formação profissional e, portanto, a incumbência de conduzir, individualmente, uma tarefa do serviço suscita angústia, ambivalência e desafios” (NOTAS DE DIÁRIO DE CAMPO, 2017).

Sempre era convocado um servidor da 4ª CRS para conduzir as reuniões junto à estagiária, considerando que, legalmente, esta não poderia conduzir sozinha a reunião. No entanto, muitas vezes, o profissional que estava conduzindo o encontro não entendia suficientemente o processo de trabalho, mas, apenas pela

---

<sup>3</sup>Autora da Dissertação.

condição de servidor, parecia transmitir maior segurança aos profissionais que participavam do grupo.

Em determinado momento, no entanto, apesar das reuniões continuarem acontecendo, houve um desequilíbrio com a saída do coordenador. Como a estagiária estava há um ano e meio atuando junto à coordenação, ela conseguiu coordenar o grupo por um determinado período, porém, o fato desta não dispor de autonomia para resolver problemáticas em nível de gestão, causou algumas consequências. Nesta época, diante do cenário apresentado, alguns profissionais afirmavam não haver muito sentido em continuar participando, enquanto outros percebiam este espaço como necessário, por possibilitar a fala e escuta sobre as demandas e dificuldades dos serviços de saúde mental.

A partir de então, estabeleceu-se que o Grupo Condutor poderia também ser um espaço para Educação Permanente<sup>4</sup>. Deste modo, os profissionais que participavam do grupo poderiam trazer suas dúvidas com relação as suas atuações e, de forma semelhante, o compartilhamento de experiências poderia ser o suporte para pensar e repensar os processos de cuidado dentro dos serviços.

Acorda-se, então, que os profissionais poderiam enviar artigos e dados sobre as linhas de cuidado desenvolvidas em cada município para cada próximo encontro a ser realizado. A partir, desse movimento importante de educação permanente, o grupo discutiu, em um dos encontros subsequentes, a respeito do Grupo de Trabalho da Desinstitucionalização, retirada de pessoas em sofrimento psíquico de serviços fechados, e, perspectivas sobre as reuniões do grupo no ano de 2015, de cujas indagações surgiram propostas de construção de materiais informativos acerca da Saúde Mental.

Foi discutido o desenvolvimento de uma cartilha, com a finalidade de auxiliar o familiar do usuário e até o próprio a se situar, com relação aos serviços da rede de saúde do município onde reside. Combinou-se que os municípios passarão a informar aos hospitais os serviços da rede de saúde dos quais dispõe, para que estes possam auxiliar o usuário quando da alta (4ª CRS, ATA 35, 19 de Abril de 2016).

---

<sup>4</sup>Educação Permanente em Saúde: movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde (CECCIM, 2005).

Em setembro de 2014, foi nomeada, por meio de concurso público, uma profissional de Psicologia que assumiu o cargo da coordenação de saúde mental da 4ª CRS. Portanto, novamente os vínculos teriam de ser reconstruídos. Essa nova coordenação entrou com muita força, não apenas por se tratar de uma servidora pública, mas, principalmente, devido ao fato de haver desejo desta profissional em realmente conhecer e realizar algo pelo serviço.

Contudo, a inserção da nova coordenadora e a “reconstrução” deste grupo não foi tarefa fácil, pois, muitas vezes, o profissional aprovado em um concurso público não possui experiência relativa ao cargo que vai assumir. Nesta direção, apesar da coordenadora ter a formação de Psicóloga, a compreensão acerca do funcionamento dos processos de trabalho, levou certo tempo. Entretanto, tempo era exatamente o que não se dispunha no momento. Afinal, conforme o tempo passava, mais o Grupo Condutor perdia sua força, situação narrada em ata: “Debateu-se sobre a “abstinência” de alguns municípios com relação ao grupo, as dificuldades de alguns representantes comparecerem. (...) Também foi discutida a situação do município de Jari, sendo pensada uma visita para “sensibilização” da equipe, para que participe dos encontros” (4ª CRS, ATA 11, 07 DE OUTUBRO DE 2014).

Mediante esta situação, foi lançada pelo grupo a ideia de criar o Fórum Anual de Saúde Mental, assunto já discutido em grupos anteriores, o qual se realizou em novembro de 2014. Seu objetivo era fortalecer a articulação do trabalho em rede e, principalmente, fortalecer o trabalho da 4ª CRS com os demais serviços. Foi preciso criar um projeto<sup>5</sup> e enviar para a Escola de Saúde Pública, e também precisou ser aprovado pela Comissão Intergestora dos municípios, sendo que a partir desse momento a sensibilização pela importância do grupo já estava acontecendo, e, após alguns trâmites, ocorreu o fórum.

Desde o Fórum, os vínculos começaram a se fortalecer, mas o Grupo não era mais o mesmo, a cada encontro compareciam menos participantes, em torno de 5 a 8 participantes. Nesse período foi construído o Grupo de Trabalho de Desinstitucionalização, devido à existência de relevante demanda de pessoas institucionalizadas, pessoas com Transtornos mentais e com problemas de uso de

---

<sup>5</sup>Projeto construído pela 4ª Coordenadoria Regional de Saúde.

drogas, que estavam internadas em Clínicas particulares, ou em Instituições de Longa Permanência (ILP). Os serviços de saúde tiveram que se unir para fortalecer o grupo e pensar juntos numa estratégia para diminuir as internações, movimento registrado em ata:

Primeira reunião do Grupo de Trabalho Desinstitucionalização, com a presença de 11 participantes. Discutiu-se sobre como será o trabalho a ser realizado pelo grupo (objetivos são criar ideias, trocar experiências, pensar em possibilidades para usuários que estão institucionalizados, identificar fragilidades, para que seja possível pensar no fortalecimento da rede), sobre os motivos que levam a tantos erros nas informações já coletadas e a forma como será realizada a aplicação do censo, além de serem discutidos alguns casos para construção de um Plano Terapêutico Singular (PTS)” (4ª CRS, ATA 15, 10 de Dezembro de 2014).

Estavam ocorrendo duas reuniões mensais, uma do Grupo Condutor e outra do GT de Desinstitucionalização, portanto, os profissionais não conseguiam estar sempre nas duas reuniões, ocasionando uma diminuição maior ainda dos participantes do Grupo Condutor. Foi então, decidido, em março 2015, que não teríamos mais dois encontros mensais, Região 1 e Região 2; faríamos só um encontro mensal com as duas regiões: “(...) ficou acordado que será realizado um evento de capacitação a respeito do sistema judiciário e que a partir do mês de abril as reuniões passarão a ocorrer com os representantes das duas regiões, ou seja, região Verdes Campos e Entre Rios” (4ª CRS, ATA 20, 16 DE MARÇO DE 2015).

#### **4.5 Terceiro Momento: Impactos da “Nova RAPS” nos cenários atuais e no Grupo Condutor**

No ano de 2017, houve outra mudança de coordenação da política de saúde mental na 4ª CRS e os vínculos necessitaram ser consolidados, novamente, com os participantes do Grupo Condutor da RAPS. Em relação a este momento, algo positivo pode ser ressaltado, pois o profissional que assumiu a coordenação havia ocupado a função de coordenador da política anteriormente, então, os participantes do grupo estavam familiarizados com o seu modo de trabalho.

Concomitante à mudança de coordenação, incidiram, também, algumas mudanças em nível nacional com a aprovação da proposta de alteração na Política Nacional de Saúde Mental. Na data de 14 de dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) aprovou as propostas de mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, apresentadas pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD) do Ministério da Saúde.

A portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017) propõe a Criação de ambulatório de SM (Ament), como serviço intermediário entre Atenção Básica e CAPS, a criação de CAPS Ad-R (implantado em cenários de uso que possuam mais de 500 mil habitantes). A “Nova RAPS” repercutiu durante reuniões do grupo condutor motivando a discussão e abertura para (re)pensar as estratégias adotadas por profissionais respectivos serviços de saúde, diante deste “novo cenário”. Houve posicionamentos críticos por parte de alguns integrantes do grupo, no sentido de que as modificações na política nacional da saúde mental apontam para algo negativo, tratando-se de um “retrocesso”. Conforme um dos integrantes,

(...) as dificuldades encontradas nos anos anteriores (2014, 2015, 2016), mas, também, o jogo de interesses, complicações políticas e conflitos com relação aos modos de trabalho dos serviços da rede contribuíram para esta situação. É preciso, então, pensar em ações, o cuidado não está sendo priorizado. (...). Não dá para “enxugar gelo” (Profissional da saúde, Nota do Diário de Campo, 2017).

No entanto, as falas não foram apenas na direção da lamentação, havendo por parte de outros profissionais a afirmação de que não havia outra saída, nem como escapar do inevitável. Afinal, de acordo, com alguns participantes do grupo “(...) as ações adotadas pela judicialização (alto número de pedidos de internações compulsórias) foram, por vezes, pelas ‘falhas’. (...). (...) os serviços de saúde (“nós”) abrimos “brecha”, por meio da falta de trabalho junto à atenção básica” (PROFISSIONAL DA SAÚDE, NOTA DO DIÁRIO DE CAMPO, 2017).

Em muitos momentos, algumas verbalizações de membros gestores, dos mais diversos municípios abrangidos pelo grupo, causaram intensa movimentação de opiniões e discussão durante as reuniões. De acordo, com alguns destes gestores,

“(...) a nossa eficiência falhou e, quando o estado falha, a justiça assume”. (Profissional da Saúde, Nota do Diário de Campo, 2017).

“(...) quando houve incentivo, instituíram Portarias, veio a questão do *crack* e, em geral, a coisa estagnou; hoje não dá mais conta”. (Profissional da Saúde, Nota do Diário de Campo, 2017).

(...) Então é claro que o cuidado em local fechado tem que ser fechado, inclusive, às vezes, vem como primeira alternativa (Profissional da Saúde, Nota do Diário de Campo, 2017).

No entanto, apesar da situação atual provocada pela alteração na Política Nacional de Saúde Mental, consideramos que o Grupo Condutor possui potencial para “fazer frente” às atuais mudanças políticas e prosseguir construindo práticas de cuidado integradas em saúde. Afinal, desde o início teve como propósito promover ações e atuações que considerassem o contexto e as pessoas acompanhadas pela rede, como podemos observar no relato em ata:

Discutiu-se no encontro sobre acompanhamento integral ao usuário da saúde mental na atenção primária à saúde, participação da família no tratamento, serviços disponíveis nas regiões de saúde. (...) violências, acidentes de trabalho, dificuldades na rede do município (entre elas o diálogo com o judiciário para esclarecimentos da internação em saúde mental, que já está acontecendo, porém, deve ser fortalecido), qualificação de rede (profissionais, serviços) e de fluxo, planos municipais. (...) estratégias por região, as necessidades e as ações por região, discussão da qual se originaram algumas ações pactuadas, a saber, a aproximação dos serviços da RAPS, educação permanente, implantação e implementação de serviços como NAAB<sup>6</sup>, oficinas terapêuticas, acompanhamento terapêutico e NASF, qualificação da urgência e emergência, criar e melhorar grupos de usuários já existentes, diminuir medicalização, fomentar equipes de redução de danos, habilitação de serviços especializados regionais, fiscalização das comunidades terapêuticas por parte da 4º CRS” (4ª CRS, ATA 51, 27 de Julho de 2017).

Além disso, o Grupo Condutor se caracterizou, no decorrer dos anos, como um espaço para a educação permanente visando qualificar os profissionais, as ações desenvolvidas nas comunidades assistidas, fortalecer a rede de atenção psicossocial, contornando-se como um local de constante aprendizado e aperfeiçoamento das práticas em saúde. Dessa forma, no decorrer de suas atividades, muitas vezes, no grupo surgiam discussões sobre a importância da

---

<sup>6</sup>Núcleos de Apoio à Atenção Básica.

Educação Permanente, e da aproximação das instituições de ensino com os serviços de saúde.

(...) o grupo buscou incentivar a criação de projetos de extensão, cursos de capacitação para os municípios, a implantação de Guia de Gestão Autônomo da Medicação (GAM) e do Acompanhamento Terapêutico (AT) nos municípios, viabilizar o apoio institucional em saúde, inserir atividades de matriciamento nos serviços, a realização de estudos sobre Atenção Primária em Saúde (APS) e acolhimento em saúde mental e, de forma semelhante, fomentar Projetos de Extensão, como em educação permanente, por exemplo” (Nota de Diário de Campo, 2017).

Apesar do comparecimento no grupo não ser unânime, visto que, uma parte dos serviços e, dos profissionais da RAPS, não comparecem às reuniões e/ou não veem o grupo condutor como um espaço potencial para discussões, este vem possibilitando a troca de experiência, a movimentação de ideias, viabilizando tentativas de “solucionar” muitas das dificuldades apresentadas por profissionais e serviços de saúde. Nessa direção, o grupo vem buscando aproximações com os mais variados setores, incluindo a parceria entre universidade e serviços de saúde<sup>7</sup>, construindo elos que podem beneficiar sobremaneira as práticas de cuidado, o que foi registrado em ata:

Reunião realizada nas dependências da 4º CRS com os municípios participantes do Grupo Condutor de Saúde Mental, representantes e coordenadores da Residência Multiprofissional da UFSM e da UNIFRA, psiquiatria da UNIFRA, que contou com a participação de 32 pessoas. Discutiu-se possibilidades de articulação entre universidade e serviços, para que se possa pensar e desenvolver estratégias e ações para os municípios abrangidos pela 4º CRS. Discorreu-se sobre a possível criação de um Grupo Técnico de Apoio, aos municípios, que seja capaz de assessorar e apoiar os mesmos, visando gerar, por meio da inserção de pesquisadores e professores, novas ações e estratégias em saúde nas regiões da 4º CRS” (4ª CRS, ATA 56, 01 de Novembro, 2017).

Neste terceiro momento, procuramos apresentar a importância dos Grupos Condutores como ferramenta de Gestão e Educação Permanente. Nossa

---

<sup>7</sup>Salientamos que o relato de experiência que aqui apresentamos também reflete uma parceria entre a 4ª CRS e a universidade, pois ele constitui-se em uma das atividades vinculada ao projeto guarda-chuva citado na introdução.

compreensão é de que tais grupos podem se configurar como importantes estratégias para a construção de práticas mais humanizadas no campo da saúde mental, a partir da Educação Permanente dos profissionais integrantes, bem como pela problematização e reconstrução constante destas e do cuidado em saúde mental. Em uma direção e entendimento semelhantes, é possível que os espaços promovidos por grupos condutores possam se configurar como uma “teia” que, em seu emaranhado, ao acolher diversos atores e contextos sociais, torna viável aproximações entre as instâncias de ensino e serviço/práticas, visando uma articulação entre ambos os elementos.

#### **4.6 Alguns apontamentos sobre essa experiência do Grupo Conductor da RAPS: a importância dos vínculos**

As observações, os diários de campos e as Atas nos deram subsídios importantes, para revivermos e pensarmos a trajetória do Grupo Conductor Regional da RAPS, e, então, destacar três importantes e relevantes aspectos nesta trajetória. O primeiro é a importância do papel do coordenador para o fortalecimento de um grupo, o segundo diz respeito à relevância da construção de vínculos dentro de um grupo, e o terceiro refere-se como o grupo pode ser uma potência em Educação Permanente e para efetivação/manutenção/criação de propostas perante a Reforma psiquiátrica.

Sobre a importância do papel do coordenador para o fortalecimento de um grupo, a partir disso, entende-se que, para além das normas de funcionamento de um grupo, padrões de condutas aceitos internamente e do sistema de comunicação existente entre os membros, uma das características mais importantes é a relação estruturada entre os membros do grupo condutor e destes com seu coordenador. A nossa experiência junto a este grupo nos permite dizer que as várias trocas de coordenação sofridas historicamente causaram uma “ruptura” momentânea em seus objetivos; os quais são de extrema importância ao campo da saúde mental e às minorias sobre as quais a construção de um cuidado mais humanizado em saúde recai.

A partir desse entendimento, compreende-se que o papel de um coordenador de grupo é muito mais do que um elemento presente na estrutura hierárquica grupal. Muito pelo contrário, um coordenador é um facilitador da interação como processo vital do grupo, ao facilitar a coesão e tensionar os questionamentos e anseios emergentes, fazendo com que este continue se movimentando rumo aos seus objetivos comuns e crescimento.

De forma similar, também entende-se que o papel do coordenador de um grupo operativo é indagar e problematizar visando favorecer a articulação das “falas” dos membros do grupo para a tarefa comum, a qual está intimamente relacionada com as necessidades pessoais e a interação do sujeito com os demais integrantes de seu grupo. Essa característica do papel do coordenador nem sempre esteve presente ao longo do desenvolvimento do Grupo Condutor regional da RAPS, em virtude das trocas de coordenação e, conseqüentemente, das ansiedades, medos e afetos que todo processo de mudança tem potencial para gerar.

Dessa forma, a cada tomada de posse por um novo coordenador, todos os fatores citados vinham à tona, causando desestabilizações no trabalho grupal. De forma semelhante, possivelmente, a ausência de um observador que pudesse tomar nota da situação apresentada pelo grupo (para que fosse possível discutir com o coordenador em momento posterior) tenha constituído, também, um elemento de dificuldade à tarefa do Grupo Condutor. A ausência dupla de coordenador e observador, enquanto papéis fixos de um grupo, foi sentido nas reuniões do grupo nas quais, muitas vezes, um porta-voz revelava a angústia sentida pelos presentes: “Nós deixamos chegar nesse ponto, porque apesar de nós termos esse entendimento sobre o que é cuidado em saúde, nós estamos sozinhos, não há quem nos dê suporte, nos auxilie” (Profissional da Saúde, Nota do Diário de Campo, 2016).

Pensando nas vivências do grupo condutor, o coordenador, inicialmente, tinha como desafio a construção de vínculo com os membros do grupo que facilite uma interação promotora da comunicação efetiva (considerando que a simples comunicação em um grupo não significa que há coesão ou afeto envolvido na relação grupal), assim como a compreensão da tarefa comum e das diferenças existentes entre os próprios integrantes.

Por meio dessa reflexão, é possível colocar em palavras as ansiedades do grupo diante dos diversos períodos nos quais o coordenador do Grupo Condutor não conseguia sustentar uma posição estratégica dentro do grupo, tanto pelas trocas sofridas que prejudicavam o vínculo com os profissionais, quanto pela falta de experiência na função. Este fato dificultava o desempenho da tarefa do grupo, uma vez que, de igual forma, também as dúvidas incidiam sobre o coordenador, a respeito de “como agir” diante dos mais variados afetos por parte do grupo. Afetos estes que nem sempre encontravam espaço para serem acolhidos e direcionados, devido ao curto período de tempo disponível e as muitas pautas para discussão trazidas pelos profissionais, e demandas dos respectivos serviços de atuação.

Entretanto, como nos lembra, Serge Moscovici (2009), o coordenador de um grupo também precisa estar atento ao fato de que nem tudo está sob seu controle. A energia de um grupo parece ter propriedades mágicas, não depende nem se sujeita inteiramente ao comando do coordenador. Quantas vezes, em momentos difíceis, de grande tensão, o grupo resolve a situação de forma original, surpreendente, restabelecendo a homeostasia do processo grupal. E recorrendo à emoção mais do que à razão. Esta sabedoria intrínseca do grupo é sempre um mistério para qualquer coordenador, novato ou experiente (MOSCOVICI, 2009).

Diante disso, pensamos que o processo de mudança, objetivo principal de um grupo operativo nas modalidades propostas por Pichón Riviere (2005), acabava sendo prejudicado. Diante das trocas de coordenação, a mudança como um processo gradativo que implica a troca de papéis e posições frente à tarefa grupal, frequentemente, não ocorria, embora em alguns encontros o grupo construísse ações e novas metas. Dessa forma, a superação das resistências e ansiedades básicas com relação à saída de um coordenador e a posse por um novo profissional, bem como, as novidades que esse fato traria consigo eram difíceis de ser superadas, prejudicando o ingresso do grupo na tarefa de fato e a formação da identidade grupal. No entanto, ao mesmo tempo, o grupo se reinventava, e por mais que poucos profissionais estivessem comparecendo aos encontros, o grupo se manteve, até pela presença dos vínculos já estabelecidos.

Com relação à relevância da construção de vínculos dentro de um grupo, é importante acrescentar um adendo na escrita para definirmos qual a noção de

vínculo que aqui compartilhamos. Vínculo é tomado em nossa escrita como uma unidade de interação, a qual em um grupo de trabalho, como é o Grupo Condutor regional da RAPS, possibilita aos membros formas de compreender como se relacionam uns com os outros. Diante disso, percebe-se que havia a presença de vínculo entre os membros do Grupo Condutor, pois quando ansiedades pessoais entravam em cena (fosse ela causada pelo caso de uma pessoa de quem o profissional era referência causava-lhe angústia por “não saber o que fazer”, ou dificuldades próprias de atuação junto ao serviço no qual trabalhava), havia compreensão e escuta pelos demais; não sendo raros os momentos em que o grupo detinha-se sobre a questão pessoal e tentava “solucioná-la” junto ao membro que expunha a situação.

Partindo dessas reflexões, acredita-se que o vínculo tem um caráter social, pois há sempre figuras internalizadas presentes na relação, quando duas pessoas se relacionam, ou seja, uma estrutura triangular. Então, o vínculo é bicorporal e tripessoal, isto é, em todo o vínculo há uma presença sensorial corpórea dos dois, mas há um personagem que está interferindo sempre em toda relação humana, que é o terceiro. Nessa perspectiva, o vínculo é uma estrutura psíquica complexa relacional que vai sendo internalizada e que possibilita ao sujeito construir uma forma de interpretar a realidade própria de cada um. Na vivência com os outros, nós nos constituímos por meio de uma história vincular que vai se tecendo nessa relação (PICHON-RIVIÈRE, 1988; GAYOTTO, 1992).

Em um grupo, por meio das interações com os outros, nossas fantasias inconscientes oriundas do vínculo entre nós e nossos objetos externos, tomam a cena, causando distorções na forma de conceber o papel do outro. Dessa maneira, é por meio da interação, após o direcionamento da comunicação rumo à tarefa, que as mútuas representações externas dos membros podem potencializar a coesão grupal, no momento em que estes passam a trabalhar por um objetivo comum. Aliás, um grupo coeso configura-se como um espaço no qual os membros possuem disposição para tolerar dores, frustrações, as diferentes formas de comportamento e crenças de cada um, no qual se sobressai a responsabilidade pelo trabalho do coletivo.

Logo, enquanto integrantes desse grupo, é possível dizer que apesar dessas trocas de coordenação, das dificuldades de estruturação de um vínculo sólido na diferença e dos inúmeros desafios encontrados aos propósitos do grupo, atualmente o vínculo se faz presente no Grupo Condutor, mesmo com todas as dificuldades de reunir os integrantes, encontrar dias e horários comuns, falta de apoio das gestões municipais (para que os profissionais de outros municípios cheguem até o local dos encontros) e da baixa frequência de participação por parte de muitos profissionais e serviços integrantes da RAPS.

Um indício da presença do vínculo no Grupo Condutor pode ser observado em uma situação na qual um dos membros escutou de um profissional de saúde que não frequentava as reuniões que: “Não sei o que você faz lá, ainda bem que quis ir no meu lugar, não vou perder meu tempo com gente que não resolve nada, que fica lá discutindo e não sai do chão, sempre a mesma coisa, sempre a mesma história, não faço questão de ir” (PROFISSIONAL DA SAÚDE, NOTA DE DIÁRIO DE CAMPO, 2017). Após escutar a fala do colega, o profissional de saúde membro do grupo condutor ressaltou o trabalho do grupo dizendo:

“Entendo que você não goste de ir, que supõe ser apenas conversa, pois na época que você frequentava, não posso afirmar que não fosse mesmo... Mas hoje posso dizer que construímos ações sim, o Fórum de Saúde Mental, o fomento à educação permanente, além de discutirmos diretamente com os hospitais que recebem nossos pacientes, inclusive os do nosso serviço aqui. Quem tá lá tentando reduzir as internações somos nós, dando a cara a tapa, enquanto muita gente fica dentro dos serviços mandando cada vez mais pessoas para a internação, porque parece o único recurso, mas não é não, não é mesmo. Quem não está produzindo o quê, então?” (Profissional da Saúde, Nota de Diário de Campo, 2017).

É a partir, desse recorte na fala de um dos membros do Grupo Condutor, que concordando com a concepção de Pichon-Rivière (2005), acredita-se que um grupo pode se apresentar como instrumento de transformação da realidade, à medida que seus integrantes passam a estabelecer relações grupais, a partir da constituição e da partilha de objetivos comuns, passando a ter uma participação criativa e crítica e a poder perceber como interagem e se vinculam.

A partir do cenário apresentado pensamos por fim, no grupo como uma potência para Educação Permanente e para efetivação/manutenção/criação de

propostas perante a Reforma Psiquiátrica. Merhy, Feuerwerker, Ceccim (2006), ao discorrerem sobre as estratégias de educação permanente em saúde, afirmam que estas estratégias se tornam um apoio institucional, como dispositivos de produção coletiva, proporcionando reflexões sobre o cotidiano, produzindo modos de analisar as práticas, e, principalmente, criando espaços para pactos de organização do trabalho que venham a ser produzidos.

A Educação Permanente em saúde se constitui como um recurso importante para fomentar mudanças nos processos de trabalho e isso se observa nos momentos em que os integrantes do grupo começam pedir, como pauta, textos para discutirem e embasar teoricamente suas práticas e solicitam a discussão de casos e demandas do seu cotidiano. Nessa direção, desde 2000 tem se intensificado os investimentos em propostas de Educação Permanente na saúde mental por meio de cursos ou do financiamento de supervisões clínico-institucionais, com o intuito de acompanhar e apoiar os trabalhadores na reflexão e na produção de sentido sobre a própria prática (BRASIL, 2016).

Em muitos momentos de discussão do grupo foram retomadas as propostas da Reforma Psiquiátrica (RP), como modo de pensarmos que cuidado estamos produzindo, e que cuidado a proposta nos propõe. E, então foi colocado o que a RP traz sobre internações em saúde mental<sup>8</sup>. Observa-se que os profissionais se ancoram na Reforma Psiquiátrica, a fim de dar sentido e até justificar suas práticas de cuidado. A ancoragem busca comparar um objeto ou ideia com uma categoria já existente, ou seja, o objeto é ajustado para que se enquadre nela (MOSCOVICI, 2009). Deste modo, a ancoragem em um acontecimento com o qual os profissionais já estão familiarizados, no caso a RP, contribui para que eles criem sentidos à internação compulsória.

---

<sup>8</sup>A Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica, vigente na atualidade (BRASIL, 2001) e que regulamenta a internação psiquiátrica, divide esta ação em saúde em três modalidades, sendo elas: internação voluntária: aquela que acontece com o consentimento do usuário; involuntária: aquela que ocorre sem o consentimento do usuário e compulsória: aquela determinada pela justiça, que só será indicada quando todos os recursos, extra-hospitalares se mostraram insuficientes (BRASIL, 2001).

#### **4.7 Por fim, o que aprendemos com essa experiência?**

Na construção dessa escrita, as observações das reuniões, as notas contidas em nossos diários de campo, oriundas dos momentos de encontro do grupo, assim como as Atas que constituíram a base documental deste estudo, formaram o subsídio essencial ao desenvolvimento do mesmo. Por intermédio do contato com as informações registradas e (re)visitadas ao longo da elaboração do relato, das experiências proporcionadas pela participação nos encontros deste Grupo Condutor (e que continuam a ocorrer), consideramos, desde então, importantes e relevantes a construção de Grupo Condutores. Fortalecemos nosso entendimento de que os grupos são importantes e potentes ferramentas no campo da saúde para produzir mudanças e construir novas práticas de cuidado em saúde mental. Há sempre muita potência e força a ser lembrada e repensada e, principalmente, a ser construída dentro de nossas trajetórias.

Considera-se, também, a partir das questões levantadas, a importância do papel do grupo como dispositivo de fomento à Educação Permanente em saúde, facilitador da aproximação entre universidade e sociedade e entre profissionais da saúde e gestores. De forma semelhante, o grupo configura-se como espaço para reflexão e movimentação das práticas no campo do cuidado em saúde, enquanto ferramenta no campo da saúde para produzir mudanças e construir novas práticas de cuidado em saúde mental. Diante disso, apesar das dificuldades e entraves enfrentados desde a criação, consolidação e desenvolvimento do grupo que, muitas vezes, tinham origem no próprio campo da RAPS (a qual suas ações se destinam), consideramos que a formação e a manutenção de Grupos Condutores são de suma importância, tomando como experiência as práticas e processos de cuidado em saúde construídos a partir do Grupo Condutor apresentado neste relato.

Ao apresentarmos o cenário de constituição e atuação deste grupo, esperamos que os registros psicossociais e históricos da política em saúde mental sejam beneficiados, especialmente no que se refere à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Desse modo, espera-se que essa escrita fomente novas reflexões no campo das relações intergrupais de modo que, profissionais do campo da saúde

possam tirar o máximo proveito desta ferramenta psicossocial que é o grupo condutor.

Talvez o que mais se acentue do que foi relatado e aprendido com as experiências vivenciadas com Grupo Condutor, é que para construir qualquer “ferramenta” de trabalho dentro da área da saúde, é preciso muito mais que uma portaria, é essencial à existência de sensibilização dos profissionais para o trabalho no campo grupal. É possível pensar que essa sensibilização exige uma tecnologia leve, das quais Merhy (2005) considera importante as relações estabelecidas pois, o grupo só conseguiu se constituir a partir de uma boa relação entre gestor e trabalhadores. Podemos imaginar que a prática de identificação das representações sociais e a reflexão de como elas produzem o cuidado (ou o não cuidado) seja uma espécie de tecnologia leve que pode servir para a criação de representações emancipadas, representações que guiem uma prática-outra que possibilitem formas de cuidado onde prevaleçam a autonomia do sujeito, ampliando as possibilidades de vidas dignas.

Enfim, a imersão na 4ª CRS nos possibilitou olhar para o Grupo Condutor enquanto não só como ferramenta de trabalho, mas como, um lugar de compartilhamentos, de sentimentos, afetos, angústias e, de certa forma, de esperança. Quem trabalha no SUS também partilha do sentimento de esperança, pois a cada mudança de gestão, governo, muitas vezes, não se sabe o que esperar. E nesse cenário atual, precisamos aperfeiçoar ferramentas que já estão implantadas, e construir estratégias para defendermos o nosso SUS.

## 5. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA A PARTIR DO OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Este capítulo tem como objetivo compreender, refletir e problematizar a prática da Internação Compulsória a partir do olhar dos profissionais de saúde mental que participam das reuniões do Grupo Condutor Regional da RAPS da 4ª CRS. Dividiremos nossa reflexão em três eixos. No primeiro, apresentamos o que os profissionais de saúde pensam e sentem sobre a internação compulsória e sobre o consumo da droga, particularmente do *crack*. Em relação ao segundo eixo, discutimos como esses pensamentos e afetos interagem e movimentam as práticas de cuidado das pessoas que consomem *crack*. E no terceiro eixo, quais saberes e afetos sobre Internação Compulsória circulam entre os profissionais da saúde e como esses saberes movimentam as práticas de cuidado.

Para realizarmos essa reflexão, queremos retomar alguns aspectos referentes ao consumo e as práticas de cuidado para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, principalmente o *crack*. A ideia é provocar uma nova compreensão sobre o cuidado das pessoas que fazem o uso de *crack* e outras drogas.

O surgimento do *crack* no Brasil se deu na década de 1980, e desde então, o seu consumo se caracteriza pela violência do tráfico, agravada pelos efeitos causados pela droga nos consumidores (RIBEIRO, 2010), tornando importante a discussão relacionada ao cuidado/tratamento em saúde das pessoas que consomem essa droga. De acordo como colocamos anteriormente na introdução, nos últimos anos, conforme Roso (2013), em relação às pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, a internação compulsória passou a ser usada como o recurso inicial, quando não o único no tratamento e tem se mostrado recorrente nos serviços de saúde, principalmente quando se trata de usuários de *crack*. Contrariando pelo menos um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), contido na Lei 8.080/90, artigo 7, III (BRASIL, 1990), que é o da preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

A Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica, vigente na atualidade (BRASIL, 2001) e que regulamenta a internação psiquiátrica, prevê a internação compulsória sendo

aquela determinada pela justiça, que só será indicada quando todos os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001).

Sendo a internação compulsória caracterizada como uma medida de internação onde não há consentimento do usuário, sendo solicitada a pedido de terceiros. Conforme (REIS, 2016; GUARESCHI, 2016; NOVAES, 2014; COELHO, 2014; REIS, 2014), a internação compulsória, além de ser agressiva é uma forma de tratamento ineficaz, constitui um modo de eliminação dos indesejados, transformando-se em prática higienista violadora de direitos humanos, pois vem sendo colocada geralmente de modo equivocado, como uma prática punitiva e de exclusão social.

Ao discutir sobre pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas no campo da saúde mental, torna-se desafiador, pois surgem diversas representações, sendo também pautada pela determinação cultural e pelos valores ideológicos postos na sociedade. Esse grupo social também alvo de representações e estereótipos negativos, como criminosos, marginais, e assim produzindo preconceitos. De acordo com Maciel (2014), o cuidado em saúde mental é um fenômeno intrigante e difícil de discutir, provocando reações adversas, desde curiosidade até o temor e a exclusão. A autora salienta ainda que no processo de cuidado prevalecem as representações de medo, agressividade e estereótipos negativos.

No que se refere aos modelos de atenção à saúde a pessoas que fazem uso de drogas, observa-se que estes são permeados por contradições, pois são compostos por uma diversidade de atores sociais, constituindo um campo de disputa política e econômica. Neste âmbito, aspectos do discurso psiquiátrico e midiático podem elucidar questões sobre a busca por hegemonia de um modelo de atenção à saúde que culmina em judicialização e internações forçadas (CUNDA; SILVA, 2014; ROMANINI; ROSO, 2012).

“As campanhas alarmistas fazem parte das guerras às drogas, produzem efeito contrário ao supostamente desejado e têm contribuído para expandir o mercado negro, o mercado branco e o consumo de drogas ilícitas e lícitas” (LANCETTI, 2015, p. 29). Os discursos midiáticos, por sua vez, propagaram a construção e reforçam a denominada publicamente “epidemia” de *crack*, a qual tem

sido alvo de diversos estudos (por exemplo, BARROSO, 2013; MELOTTO, 2009; ROMANINI; ROSO, 2012; SILVA, 2000). Coloca-se a internação compulsória como uma solução para “epidemia” de *crack* e servindo também como justificativa para medidas autoritárias e higienistas, que se inscrevem no movimento conservador opositor à proposta da Reforma Psiquiátrica em curso no país.

Um estudo realizado por Lara (2015) em 2009 na região da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde<sup>9</sup> aponta o aumento considerável de internações coincidindo com propagandas e campanhas como a do grupo RBS (Rede Brasil Sul de Televisão), filiada à Rede Globo, “*Crack, Nem Pensar*”. Em outra pesquisa realizada por Romanini e Roso (2012), uma série de reportagens intitulada “A Epidemia do *Crack*” veiculada no periódico de maior circulação do Rio Grande do Sul, foi analisada. Os autores observaram que o *crack* é exposto como epidêmico, avassalador e criminoso, sendo assim, por isso precisam ser combatidos pela sociedade.

Nesse sentido, desde então devido à expressiva demanda de pedidos de internação compulsória a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde de Santa Maria, em 2014 implementou o Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), situado na proposta da Portaria MS/GM 3.088/2011, que previa a implementação de Grupos Condutores Regionais. O Grupo Condutor Regional da RAPS teve e tem como um dos seus objetivos promover com profissionais de diferentes áreas que atuam na saúde mental, discussões e criações de novas estratégias de cuidado, visando diminuir os pedidos de internação.

Ao pensar nesse cuidado com pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, tratando-se, conforme Maciel (2017), de um objeto social presente no imaginário coletivo, nosso objetivo neste capítulo é problematizar a internação compulsória a partir de algumas perguntas. O que os profissionais de saúde pensam e sentem sobre a internação compulsória e sobre o consumo da droga, particularmente do *crack*? Como esses pensamentos e afetos interagem e movimentam as práticas de cuidado das pessoas que consomem

---

<sup>9</sup> A 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ªCRS) é um órgão descentralizado da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. A 4ªCRS, com sede no município de Santa Maria, tem a atribuição de coordenar a gestão da saúde no âmbito estadual nas regiões de saúde do centro do estado do RS, responsável por uma população de, aproximadamente, 500.000 habitantes.

*crack*? Quais saberes e afetos sobre Internação Compulsória circulam entre os profissionais da saúde e como esses saberes movimentam as práticas de cuidado?

É importante pensar que as novas propostas de cuidado do atual governo propõe facilitar a internação involuntária de pessoas com problemas pelo uso de drogas, segundo o ministro da cidadania Osmar Terra:

“A internação involuntária já existe na chamada Lei Antimanicomial para surtos psicóticos. Uma pessoa que está na Cracolândia fumando uma pedra de *crack* sem parar não tem a mínima capacidade de avaliar sua própria situação. A internação será feita a pedido do médico, acompanhado pelo Ministério Público, e apenas para desintoxicação. Se a lei tivesse sido aprovada, a Cracolândia teria diminuído ou acabado” (Jornal Correio Braziliense<sup>10</sup>)

Nessa perspectiva, a Teoria das Representações Sociais (TRS) torna-se relevante para pensar esse campo, uma vez que possibilita o pesquisador, no qual se busca valorizar o senso comum, os conhecimentos construídos e articulados na vida cotidiana e, ao mesmo tempo, questionar algumas construções sociais, considerando-se que as representações sociais são permeadas por relações de poder (ROSO, 2007).

Moscovici (2012) salienta que a TRS se destina a investigar cientificamente o senso comum, compreendido como um conhecimento não menos valioso ou deficiente em relação ao conhecimento científico, que situa-se no universo consensual das pessoas, não aceitando que haja nelas algo de reificado, o que não significa tomar as representações como algo apenas flutuante, ou seja, elas podem ser permanentes ou duradouras, entre o aspecto estático e dinâmico. Nesse sentido, compreendemos ser por meio da apropriação por diferentes grupos e em diferentes contextos sociais, que os saberes se transformam.

Portanto, as Representações Sociais (RS) podem ser compreendidas como uma forma de conhecimento do senso comum e socialmente partilhado. Compartilhando desta conceitualização das RS, entendemos que a ideia fundamental desta teoria é a de um conhecimento construído dialogicamente, por

---

<sup>10</sup> Correio Braziliense. Governo oferece 10 mil vagas para tratar dependente químico. Disponível em: <https://www.correiobrasiliense.com.br/app/noticia/brasil/2019/03/19/interna-brasil,744014/governo-oferece-10-mil-vagas-para-tratar-dependentes-quimicos.shtml> Acesso em 25 de mar. 2019.

meio da relação dos sujeitos ativos com objetos culturalmente construídos; a qual nos revela as marcas dos sujeitos, mas, de forma semelhante, dos objetos; ambos inscritos sócio-historicamente.

A partir da consideração de uma das finalidades das RS residir na função de tornar familiar o não familiar, concordando com Moscovici (2007), entendemos serem dois os processos que geram as representações sociais: a *ancoragem* e a *objetivação*. Ancorar significa classificar e dar nome a alguma coisa, ou seja, coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e, ao mesmo tempo, ameaçadoras. Desse modo, a ancoragem tem o papel de categorizar e tornar comum aos sujeitos algo que lhe parece diferente, tal como aconteceu com os homossexuais diante do surgimento da aids no país, momento em que foi denominada (preconceituosamente) como a “peste gay”, “castigo de Deus”, entre outras denominações.

Em relação à objetivação, cujo mecanismo ocorre em três fases distintas, esta tem a tarefa de objetivar a ancoragem, ou seja, externalizar o conhecimento abstraído pelos sujeitos de forma concreta e tornando as ideias objetivas. Portanto, a objetivação transforma algo abstrato em algo quase concreto ao transferir o que está na mente em algo que exista no mundo físico. Os processos de ancoragem e objetivação, que serão explicados mais intensamente na discussão, intercalam-se e podem ocorrer sem, necessariamente, uma ordem rígida, mas volátil e dinâmica.

Como salientem Guareschi e Roso (2014), a Teoria das Representações Sociais “não se restringe apenas à descrição e análise de fenômenos supostamente existentes e situados mais ou menos pacificamente dentro de estrutura de uma sociedade” (p.32); ela presta atenção justamente nos “aspectos polêmicos, de resistência e inovação” (p.33) que se abrem nos contextos de dialogicidade.

Nesse sentido, as representações sociais surgem a partir do processo que ao mesmo tempo desafia e reproduz, repete e supera, que é formado, mas que também, pode formar a vida social de uma comunidade. E para que ocorra esse processo, é necessário a dialogicidade, sendo esta caracterizada como a habilidade da “mente de conceber, criar e comunicar sobre realidades sociais em termos do Alter-Ego” (MARKOVÁ, 2006, p. 137).

Cada situação dialógica envolve tipos diferentes do Alter-Ego. Por exemplo, o Alter-Ego pode ser composto de o Eu-grupo específico; o Eu- outra pessoa; o Eu-nação; grupo- comunidade, etc. Durante um único encontro, muitas relações dialógicas do Alter-Ego podem, simultaneamente, competir e entrar em confronto. Os participantes dialógicos trazem para o diálogo suas experiências presentes e suas tradições passadas, bem como as expectativas sobre seus futuros. Eles podem escolher mudar suas prioridades. Eles podem perpetuar continuidades e criar descontinuidades. Eles podem se concentrar neles mesmos e, acima de tudo, expressar seus próprios interesses. Alternativamente, eles podem se orientar em relação aos seus Alter (MARKOVÁ, 2006, p. 218).

A representação não é algo imóvel, mas sim, uma teoria que é construída, sendo definida como uma forma triangular, arquitetada pelas inter-relações sujeito outro-objeto (JOVCHELOVITCH, 2008). Dentro dessa tríade, os elementos estão intimamente relacionados e unidos por relações internas (MARKOVÁ, 2006). Nas reuniões do Grupo Condutor da RAPS, pode-se observar a forma triangular em que as representações sobre internação compulsória vão sendo construída.

Nessas relações e representações, a partir das antinomias no pensamento do senso comum, surgem as Themata. Lembrando que as antinomias só se tornam themata quando situações sociais e históricas se transformam em problemas, vindo a ser centro de atenção social e a origem de tensão e conflito (MARKOVÁ, 2006). E quando as antinomias são problematizadas socialmente, são (re)construídas representações sociais (GUARESCHI; ROSO, 2014). Assim a escolha pela Teoria das Representações Sociais como importante apoio às nossas reflexões deve-se ao fato de que ela é uma teoria que, além de refletir sobre a construção dos saberes no cotidiano, visa compreender como esses mesmos saberes são transformados (GUARESCHI; ROSO, 2014).

A partir do exposto, a TRS nos auxilia a compreender o fenômeno da internação compulsória devido ao consumo de *crack* a partir de uma perspectiva psicossocial, que considere saberes e afetos dos profissionais de saúde, que encaminham os usuários de drogas para uma internação compulsória. Pois consideramos as representações sociais como saberes construídos e partilhados socialmente através da comunicação a fim de dar sentido à realidade e orientar práticas na vida cotidiana (JODELET, 2015).

### **5.1 O que os profissionais de saúde pensam e sentem sobre a internação compulsória e sobre o consumo da droga, particularmente do *crack*.**

Nesta parte, a partir das notas presentes em nossos diários de campo e das atas referentes às reuniões do Grupo Condutor, disponibilizadas pela 4ª CRS, apresentamos o olhar dos profissionais de saúde acerca da internação compulsória, o que estes sujeitos pensam e sentem a respeito das drogas, particularmente do *crack* e das pessoas que fazem uso. Para isso, destacamos as “falas” dos integrantes do Grupo Condutor durante as reuniões do grupo, bem como as discussões, pautas e decisões oriundas destas. De modo semelhante, neste momento da escrita, enquanto integrantes do Grupo Condutor, apresentamos as percepções, afetos e indagações subtraídos de nossos diários de campo.

Primeiramente é importante destacar, que neste momento, não pretendemos construir uma escrita crítica, considerar o que pensamos ser é “certo” ou “errado”, ou até mesmo o que preconiza como cuidado a política de saúde mental. E sim descrever os discursos que são produzidos e partilhados considerando a ideia fundamental da Teoria das Representações Sociais.

Para muitos profissionais a internação parece ser a única alternativa, conforme o discurso a seguir, “(...) às vezes é melhor internar do que deixar sem a devida atenção, sem a mínima condição de vida, na rua, sem apoio. Sabemos que os usuários de drogas, às vezes, oferecem risco” (Diário de Campo, 2018). Compete destacarmos, que muitos profissionais, apresentam em suas verbalizações, representações a respeito da internação compulsória como uma medida de tratamento mais eficiente e viável em alguns casos, sem questionar os reais critérios para que seja efetivado tal processo. Para muitos desses profissionais, o serviço não deve ser culpado pelo aumento no índice de internações, visto que é o usuário que coloca a si mesmo em risco e solicita a internação, quando não a família, principalmente nos casos que envolvem tráfico e risco de vida, segue relato de um profissional “Se a pessoa está usando drogas “adoidadas”, acho que ninguém se importa, o problema é começar a roubar, ser violento... Aí já caí todo mundo em

cima. Como é que o serviço vai ser responsabilizado depois, se a sociedade, as pessoas querem que ele interne” (Diário de Campo, 2018).

Para justificar as internações geralmente os profissionais ancoram as pessoas com problemas pelo uso de drogas nas representações de loucura, onde são associados como perigosos e violentos. Nesse viés, ao vir sendo associado à criminalidade e violência, o uso de drogas permeia a origem e perpetuação da ideia de que tratamentos em âmbito restrito, sustentados por modelos manicomiais (diga-se separação dos usuários de drogas do convívio social), tais como as internações compulsórias e involuntárias são realmente eficazes ou a primeira alternativa diante do uso de drogas, principalmente do *crack*.

A ótica do discurso geralmente é validada pela perspectiva biologicista, médica /psiquiátrica acerca das drogas, ao permear o olhar e muitas das práticas e discursos empreendidos por profissionais a partir do aparato judiciário e policial, culmina em implicações não apenas psicológicas, mas sociais, políticas e econômicas sobre a vida das pessoas que usam drogas, o que demonstra a necessidade de uma compreensão integral do problema. Embora o discurso mais vinculado à internação compulsória, como medida primária, seja empreendido pelos órgãos judiciais, alguns profissionais pontuam que “(...) o médico não vai negar o pedido de internação para não deixar seu nome sujeito a um processo judicial” (Diário de Campo, 2018), compreende-se, por intermédio desses elementos, que as representações dos profissionais de saúde integrantes do Grupo Condutor sobre a internação compulsória, sobretudo em relação ao uso de *crack*, são complexas e multifacetadas, assim como as questões que permeiam o uso de drogas.

Mas os profissionais também apontam a existência de inúmeras disparidades entre as práticas de cuidado preconizado pelas equipes e respectivos serviços de saúde, junto às pessoas que consomem drogas, e as práticas empreendidas pelo sistema judiciário e profissionais que atuam junto aos mesmos. Afinal, uma das questões é a intensa viabilização dos pedidos de internação compulsória e involuntária pelos órgãos judiciais, fato que vai à contramão das tentativas de redução destes processos preconizadas pela promoção do cuidado em rede e no território preconizado pela RAPS e na Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, que constituem as bases das práticas perpetradas muitos

pelos serviços nos quais atuam esses profissionais de saúde. “Foi discutido o caso de um adolescente, para o qual o juiz já determinou internação compulsória por três vezes seguidas, sendo que o adolescente está em tratamento no CAPS do município” (4ª CRS, ATA 43, 31 de Agosto de 2016).

Nessa perspectiva, os profissionais sugerem que as equipes precisam ser capacitadas para atender e dialogar com as questões jurídicas e a demanda advinda do sistema judiciário, tais como os pedidos de internação compulsória e involuntária recorrentes para o mesmo usuário num curto período de tempo, bem como processos movidos pela família junto ao órgão, uma vez que atuar nesses casos demanda a consideração de uma rede complexa de atores (família, equipe, profissional de referência, demais serviços que atendem a pessoa, retorno ao território, critério(s) utilizado(s) para proceder a internação, desejo do sujeito, entre outros).

Desse modo, a internação compulsória ainda é compreendida como uma medida complexa de tratamento visto envolver diversos setores e atores do cuidado em saúde, tais como Estado, gestão municipal, hospitais, secretarias, hospitais, CAPS, Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), defensoria pública, ministério público, brigada militar, profissionais de várias especialidades, família, usuário, entre outros. Considerando a complexidade dessa medida, os profissionais ressaltam que:

“a internação compulsória requer a articulação com outros serviços, para que se algo acontecer não fique o serviço à mercê da repressão das famílias e para que se evite que o pior aconteça com a pessoa. É importante que a atenção psicossocial esteja com esse entendimento, para bom acompanhamento e envolvimento com esse caso. a equipe precisa estar junto, se colocar em articulação com demais serviços e profissionais” (Diário de Campo, 2018).

Não depende apenas dos profissionais, é uma questão que envolve a gestão, o transporte municipal, a disponibilidade da família, da própria pessoa que vai internar... Têm vezes que ela não quer mais, isso se agrava quando não é internação por transtorno mental, e sim por uso de drogas, ainda mais quando é *crack*. (4ª CRS, ATA 63, 28 de Setembro de 2018).

Nesse segmento de representações sobre a internação compulsória, os profissionais compreendem que, mesmo como integrantes de um grupo para pensar o cuidado em saúde e viabilizar alternativas, contribuem para a internação de pessoas que usam drogas quando realizam encaminhamentos por uso de maconha,

desconsiderando os critérios que norteiam esta medida de tratamento. Discute-se, então, sobre os casos prioritários de pacientes, uma vez que há pouca informação sobre os casos, fazendo com que a Central de Regulação de Leitos em Saúde Mental da 4ª CRS devolva o caso pedindo mais informações, pois não é possível definir a emergência para a internação. (4ª CRS, Ata 63, 28 de Setembro de 2018).

Como é que vocês encaminham requerendo uma internação compulsória de um adolescente por uso de maconha? Esses casos são os piores, falta informação sobre a pessoa, ainda mais no caso de um adolescente. Por outro lado, se a gente parar para pensar, qual é o cuidado que estamos dirigindo aos nossos usuários antes de mandar para internação? Será que estamos indo na contramão do que nos propomos? Cadê o trabalho com a família, a participação em grupos e oficinas, cadê a educação permanente, a parceria com os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), o contato com as escolas? Assim fica fácil culpar o usuário pelos pedidos recorrentes e internar de uma vez, porque o serviço não tem culpa nenhuma, né? Nós não temos, lavamos as mãos (Profissional da Saúde, Nota de Diário de Campo, 2018).

Portanto, os momentos de discussão envolvem, muitas vezes, a Atenção Básica, enquanto “porta de entrada” da atenção psicossocial, pois o entendimento a respeito das ações em saúde mental como atribuição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por psiquiatras e psicólogos, hospitais e unidades de tratamento, contribui para o aumento no índice de internações. Dito de outra forma, a prática do acolhimento, a compreensão sobre saúde mental e uso de drogas, sobretudo de *crack*, ao serem negligenciados na base, perpetuam a carência do cuidado em território, das ações junto à comunidade como potência de cuidado e humanização, culminando em encaminhamentos contendo pedidos de internação antes mesmo de serem consideradas outras alternativas. Portanto, “compreende-se que há uma necessidade de aproximação com a atenção básica, com o objetivo de reduzir esses números (4ª CRS, ATA 30,16 de Dezembro de 2015).

Discutiu-se sobre o não acolhimento dos usuários de saúde mental na atenção básica, os desafios do cuidado em território com as equipes de ESF e UBS, importância do conhecimento do território e do acolhimento pelas equipes da atenção básica para classificação de risco, importância do projeto terapêutico singular (PTS), relevância de envio de documento sobre o usuário à promotoria contendo evolução que sinaliza a importância de fortalecimento da participação da família. (4ª CRS, ATA 45, 27 de Outubro de 2016).

No entanto, para além da problemática envolvendo a atenção básica e sua contribuição para o índice expressivo de internações compulsórias, essa medida de tratamento e o uso de drogas são alvos de reflexão por parte dos profissionais, uma vez que as dificuldades de relação entre os próprios serviços de saúde integrantes da RAPS e destes com o sistema judiciário, motivada pela dicotomia das práticas e compreensão sobre uso de drogas e internação compulsória, comumente, podem desencadear processos de exclusão, segregamento, comprometimento de vínculos entre serviços, usuários e famílias e, também, sofrimento à pessoa para quem a internação é direcionada.

Dentre as pautas do encontro figuraram os fluxos municipais, as dificuldades dos serviços, prioridades e necessidades de internação, as questões relacionadas à referência e contrarreferência, a aproximação entre municípios e hospitais durante o processo, a relação com o judiciário e a qualificação das internações. Também discutiu-se a legislação que rege o processo de internação e o estabelecimento dos fluxos de internações. (4ª CRS, ATA 31, 12 de Janeiro de 2016).

Diante disso, os profissionais relatam questões envolvendo os hospitais “Como deve ser a comunicação entre os serviços e os hospitais?” “Qual o papel do hospital na rede?” (Diário de Campo, 2018), tornam-se constantes, assim como reflexões e sugestões para a melhora das práticas dirigida à saúde mental no âmbito dos hospitais, visto que não são raros os casos em que a falta de ações nesse contexto são desconexas das prerrogativas da RAPS e não contribuem para a redução do índice de internações, considerando o fato de que os hospitais recebem incentivos por números de internações. Algumas preocupações relatadas pelos profissionais são:

“Não temos como reduzir nossa taxa de ocupação (80% <sup>11</sup>), então o prazo de 48 horas não é bom, pois o leito fica vago e o hospital prejudicado. Então, é melhor diminuir o tempo deixando em 24 horas de espera e deixar

---

<sup>11</sup> Conforme Resolução nº 562/12 – CIB/RS, O hospital deverá comprovar a taxa mínima de ocupação de 80% para o recebimento do valor integral de incentivo financeiro para o conjunto de leitos contratados.

Segundo a portaria 3588/2017 “Art. 1034. O repasse do incentivo financeiro de custeio instituído no art. 1033 fica condicionado a: I - habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospitais Geral); e II - taxa de ocupação mínima de 80%.” (NR)”.

um tempo “engatilhado” para o caso de um desistir”. Assim, a gente não perde, se não vai um vai outro... Fica o questionamento (Diário de Campo, 2018). Qual é o papel de pensar e refletir sobre a internação compulsória entre os profissionais neste espaço mesmo?

Nessa direção, encontramos no relato dos profissionais de saúde, a internação compulsória como medida necessária em muitos casos. Por outro lado, no entanto, também percebida como um processo violento e desumano para a pessoa internada; uma vez que diante do retorno do usuário ao serviço que o acompanha, é comum apresentar-se sob o efeito de excesso de medicação (dificuldade para falar e reconhecer com quem fala, sonolência, tontura, enjoos, etc.) e, posteriormente, manifestar descontentamento e revolta direcionada aos profissionais e à própria família, prejudicando o vínculo importante para manutenção do acompanhamento. Para eles, “os hospitais precisam ser capacitados para manejar os diferentes casos que se apresentam, pois aquilo que é disponibilizado, muitas vezes, é inadequado, insuficiente ao caso acompanhado (4ª CTS, ATA 05,03 DE JULHO DE 2014).

Diante disso, os profissionais revelam, por meio de suas verbalizações, as dificuldades de reestruturar as relações que uma internação compulsória pode causar quando do retorno do sujeito ao seu território de vida e contexto familiar, bem como na retomada do acompanhamento junto aos serviços de saúde.

“Nós sabemos por experiência própria, até de um caso do nosso serviço, que o usuário não retorna vendo a gente do mesmo jeito O “fulano” mesmo voltou tão “dopado” que não conseguia mexer a boca, como largam ele à pé daquele jeito, podia ter sido atropelado. Fora as complicações que a gente teve para retomar o vínculo, porque ela já não acreditava na gente, nós profissionais, não queria vir mais no CAPS, chegou a sair de casa e morar na rua por uns tempos por mágoa da família, ficou revoltadíssimo” (Profissional da Saúde, Notas de Diário de Campo, 2017).

Nesse sentido, compete questionarmos a quem, de fato, é útil a medida da internação compulsória? Quem de fato é a referência para que ela ocorra, tal como expõe um dos profissionais de saúde no relato a seguir.

Um usuário do nosso serviço que nós não víamos há muito tempo chegou contando que “tava na “pedra”, mas dando conta de sua vida, cuidando carros na praça, dormindo no albergue, às vezes na rua, mas que estava ali para “ver o médico”, que uma pessoa da igreja viu que ele estava na rua e

resolveu acompanhá-lo, pois havia conseguido uma vaga em uma Comunidade Terapêutica (CT) e que ele pensava em ir. Ele sabia que seria internado compulsoriamente (porque saía mais rápido via judicial) para desintoxicação, antes de ir para a CT. Aí a gente se questiona: Para quem serve esta internação? Ao sujeito, ao CAPS (que acolhe, em primeiro lugar, a demanda de um terceiro, sem a presença do usuário, negando a autonomia da pessoa? Ou será que serve ao discurso social higienista que trata de varrer das ruas, parques e praças àqueles que desejam ali permanecer, por que não entendem que aquele pode ser o território de vida que a pessoa escolheu, que é parte de sua história, e não como falta de opção, lugar para ficar? (Diário de Campo, 2017).

Considerando a complexidade das representações dos profissionais acerca da internação compulsória, as divergências relacionadas à compreensão sobre tal medida de tratamento existentes entre hospitais e serviços e respectivos profissionais de saúde componentes da RAPS, evidenciam que a internação compulsória trata-se de uma medida muito particular, cujas representações dependem do entendimento dos profissionais sobre o uso de drogas e a configuração sócio-histórica, econômica e cultural (entre tantos outros elementos) que este detém. De maneira similar, tais representações dependem, ainda, das concepções acerca do cuidado humanizado, da intersetorialidade e integralidade prerrogativas da atuação em rede e, de forma semelhante, a forma como a internação compulsória é compreendida pelas equipes, serviços e gestões municipais. Em relação aos hospitais, os profissionais atuantes neste âmbito percebem que a internação nem sempre é necessária, mas por questões econômicas e financeiras, necessitam que ela continue a ser empreendida.

Contudo, embora haja a constante reflexão sobre a necessidade de articulação da atenção básica com os serviços de saúde e hospitais, assim como a urgência de melhora na relação do sistema judiciário com as equipes a rede de serviços da RAPS como um todo, no que tange o cuidado às pessoas que consomem *crack* e outras drogas, a redução dos processos de internação compulsória e involuntária, não pode ser compreendida de forma reducionista.

Afinal, a reflexão e as ações emanadas dos espaços de discussão e de resoluções sobre tal problemática devem, mesmo que diversificadas (e, talvez, nisso resida seu potencial para mudança, por meio da multiplicidade de saberes), sustentar-se nas diretrizes da atenção integralizada, na humanização e no compartilhar de experiências. Entre tantos caminhos, a interdisciplinaridade e o

diálogo sobre uso de drogas, sobretudo de *crack*, parecem ser um dos caminhos para que as representações sociais dos profissionais de saúde, em relação à internação compulsória, sofram transformações e deem origem às práticas mais humanizadas e éticas no cuidado em saúde.

Compreende-se que, para pensar a internação compulsória precisamos pensar que existe um “fenômeno social” sobre o uso de drogas ainda sob a lógica de um discurso moral. Para isso, é essencial a análise do contexto histórico que possibilita investigar aspectos de “continuidade e descontinuidade presentes em uma representação de modo a compreender seus processos de generatividade e de estabilidade” (VILLAS BÔAS; SOUSA, 2011, p.37-38). Ao analisar a historicidade de um objeto representacional, no seu percurso teórico metodológico, é necessário discorrer a própria história desse objeto e a história do grupo que o compõe enquanto tal (VILLAS BÔAS; SOUSA, 2011).

O tratamento de pessoas que usam drogas, historicamente, tem sido pautado na lógica da criminalização, da infração, por meio de uma cultura judaico cristã que faz uma relação entre prazer e pecado, onde as intervenções se dão a partir de um modelo biomédico sendo o isolamento e a segregação, por meio das internações, uma única possibilidade de Intervenção (NUNES, 2010).

Em 2003, o Ministério da Saúde (MS) propôs uma Política de Atenção Integral de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003), que indicava a “decisão de tratar o problema comprometendo-se com a atenção integral e com a amplitude das drogas no contemporâneo, escapando da oposição entre lícito e ilícito, permitido e proibido” (PASSOS; SOUZA, 2009). Em 2008, no RS, foi disparado um processo de retomada crítica do tema das drogas, reunindo trabalhadores ligados à Comissão de Políticas Públicas do CRP-RS e militantes que fazem de seu engajamento na luta pela Reforma Psiquiátrica uma maneira de defesa dos princípios democráticos do SUS no campo da saúde mental (PASSOS, 2010).

Ainda de acordo com o autor, no campo da saúde mental, já se percorreu um longo caminho de reforma das práticas de tratamento da loucura. No entanto, os sujeitos que sofrem com o uso abusivo de drogas ainda são, com frequência, submetidos a práticas manicomiais, sendo os serviços que se responsabilizam por estes cuidados os autores responsáveis por estas diferentes práticas. Diante disso,

é importante refletir acerca das normativas que norteiam a vida das pessoas que usam drogas, bem como são construídas as práticas disponibilizadas à essas pessoas, e de modo semelhante, a respeito do contexto de uso de drogas e da relação que o sujeito estabelece com a droga (enquanto inserida em um meio sociocultural).

Afinal, considerando o uso de substâncias psicoativas, sabemos que acreditar numa sociedade sem drogas é ilusão, visto que este uso tem permeado a história da humanidade; tal como aponta Nunes (2010) ao mencionar que o uso de substâncias sempre esteve presente de diferentes formas e em diferentes contextos culturais. Para ele, utiliza-se o consumo de drogas para as mais diversas funções, seja para modificar o estado de consciência e/ou a realidade, explorar as emoções, melhorar o estado de espírito, quanto para intensificar os sentidos ou promover a interação em seu meio social, entre outros.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) 'droga' é um nome genérico dado a todo o tipo de substância, natural ou sintética, que ao ser introduzido no organismo provoca mudanças em suas funções (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992). "O conceito de drogas torna-se então um conceito múltiplo, por vezes indefinível ou embasado por valores morais, naturalizações, determinismos simplistas ou posições aleatórias" (TORRES, 2017, p. 57).

O uso de drogas depende do que elas oferecem química e biologicamente, e também do que elas representam como pretextos para minorias e maiorias. São substâncias determinadas, mas os modelos de administração dependem muito do que se pensa sobre elas em cada tempo e lugar. Concretamente, as condições de acesso ao consumo são tão decisivas como aquilo que é consumido" (ESCOHOTADO, 1997, p. 29).

Desse modo, questionamos a forma como os discursos sobre drogas são abordados pelos serviços de saúde. As discussões levantadas aqui apontaram que "é preciso deslocarmos o foco da substância para conseguirmos olhar para tantos outros fatores além da droga que envolvem o fenômeno do consumo na vida dos sujeitos" (TORRES, 2017, p. 59).

Diante do exposto sobre drogas, no próximo eixo tentamos focar no olhar dos profissionais para o consumo de drogas, principalmente o *crack*. Pois entende-se

que muitas práticas de cuidado se movimentam a partir do que os profissionais pensam, sentem, relatam e representam as pessoas com problemas devido ao uso de drogas.

## **5.2 O que os profissionais de saúde pensam e sentem sobre o usuário e sobre o consumo da droga, particularmente do *crack*.**

Conforme campanha “*Crack, nem Pensar!*” (GRUPO RBS, 2009), “houve a construção de um tabu em relação à esta substância, no sentido das pessoas falarem do *crack* apenas como algo que precisaria ser evitado e repulsado” (TORRES, 2017, p. 42). Não sendo diferente nos discursos dos profissionais de saúde, que passaram a ancorar seus diálogos em campanhas como estas. Lembrando que ancorar significa classificar, dar nome a alguma coisa, ou seja, coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras, “desde que as campanhas sobre o *crack* surgiram, vivemos essa ameaça constante, pois o uso se intensificou e o medo dos familiares aumentou, tendo uma procura maior de internação” (4ª CRS, ATA 61, 13 JUNHO, 2018).

“Profissional relatou um caso de uma adolescente que estava grávida, em situação de rua, estava com sífilis e tuberculose, foi encaminhada via Judicial para uma internação para desintoxicação pelo uso de *crack*” (4ª CRS, ATA 62, AGOSTO, 2018). Observa-se que o caso da pessoa o “uso de drogas” de fato parece pequeno diante de toda situação, não que o problema com a droga deva ser desconsiderado, mas será que o principal problema dessa pessoa era o uso? O estigma da droga é muito grande, pois foi o judiciário quem encaminhou, mas foram os profissionais da saúde que avaliaram o caso, e foram eles que fizeram o atestado de pedido de internação para desintoxicação.

Outro exemplo foi o caso relatado pelos profissionais de um menino de 14 anos, (...) faz uso maconha esporadicamente, brigou com alguns colegas na escola, passa por conflitos familiares. Devido à irritabilidade do adolescente foi feito um pedido de internação compulsória, e inclusive o menino já havia sido internado voluntariamente durante 20 dias no hospital Santo Antônio, sendo que o menino era bem tranquilo com os profissionais (Diário de

Campo, 2018). Então questionamos o motivo de uma nova internação e também da primeira internação?

Conforme o discurso dos profissionais“ As famílias ficam com medo porque o uso de maconha geralmente leva para o uso de drogas mais pesadas, até chegar no *crack*” (Diário de Campo, 2018). “ Geralmente os usuários de *crack* cometem furtos, e são violentos com a família” (Diário de Campo, 2018). O modo como o usuário de *crack* vem sendo representado, ruma como os profissionais de saúde geralmente produzem suas práticas. tendo em vista que a representação acaba sendo embutida na internação compulsória como sendo a resolução dos problemas. De modo que as Representações. Lembrando que as representações sociais se tornam base de um conhecimento/saber (JOVCHELOVITCH, 2008).

Tentamos relacionar as palavras que mais apareceram nas ATAS e Diários de Campos quando tratava-se de usuário de *crack*, e as palavras foram as seguintes: “violência, roubo, agressividade, internação”. Demonstra-se assim como alguns profissionais representam a pessoa que usa *crack*, passando a ancorar o desconhecido em uma realidade conhecida e institucionalizada, objetivando significados diferentes, que podem frequentemente causar ameaças ou são indizíveis e inescrutáveis, em uma realidade familiar.

A partir da dialogicidade, as representações de cuidado vão se transformando em medo, e necessidade de produzir um cuidado imediato para dito “fenômeno uso de *crack*”. E essa ansiedade por “resolver de modo simplificado problemas de tamanha complexidade Lancetti (2015), chama de contrafissura”, que também se manifesta em cada cuidador, terapeuta que imagina poder salvar a vida das pessoas, que por razões muito mais complexas estão muitas vezes morando em zonas de uso ou pessoas que procuram ajuda nos serviços de saúde. “A contrafissura é o primeiro obstáculo a ser vencido para poder se relacionar com pessoas, biografias, corpos e também para elaborar políticas inteligentes e eficazes” (Lancetti, 2015, p. 41).

A partir dos apontamentos realizados, neste segundo momento da escrita, discutiremos de que modo os saberes dos profissionais de saúde constroem e movimentam as práticas de cuidado em saúde mental, por meio da análise

documental das atas da 4ª CRS, referentes às reuniões do Grupo Condutor e das notas presentes nos diários de campo dos pesquisadores.

### **5.3 Quais saberes e afetos sobre Internação Compulsória circulam entre os profissionais da saúde**

Neste segundo eixo, procuramos descrever como esses pensamentos e afetos interagem e movimentam as práticas de cuidado das pessoas que consomem *crack*. Nossas respostas foram pautadas a partir dos discursos dos profissionais nas reuniões do Grupo Condutor. Conforme Foucault, (1999) o discurso e sua análise colocam-nos na posição de tomar os corpos em estudo e pesquisa, como ato, como instituições que, de alguma forma, constituíram-se num intercontexto, num interdiscurso; coloca-nos na posição de tomá-los como práticas e relações de poder/resistência na produção de verdades, no jogo de verdades.

As representações são alimentadas tanto por conhecimentos oriundos da experiência cotidiana como pelas reapropriações de significados historicamente consolidados (MOSCOVICI, 1978). Assim para compreender e traçar uma linha que promova reflexão acerca da internação compulsória por meio dos saberes, faremos um Breve Histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil e as práticas de cuidado em saúde mental, para entender como iniciou esse processo de cuidado em saúde mental.

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil tinha como objetivo a luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O início da Reforma Psiquiátrica no Brasil é ligado ao “Movimento Sanitarista”, o qual se desenvolveu a partir dos anos 70 em favor de algumas mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Embora proveniente da “Reforma Sanitária”, a Reforma Psiquiátrica se constitui a partir de sua própria história mesmo escrita num contexto internacional pelas violências asilares, fundado nos anos 70 com a crise nos modelos

assistenciais centradas nos hospitais psiquiátricos, tem por outro lado um esforço dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2005). A Reforma Psiquiátrica avança marcada por impasses e desafios, pois se trata de um processo político e social composto por diversos atores, instituições e forças de diferentes contextos, governo federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, e nas associações de pessoas e familiares com transtornos mentais, nos movimentos sociais onde engloba um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores e culturais sociais (BRASIL, 2005).

O movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país costuma ser identificado como efetivo em 1978 com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) movimento formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e por pessoas com histórico de longas internações psiquiátricas (BRASIL, 2005).

De acordo com Amarante (2000), no Brasil, o movimento de reforma psiquiátrica teve como estopins a Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde, e o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM). No que concerne ao MTSM, basta lembrar que este movimento denunciou a falta de recursos das unidades e a consequente precariedade das condições de trabalho refletindo na atenção dispensada à população, tendo como mote o caráter trabalhista e humanitário. A trajetória do movimento foi marcada pela noção de desinstitucionalização e teve início na segunda metade dos anos 1980, inserindo-se num contexto político de grande importância para a sociedade brasileira. Em termos políticos, a década de 1980 diz respeito à luta pela construção de um Estado verdadeiramente democrático, após 20 anos de ditadura militar.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental inspirou-se no modelo de desinstitucionalização Italiana em 1987 e adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizado a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro), este período também é marcado por o surgimento de um dispositivo importante o primeiro CAPS no Brasil na cidade de São Paulo (BRASIL,

2005). A Constituição de 1988 representa um marco em termos de reconhecimento de direitos sociais no Brasil. Em seu artigo 6º estabelece como direitos sociais dos brasileiros “a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, a assistência aos desamparados”. A constituição cria o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde” (BRASIL, 2005).

Em 1989, o Congresso Nacional dá entrada no projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) nos campos legislativos e normativos, que sugere a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e o desaparecimento progressivo dos manicômios no país. Em 1992, inspirados pelo projeto de Lei de Paulo Delgado, os movimentos sociais conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam as substituições de leitos psiquiátricos por uma atenção integral em saúde mental (BRASIL, 2005).

No ano de 2001, após 12 anos de tramitação, finalmente a Lei 10.216 (BRASIL, 2001), conhecida como “Lei de Paulo Delgado”, é sancionada no país. Assim, a Lei Federal redireciona a assistência em saúde mental, favorecendo o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais quando linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005).

A partir da Reforma Psiquiátrica, o desafio que se impõe no cuidado em saúde mental é a criação de uma rede de serviços que possam substituir os manicômios, e produzir práticas de cuidado em liberdade, articuladas aos territórios de vida das pessoas em sofrimento psíquico. Diante desse desafio, após a aprovação da lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em 2002 é aprovada a portaria 336, que sanciona a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo estes serviços estratégicos para a organização da rede de cuidado em Saúde Mental (BRASIL, 2004). O CAPS é um serviço do Sistema único de Saúde (SUS) que funciona de maneira aberta e comunitária, sendo um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves entre outros quadros, que justifiquem tratamento e permanência em

dispositivos de cuidado intensivo e comunitários respeitando a autonomia e promovendo vida (BRASIL, 2004).

O CAPS foi criado para ser um serviço de saúde mental com o intuito de substituir as internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento à população dentro do seu território, promovendo reinserção social, através de lazer, trabalho, respeitando os exercícios dos direitos civis e fortalecendo os laços familiares e comunitários. Os CAPS oferecem diferentes tipos de atividades terapêuticas que vão além de apenas consultas e medicamentos. A ideia de clínica vem sendo (re) construída na atenção psicossocial denominada de clínica ampliada (BRASIL, 2004).

Mais recentemente, após mais de uma década de implantação dos CAPS e da avaliação da necessidade de especificar os demais componentes da rede de atenção em saúde mental, com a portaria 3.088/11, o Ministério da Saúde institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir da RAPS diferentes pontos da rede de saúde mental são instituídos, os quais devem atuar conforme as diretrizes: consideração aos direitos humanos; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; valorização da autonomia e liberdade dos sujeitos; garantia do acesso e qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral; e, assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar (BRASIL, 2011).

Percebe-se que a Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto por forças de diferentes origens, atores e instituições, que percorre em territórios diversos. Caracterizando assim no período atual a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, centrado na internação, por uma rede de cuidado integral e intersetorial, que consiga enxergar os usuários como um sujeito social.

A partir do que diz a Reforma Psiquiátrica, observamos a importância de problematizar e analisar o modo como a internação compulsória vem sendo pensada e discutida entre os profissionais de saúde, considerando que , recorrentemente, escutamos o seguinte discurso:

“Estamos sendo engolidos pelas internações compulsórias “estamos de mão atadas, pois não temos carro nem profissional para fazer as visitas, e o usuário não quer frequentar o serviço”. Pela lógica da Reforma Psiquiátrica temos sempre que preservar a autonomia do sujeito, mas também o usuário tem que fazer sua parte, se responsabilizar pelo tratamento. Nesse caso, o que o profissional faz? Minutos atrás uma das pautas era referente a importância de fazer Redução de Danos, visita domiciliar, e também falavam de um município que tinha diminuído as internações devido às práticas de visita domiciliar, pois geralmente a família pede internação porque o usuário não quer ir ao serviço e assim o familiar sente-se desamparado “geralmente” não que isso seja sempre o motivo” (Profissional da Saúde, Nota de Diário de Campo, 2017).

É importante pensar o que se entende por autonomia, pois não podemos pensar a autonomia individual como autossuficiência, mas como capacidade de estabelecer redes e se retroalimentar – é pela insuficiência que se ajuda e se busca apoio nos demais; é pela ajuda recebida que se torna suficiente, nunca autossuficiente, sempre suficiente pelo que se compartilha. Tal concepção torna a noção de autonomia próxima à do conceito de cogestão, partindo pela noção de saúde coletiva (ZAMBILLO, 2017).

Por meio da fala de um profissional, podemos observar algumas compreensões sobre a internação compulsória, a partir das diretrizes da reforma psiquiátrica: “A reforma psiquiátrica é uma Lei e temos que embasar nosso trabalho a partir dela, ou seja a internação compulsória só deve ser realizada quando todos os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficiente”(Diário de Campo, 2018). No entanto, conforme a fala não basta apenas um documento, “A reforma Psiquiátrica precisa sair do papel, e não deixar o judiciário dizer o que o serviço precisa fazer” (Ata 51, 27 de julho de 2017). Nessa perspectiva, é que observamos que os saberes dos profissionais de saúde se constituem a partir da Reforma Psiquiátrica, mas os afetos que movimentam as práticas de cuidado acabam sendo atravessados pela falta de diálogos entre os serviços e o Judiciário.

Reunião do Grupo Condutor de Saúde Mental na 4º CRS, contando com a participação de 13 pessoas. Nessa ocasião discutiu-se amplamente a situação da saúde mental e da atenção básica de um município, no qual persistem os desafios do trabalho em rede. Os representantes do referido município relatam as dificuldades relacionadas à comunicação do judiciário com os serviços, bem como a alta demanda do mesmo, a qual, muitas

vezes, sequer passa pela secretaria de saúde mental e pelos serviços de saúde (ATA 42, 20 de agosto de 2016).

Os Profissionais relatam as dificuldades de trabalharem com a demanda da judicialização, as quais, muitas vezes, movimentam as práticas de “cuidado”: “Me sinto angustiada por não conseguir resolver as demandas da judicialização, estamos sendo atropelado em nossos serviços, então muitas vezes temos que fazer apenas o que pede o mandado judicial, ou seja, internar” (Diário de campo, 2018).

Todavia, o que de fato os profissionais entendem por cuidado em saúde mental para pessoas com problemas decorrentes do uso drogas? Observa-se que muitos discursos ainda são pautados pelo cuidado do viés apenas da “abstinência” e então de fato não conseguem dialogar com o judiciário, “ (...) o usuário está até frequentando o serviço, e está bem, mas não parou totalmente de usar, principalmente nos finais de semana, então a mãe vai lá e fala com o juiz e ele interna, e o que eu como profissional do serviço vou dizer” (Diário de Campo, 2018).

Entendemos abstinência uma rede de instituições que define uma governabilidade para as políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso (SOUZA, 200, p. 27 ).

A própria abstinência passou a ser objeto de intervenção da política nacional adotada pelo Ministério da Saúde:

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. (BRASIL, 2003, p. 10)

Percebe-se que pouco os profissionais discutem de fato sobre práticas de cuidado. Como a Redução de Danos por exemplo, conforme Souza (2007), Redução de Danos (RD) não reside no fato de ser contrária a abstinência, mas de que a RD permite que a abstinência se torne uma das regras possíveis a serem

exercidas e não a única e indispensável para todo caso clínico. A RD propõe um método de cuidado com ênfase na criação de regras facultativas: “cuidado” como produção de sujeitos autônomos. A corresponsabilização é uma diretriz que aponta para os processos de autonomização, ampliação do modo de pensar o cuidado e o sujeito.

Algumas falas nos remetem a pensar o que de fato os profissionais entendem sobre cuidado de pessoas com problemas pelo uso de droga, uma vez que, constantemente, o discurso dos profissionais define apenas o uso como o “problema” na vidas das pessoas. “(...)existem várias ações que podem diminuir as internações, nossas internações quase sempre ocorrem por uso de drogas, às vezes a pessoa até tem outro problema” (Diário de Campo, 2018). É importante questionar essas ancoragens que são produzidas e partilhadas sobre pessoas que consomem *crack*.

Contudo, também há muitas dúvidas entre os profissionais acerca dos critérios que realmente devem ser considerados para que tenha início um processo de internação, assim como questionamentos sobre quem detém o dever de buscar o usuário para fazer a avaliação e a respeito da disponibilidade auxílio por parte dos órgãos jurídicos e policiais, visto que consideram, em muitos casos, a existência de risco à integridade física dos profissionais de saúde. De modo semelhante, as dúvidas e reflexões, bem como as decisões emanadas da comunicação entre experiências e saberes apresentam-se também sob os mais diversos elementos.

A primeira intimação é para a família ou o paciente? E quando tem uma questão de vulnerabilidade? O assistente social precisa estar junto? Foram feitas inúmeras perguntas sobre como proceder o processo de internação, mostrando a necessidade da aproximação entre a atenção básica. “Percebemos uma fragmentação muito grande na atenção básica”. Faltam questões mínimas de cuidado com o paciente, é preciso fomentar, mobilizar, principalmente “ Compreender o paciente que foi internado 15 vezes”, até quanto é terapêutico? que cuidado é esse? “ não deixa de ser um choque de modelos asilar centrado na figura” (Profissional da Saúde, Nota de Diário de Campo, 2017).

Nesse sentido, torna-se importante problematizar em que momento a demanda da judicialização tomou conta dos serviços, tal como expõe o trecho de uma fala presente no diário de campo. “A nossa eficiência falhou e, quando o estado

falha, a justiça assume”; “quando houve incentivo, instituíram portarias, veio a questão do *crack* e, em geral, a coisa estagnou; hoje não dá mais conta” (4ª CRS ATA 59, 19 dezembro de 2017).

Por meio desta fala conseguimos entender o sentimento que os profissionais têm tanto em relação à judicialização dos serviços em que atuam, quanto à internação compulsória. Afinal, com o advento da judicialização dentro dos serviços, a internação tornou-se a medida primária, embora devesse ser indicada apenas quando todos os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Dessa forma, os profissionais veiculam discursos sobre:

“as dificuldades existentes há anos acerca dessas questões. “...Discutem sobre as dificuldades encontradas nos anos anteriores (2014, 2015, 2016) para mas, também, do jogo de interesses, complicações políticas e conflitos, os quais contribuíram para a referida situação”. “É preciso, então, pensar em ações, o cuidado não está sendo priorizado... Não dá para “enxugar gelo” (Diário de Campo, 2017).

Diante desses momentos de discussão, são constantes os exemplos trazidos pelos profissionais de saúde acerca da atuação e das dificuldades encontradas nos municípios em que atuam, no que tange à internação compulsória.

“Em seu município a “articulação com a rede é prejudicada pelo alto índice de internações dessa espécie”. “Em um dos municípios os casos mais “gritantes” contam com Acompanhante Terapêutico e visitas domiciliares no processo de internação” (4ª CRS, ATA 09, 02 de Setembro de 2014).

Há ciência, também, entre os profissionais, de que a internação compulsória é a “Galinha dos Ovos de Ouro (Diário de campo, 2018)” dos hospitais, visto que a preocupação reside sob a diminuição dos leitos e a redução da taxa de ocupação ocasiona “dinheiro perdido”. Para muitos dos profissionais, esse continua sendo o grande problema dos leitos vagos, pois causa prejuízo aos hospitais.

Precisamos falar sobre isso, hospitais recebem 5610,00 por leito via ministério, 4.000,00 por leito via Estado, Cacequi por exemplo, tem 6 leitos via ministério e 4 pelo Estado, recebe portanto, 49.000,00, sendo que o CAPS recebe 33.000,00 mensais. Então fica difícil trabalhar para a diminuição das internações, sendo que o serviço que deveria propor um tratamento aberto recebe menos que o outro (Diário de Campo, 2018).

Nesse sentido, diante do cenário atual e visando o controle e qualificação das internações, foi implantado o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), por meio do qual a 4ª CRS passa a ter mais controle sobre os critérios de internações, de maneira mais organizada e informatizada. Por intermédio dele, os profissionais vão receber uma capacitação para o preenchimento do SISREG, a ideia é pensar melhor nos critérios de internação.

Os serviços deverão preencher um formulário com os dados e o histórico da pessoa que está tendo um pedido de internação. O coordenador comentou sobre o histórico das internações dentro da 4ª CRS, que já foi a reguladora dos leitos, mas na época os serviços faziam o pedido de internação via e-mail ou por telefone, a 4ª CRS tinha uma lista, a CRS que fazia a conexão com os hospitais, como demandava muito serviço, não era possível atender a todos os 32 municípios, então foi pensado e desarticulado a internação via 4ª CRS, e os próprios serviços passaram a se comunicar com os hospitais e fazer esse processo das internações. Mas o que aconteceu é que o acesso ficou “MUITO” livre e os serviços aumentaram consideravelmente o número de internações, havendo necessidade de retomada a regulação pela 4ª CRS (4ª CRS, ATA 61, 13 de junho de 2018).

Conforme dados fornecidos pela 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, de janeiro a julho de 2018, ocorreram 778 pedidos de internação em saúde mental. E de agosto a fevereiro, considerando o mesmo espaço de tempo, ocorreu 596 pedidos, sendo que 96 dos casos foram discutidos e repensados e não precisaram internar. Portanto após colocar em prática o SISREG houve uma diminuição de 36% do pedidos de internação.

Diante do contexto apresentado, no que tange àquilo que põe em movimento as ações de cuidado em saúde mental, compreende-se que este movimenta-se para além dos saberes produzidos e veiculados pelos profissionais de saúde, considerando estar atrelado à questões como os incentivos financeiros recebidos pelos hospitais (em contrapartida do número de internações, bem como da taxa de ocupação necessária para o recebimento desses proventos), às gestões (por meio do discurso dos profissionais presentes, entende-se que, muitas vezes, a proposição de projetos direcionados à produção e/ou melhoria do cuidado em saúde é motivada pelas verbas que advirão ao município, e não às ações humanizadas que deles podem provir), assim como à realidade econômica e cultural.

A partir da multiplicidade de questões envolvendo as internações e principalmente as compulsórias, torna-se importante refletirmos acerca dessa medida, enquanto profissionais de saúde inseridos num espaço de discussão. Nesse viés, entende-se que a discussão de uma problemática tão complexa, é um dos percursos capazes de produzir práticas, ações e noções sobre cuidado em saúde embasadas na Reforma Psiquiátrica.

De maneira similar, tais reflexões, ao serem colocadas em cena por profissionais das mais diversas áreas e instâncias, podem levar à produção de um cuidado em saúde verdadeiramente atrelado às demandas dos usuários e suas famílias, uma vez que, ao considerar o saber desses atores e do próprio sujeito sobre sua vida, este é capaz de construir e habitar um espaço no próprio processo de saúde, assim como torna-se possível a promoção da integração entre os diferentes profissionais da saúde, auxiliando na concretização das diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Afinal, é necessário considerar que a transição do modelo assistencial asilar para o psicossocial de atenção ao usuário, remete ao reconhecimento de mudanças relacionadas à doença mental, como: a oposição ao conceito de incapacidade da pessoa com transtorno mental, a organização dos serviços objetivando um cuidado no território, a participação ativa dos usuários no tratamento e no olhar dos profissionais que se volta para o cuidado ao usuário e à família (AMARANTE, 2013).

Desse modo, a importância da reflexão acerca da internação compulsória, em relação às produções advindas da mesma, residem na conscientização a respeito da importância da Educação Permanente, da implementação de práticas alternativas às internações, tais como Grupos Gestão Autônoma da Medicalização (GAM) nos serviços, Acompanhamento Terapêutico (AT), Grupos co-gestores formados por usuários dos serviços, implantação de oficinas terapêuticas nos municípios que ainda não dispõem, incentivo à formação e manutenção de grupos com familiares, entre outros. Em relação à Educação Permanente, é de extrema relevância a promoção de encontros entre os profissionais de saúde, para que discutam as representações sociais e os conceitos formados sobre o que compreendem por cuidado em saúde mental, bem como para que ao interagirem e comunicarem-se, produzam novas formas para o processo de cuidar, em suas práticas cotidianas.

Entende-se que os saberes/conhecimento dos profissionais estão ancorados em um cuidado por meio da internação compulsória, sendo a ancoragem um processo necessário, pois auxilia a compreender os fenômenos do nosso cotidiano. Da mesma forma, o ato da representação é inerente à vida humana e só pode ser realizado por meio de comunicações, interações e afetos no meio social (JOVCHELOVITCH, 2008). Assim compreende-se a necessidade de fomentar dentro do grupo novas estratégias de cuidado.

A partir desse entendimento, torna-se imprescindível a reflexão acerca da Nota Técnica nº 11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – CGMAD/DAPES/SAS/MS, divulgada recentemente. Considerando a política de saúde mental como uma série de ações permeadas pelas mais diversas e interdisciplinares dimensões, entende-se que o cuidado em saúde mental, para além da necessidade de ser assegurado por políticas humanizadas e eficazes, trata-se de um conjunto de intervenções, das quais o objetivo maior a ser considerado, precisa ser a produção e a manutenção da cidadania de sujeitos que, ao longo da história, sofreram com a exclusão e com as negativas ao direito de exprimir suas vozes.

Nesse sentido, a crítica inerente à tal nota, refere-se, entre tantos outros aspectos que poderiam sofrer menção, à desvalorização dos saberes coletivos e múltiplos do cuidado em saúde mental, por meio do diálogo com a sociedade e atores. De modo semelhante, se a política nacional direcionada à saúde mental e ao álcool e outras drogas, sustentada tanto pela Reforma Psiquiátrica quanto pela lei 10.216/01 e sua base territorial foi uma conquista da escuta e articulação de saberes coletivos, a presente nota técnica apresenta-se sob a forma de retrocesso; uma vez que parece trazer, novamente, à cena dispositivos coercitivos galgados numa perspectiva de supremacia biomédica, punitiva, medicalizante e excludente.

Afinal, a ênfase de tal nota acerca da relevância do retorno dos hospitais psiquiátricos, em contraposição à lógica da intersetorialidade e da interdisciplinaridade, pode prejudicar as tentativas de desinstitucionalização, por tratar-se um serviço isolado, cujas práticas destoam dos pressupostos da reforma psiquiátrica e da lei 10.216. Além disso, os investimentos direcionados às

Comunidades Terapêuticas (CT's) e ao aumento da oferta de leitos para internação em hospitais, opera em detrimento das fragilidades e necessidades existentes na RAPS, que tanto prejudicam o fortalecimento da mesma.

Não obstante, a nota técnica desconsidera, semelhantemente, que a Lei 10.216 já previa leitos em CAPS III e CAPS IV, demonstrando o desconhecimento existente sobre as políticas de atenção à saúde mental, bem como coloca em evidência a desvalorização do cuidado em saúde no território; ao sequer mencionar os diversos e plurais serviços e atores da RAPS. A lógica de Abstinência que impera em tal documento; uma vez que em sua extensão, o mesmo não versa sobre a existência e a importância da política de Redução de Danos no cuidado em saúde.

Dessa forma, retroage-se para as representações de que o cuidado ideal reside no aprisionamento, no controle dos corpos por meio da medicalização, na total extinção da possibilidade de convívio com o uso organizado de drogas, na lógica do bem e do mal presente na “guerra às drogas” que já evidenciou sua ineficiência. Nesse sentido destacamos a importância em seguir nas discussões dessas representações que são ancoradas e objetivadas sobre as pessoas que fazem uso de *crack*, álcool e outras drogas.

#### **5.4 Enfim, o que compreende-se com essa reflexão?**

Tivemos como objetivo geral compreender, refletir e problematizar a prática da Internação Compulsória a partir do olhar dos profissionais de saúde mental que participam do Grupo Condutor Regional da RAPS da 4ª CRS, considerando como certas representações sociais mobilizam afetos e produzem modos de trabalho. Ainda tivemos como proposta refletir sobre, o que os profissionais de saúde pensam e sentem sobre a internação compulsória e sobre o consumo da droga, particularmente do *crack*? Como esses pensamentos e afetos interagem e movimentam as práticas de cuidado das pessoas que consomem *crack*? Quais saberes e afetos sobre Internação Compulsória circulam entre os profissionais da saúde?

Com relação à primeira pergunta, constata-se que as falas dos profissionais de saúde estão mais voltadas para prática de internação em si, do que sobre pensar e sentir pela a mesma. Foi importante perceber que a pesquisa possa ter fomentado tal pensamento, ainda que não tenha conseguido produzir uma verbalização.

Observa-se uma preocupação dos profissionais com o número expansivo das internações compulsórias, que desde 2014 essa demanda vem sendo pauta principal de muitas reuniões dos serviços de saúde mental, e mesmo que tenha tido uma diminuição ainda é uma grande quantidade de pedidos de internação compulsória. Percebe-se que o discurso geralmente é validado pela perspectiva biologicista, médica /psiquiátrica acerca das drogas, sem questionar os reais critérios para que seja efetivado tal processo.

As representações sociais acerca do consumo de drogas geralmente estão ancoradas nas representações da loucura, o usuário sendo visto como violento e perigoso. No entanto, os profissionais apontam que a prática de internação compulsória é efetivada, de fato, pelo sistema judiciário, visto que há intensa viabilização de pedidos de internação compulsória e involuntária é realizada pelos órgãos judiciais; fato que vai à contramão das tentativas de redução destes processos preconizadas pela promoção do cuidado em rede e no território preconizado pela RAPS e a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, bases de sustentação das práticas perpetradas pelos serviços nos quais atuam esses profissionais de saúde.

De maneira similar, em meio a estes discursos, observa-se uma isenção de responsabilidades, mesmo que em algum momento tenha se discutido de que houve “falhas no cuidado”. Tendo em vista a relação de poder que é produzida a partir da internação compulsória e também nas dificuldades de construir redes de cuidado, sendo a internação compulsória compreendida como uma medida complexa de tratamento que envolve diversos setores e atores do cuidado em saúde, tais como Estado, gestão municipal, hospitais, secretarias, hospitais, CAPS, Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), defensoria pública, ministério público, brigada militar, profissionais de várias especialidades, família, usuário, entre outros.

E esses pensamentos e afetos produzem uma prática de cuidado atravessada pela falta de diálogos entre os serviços e o Judiciário. É frequente o relato sobre as dificuldades de trabalharem com a demanda da judicialização, as quais, muitas vezes, movimentam as práticas de “cuidado” conforme a fala do profissional da saúde, “Me sinto angustiada por não conseguir resolver as demandas da judicialização, estamos sendo atropelado em nossos serviços, então muitas vezes temos que fazer apenas o que pede o mandado judicial, ou seja, internar” (Diário de campo, 2018).

Contudo, os saberes e afetos sobre Internação Compulsória que circulam entre os profissionais da saúde se constituem a partir da Reforma Psiquiátrica. Ainda que muitos discursos sejam pautados pelo cuidado do viés apenas da “abstinência”, havendo poucas discussões sobre outras práticas de cuidado, limitando assim um diálogo maior com o judiciário. Do mesmo modo que há muitas dúvidas entre os profissionais acerca dos critérios que realmente devem ser considerados para que tenha início um processo de internação.

Mesmo quando o discurso é pautado em uma rede que está “funcionando” - e de fato está, dentro de suas possibilidades de atuação e desempenho - as relações de cuidado têm se dado a partir de uma internação “houve toda uma mobilização para conseguir um leito feminino, onde vários serviços se comunicaram para conseguir o leito” (Diário de Campo, 2018). Observa-se que os diálogos se movimentam por meio dos pedidos de internações.

Assim mostra-se a importância de refletir e problematizar a prática de internação compulsória. Jovchelovitch (2008) comenta que problematizar o cotidiano vai além de observar mentalidades, mas constrói possibilidades de intervir nos processos de transformações das coletividades. Por mais que entenda-se a complexidade da internação compulsória, por estar atrelada a vários interesses tanto político, econômico, governamental e de gestão.

Por fim, é de extrema importância destacar que nesse estudo o olhar foi movimentado apenas para as discussões dentro do Grupo Condutor da RAPS sobre a internação compulsória, mas as práticas de cuidado também se movimentam para muito além, contudo, observa-se que a maior parte das discussões nas reuniões do Grupo está entrelaçada, principalmente, com as internações compulsórias. Assim,

pensa-se a importância de novas pesquisas seguir com o grupo para pensar de fato nas propostas de cuidado que estão sendo praticadas e pouco discutida, fortalecida e reconhecida.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tivemos como objetivo geral na pesquisa apresentada compreender, refletir e problematizar as práticas de internação compulsória de pessoas que consomem *crack*, a partir das experiências dos profissionais da saúde de um Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, observando como certos saberes e práticas mobilizam afetos e produzem modos de trabalho. Nos capítulos apresentados, buscamos refletir esse tema a partir da Teoria das Representações Sociais como base teórica. Os capítulos tiveram objetivos diferentes: no capítulo “Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial: um relato de experiência em gestão e comunicação”, consideramos importante apresentar o campo de nossa pesquisa, considerada uma ferramenta importante na proposta de cuidado em saúde mental. No capítulo “Internação Compulsória a partir do olhar dos profissionais de saúde mental”, tivemos como objetivo compreender, refletir e problematizar a prática da Internação Compulsória (IC), a partir do olhar dos profissionais de saúde mental que integram o Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS).

Em cada capítulo utilizamos conceitos diferentes para abordar o objetivo. O primeiro texto utilizou autores da psicologia social e da saúde coletiva, que apostam numa perspectiva psicossocial da saúde e das relações inter/intragrupais, pensando na contribuição para a reflexão sobre os modos como sujeitos singulares conseguem se unir para a criação de modos de viver e de trabalhar que leve em consideração a alteridade.

O segundo capítulo recorreu à Teoria das Representações Sociais. Alguns constructos teóricos como ancoragem e objetificação, para auxílio nas análises. Além disso, recorreremos a escritos de autores que tomam uma posição ético-política frente às políticas de saúde e autores que enfocam as temáticas referentes a pessoas que fazem uso de drogas, mais especificamente, a droga “*crack*” e internação compulsória. Pensamos que os textos se conectaram, pois eles tinham como pretensão pensar, cuidado em saúde mental, internação compulsória e consumo de *crack*.

O capítulo “Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial: um relato de experiência em gestão e comunicação”, apresentou as potencialidades deste Grupo, enquanto espaço de discussão e articulação, em relação, ao incentivo à Educação Permanente, à promoção de práticas de cuidado humanizadas e integralizadas em saúde, demonstrando que o Grupo Condutor pode tornar-se uma importante ferramenta de trabalho para o SUS. Mas também apresentou as dificuldades e desafios enfrentados pelos serviços de saúde para se fortalecer enquanto, grupo, serviço, rede cuidado. Conforme enuncia Merhy (2003), as discussões sobre processo de trabalho em saúde, opera mudanças no modo de trabalhar na área, passa necessariamente pela abordagem dos aspectos da micropolítica do trabalho em saúde, visando publicizar o espaço e buscar novos sentidos e formatos.

O capítulo “Internação Compulsória a partir do olhar dos profissionais de saúde mental, problematizou a prática de internação compulsória a partir das representações sociais, sentimentos e afetos que movimentam as práticas de cuidado”. Também pensamos sobre as representações sociais acerca das drogas, principalmente o *crack*, e seu consumo. Conseguimos, de certa forma, problematizar como essas representações estão entrelaçadas nas práticas de cuidado em saúde mental. Os Profissionais relatam diversas vezes as dificuldades de trabalharem com a demanda da judicialização, as quais, muitas vezes, movimentam as práticas de “cuidado”, relatam também a falta de diálogo com o Judiciário e a falta de entendimento do Judiciário em relação ao cuidado em saúde mental. Mas também observamos a falta de argumentos sobre as propostas de cuidado na saúde mental, principalmente pela falta de reconhecimento/entendimento/afirmação dos próprios profissionais pelos seus processos de trabalho.

Diante desse cenário, colocamos como provocação aos serviços de saúde mental pensarem suas práticas de cuidado, suas representações sociais sobre as pessoas com problemas pelo uso de drogas. E, assim, questionar como eles vem, como grupo, conduzindo esses processos de cuidado e o quanto as representações sociais acerca da pessoa com uso de drogas afetam estes processos.

Esta provocação é vital, pensamos, pois nossas observações ao longo da pesquisa mostraram as dificuldades dos profissionais olharem para o cuidado em

saúde mental para além da visão normativa da Reforma Psiquiátrica. Por meio do processo de ancoragem, identificamos que muitos discursos ainda então pautados no modelo biomédico, moral, reducionista e punitivo, resultando em práticas guiadas por preconceitos.

A partir dessa problematização, não estamos generalizando, desconsiderando os esforços e as dificuldades encontradas nos serviços de saúde, e muito menos pretendemos impor nossos desejos e representações. Pensa-se que essa problematização se torna importante para refletir, construir, fortalecer e potencializar as antigas e novas práticas de cuidado em saúde mental. Até porque somos parte do triângulo representacional Ego-Alter-Mundo, trazendo para o Grupo Condutor, nossas visões de mundo e preconceitos.

Para finalizar esta dissertação, gostaríamos de ressaltar que a pesquisa proporcionou muito mais que alcançar os objetivos da dissertação, pois envolveu uma longa caminhada que faz interface com a trajetória profissional da autora da dissertação. Sentimo-nos acolhidas desde o início da caminhada, o que aumenta a potência para construir relações que produzam processos de Educação Permanente. Quando chegamos ao campo de pesquisa e iniciamos a pesquisa na 4ª Coordenadoria, fizemos uma reunião para falar da mesma, a reunião foi realizada na sala de Educação Permanente, já mostrando um pouco do papel que a pesquisa tem nos lugares de gestão pública. Esse movimento foi fundamental para fortalecer os vínculos com o local.

Dizemos “fortalecer” porque a autora da Dissertação já tinha feito 2 anos de estágio durante a graduação na 4ª CRS e outros integrantes do PROCUIDADO já estavam desenvolvendo estudos no local. Para a autora da dissertação, a caminhada de pesquisa também resultou na movimentação de muitos aspectos da vida pessoal e profissional, pois sua posição frente ao Grupo Condutor e ao local como um todo foi alterada, o que a remeteu à grande responsabilidade que tem com a instituição, com seus trabalhadores e com aqueles que a instituição deve acolher. As expectativas de ambas as partes (mestranda e trabalhadores) certamente impactam (e continuaram impactando) na construção das práticas e das relações triádicas (mestranda-trabalhador/usuário do serviço-sociedade).

Na primeira reunião, conversamos sobre a passagem de alguns mestrandos na 4ª CRS, pesquisas que fizeram parte do Projeto Guarda-chuva “Pro-cuidado”, e assim retomaram a importância das devolutivas para os serviços, que até então não havia ocorrido. Desse modo, o grupo de trabalho já “familiar” aos trabalhadores da 4ª CRS proporcionou que a potência das relações fosse ampliada. Naquele momento, tivemos como ideia utilizar o projeto de extensão III e IV Diálogos em Clínica-Social: sobre processos de cuidado com pessoas que consomem *crack*, onde teve como um dos objetivos compartilhar os resultados da pesquisa “PROCUIDADO” - O cuidado que nós desejamos: uso de *crack* e representações em saúde. O encontro foi aberto para estudantes, profissionais de saúde e comunidade em geral, com o intuito de esgarçar as fronteiras do conhecimento e possibilitar que outros atores sociais pudessem compartilhar conosco outras possibilidades de acolhimento a pessoa que faz uso de drogas.

Quando a mestranda apresentou o projeto de pesquisa para o Grupo Conductor da RAPS da 4ª CRS, foi motivador, diante das perguntas dos profissionais, interesse e discussões sobre o tema que surgiram nessa reunião. E a cada reunião, nas conversas informais sempre algum profissional a procurava para pedir sugestões de leituras, sugestões de eventos que discutiam propostas de cuidado em saúde mental. Toda essa mobilização de cuidado e afeto construído no percurso da pesquisa será ingrediente para futuras pesquisas e para a prática profissional da mestranda e da equipe como um todo.

Diante disso, pensamos, o que e a quem, de fato queremos tocar com nossas pesquisas? Então, quanto aos objetivos, ainda há muitos tabus e representações sociais constituídas sobre o tema, talvez pela demanda excessiva e exaustiva seja difícil parar e de fato pensar esses sentimentos. E os afetos sobrecarregados por angústias de trabalho passam a movimentar certas práticas de cuidado, mesmo havendo muito saberes e afetos envolvidos cotidianamente, ainda é preciso discutir, fortalecer e potencializar as práticas de cuidado em saúde mental, principalmente no cuidado de pessoas com problema pelo uso de drogas.

Mas a principal dificuldade encontrada no percurso da pesquisa foi o cenário político, com essa instabilidade na política de cuidado em saúde mental que estamos vivendo atualmente, a todo momento um decreto diferente propondo

mudanças e retrocessos, torna-se ainda mais difícil reconhecer e afirmar nossas propostas de cuidado. Diante desse cenário, continuamos com diversas questões. E esses questionamentos nos fortalecem a seguir problematizando nosso objeto de estudo.

Sendo assim, é importante que novos estudos sigam problematizando o cuidado em saúde mental, principalmente o cuidado para pessoas que fazem uso de drogas, são necessários estudos que ressaltam o sujeito, considerando seus desejos. Para pensar esse objeto de estudo a Teoria das Representações Sociais e seus pressupostos epistemológicos e ontológicos podem ser importante por colocarem em evidência o que as pessoas pensam, sentem e avaliam ser importantes, bem como, as interrelações sujeito-outro-objeto que estão envolvidas. E para isso, destacamos a importância da Psicologia Social para pensar e potencializar os estudos nos processos grupais, sendo o grupo um conjunto de pessoas ligadas pelo mesmo espaço e tempo, articulada por sua mútua representação, envolvendo tanto racionalidade quanto efetividade, centrada em uma tarefa dialética estruturadas em necessidades individuais e coletivas.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, F. **Grupos e Equipes de Trabalho nas Organizações**. Psicologia Social I. 2003. Disponível em: [http://tupi.fisica.ufmg.br/michel/docs/Artigos\\_e\\_textos/Trabalho\\_em\\_equipe/00%20%20Grupos%20e%20equipes%20de%20trabalho%20nas%20organiza%E7%F5es.pdf](http://tupi.fisica.ufmg.br/michel/docs/Artigos_e_textos/Trabalho_em_equipe/00%20%20Grupos%20e%20equipes%20de%20trabalho%20nas%20organiza%E7%F5es.pdf) Acesso em 06 mai. 2018.
- ALBUQUERQUE, Jamil. **A arte de lidar com as pessoas: a inteligência interpessoal aplicada**. São Paulo: Planeta, 2003.
- ALVES, S. T.; ROSO, A. **Saberes do Requerente Acerca da Internação Compulsória de Pessoas que usam Crack**. [encaminhado para publicação].
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.
- AMARANTE P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. 123p.
- ANDRETI, O. T.; CASAROTTO, O. D. **Interface entre CAPS ad e Judiciário no cuidado em saúde mental**. 2016.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial. 2013.
- ARAÚJO et al. **Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde**. Revista Brasileira Pesquisa Saúde, Vitória, Espírito Santo, p. 53-61, 2013.
- AZEVEDO, D. M; MIRANDA, F.A.N. **Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSAD do município de Natal-RN: com a palavra a família**. Esc Anna Nery Revista de Enfermagem, jan-mar; 14 (1): 56-63, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a09.pdf>>. Acesso em 23 jul. 2017.
- BASAGLIA, F. (1985). **A instituição negada**: Relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal. (Obra original em Italiano 1968).
- BOGDAN, RC.; BIKLEN, S, K. **Investigação qualitativa em educação**. Tradução Maria J. Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo M. Baptista. Porto, Portugal: Porto Editora, LDA, 1994.
- BION, W. R. **Experiências com grupos**. 2. ed., W. I. Oliveira, trad. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo, 1975. Disponível em: <http://docs10.minhateca.com.br/1000778186,BR,0,0,experiencias-com-grupos-Bion.pdf>. Acesso em 06 mai. 2017.

BLEGER, J. **Temas de psicologia – Entrevistas e grupos**. São Paulo: Martins Fontes. 2001.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set.. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080)

\_\_\_\_\_. **Decreto Nº 7.426**, que dispõe sobre a transferência da secretaria nacional de políticas sobre drogas, do conselho nacional de políticas sobre drogas - conad e da gestão do fundo nacional antidrogas, de 7 de janeiro de 2011a.

\_\_\_\_\_. Lei 11.343/06 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2006.

\_\_\_\_\_. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde: dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)**, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. Relatório de gestão 2011-2015. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria 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 (SUS). Brasília: **Diário oficial da união**, Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Portaria 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 (SUS). Brasília: **Diário oficial da união**, Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: **Diário oficial da união**, Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. Decreto nº. 7.179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2010.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Altera o Decreto no 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Brasília: **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de saúde Mental**. BRASIL, Lei nº 10.216 de 04 de junho de 2001. Acessado em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei10216.pdf> acesso em: 16 jan. 2019.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de saúde Mental**. BRASIL, Lei nº 10.216 de 04 de junho de 2001. Acessado em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei10216.pdf> acesso em: 16 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. **Presidência da República**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília: SENAD, 2011.

\_\_\_\_\_. **Representações Sociais**: investigações em Psicologia Social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CELLARD, A. **A análise documental**. In: *POUPART*, Jean et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008 (Coleção Sociologia).

COELHO, I. OLIVEIRA, M. H. B. de. **Internação compulsória e crack**: um desserviço à saúde pública. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 38, n.101, p. 359-367, June 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010311042014000200359&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000200359&lang=pt) Acesso em 19 de mai. 2017.

Do Portal do Governo. Entenda o que é a internação compulsória para dependentes químicos. **Jornal São Paulo**, São Paulo, 29 jan. 2013. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=225660>. Acesso em: 29 jan. 2019.

DUARTE, G. C. et al. **Internação psiquiátrica compulsória**: A atuação da Defensoria Pública do estado de São Paulo. Revista da Defensoria Pública, ano 5, n.1, 2012. Disponível em <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/20/10artigo.revista2012.pdf> Acesso em 20 de jun. de 2017.

DUVEEN, G. introdução. O poder das ideias. In: MOSCOVICI, S. **Representações sociais**. Investigações em psicologia social. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

FARR, R. M. **Representações sociais**: a teoria e sua história. In: JOVCHELOVITCH, Sandra; GUARESCHI, Pedrinho (Org.). *Textos em representações sociais*. Petropolis: Vozes, 1995.

FORD, C. **Guidance for working with cocaine and crack users in primary care**. 1. Ed. [S.l.], 2004.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 1999.

FREUD, S. (1921). **Psicologia das massas e análise do ego**. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 18, Rio de Janeiro, 1990.

FRYER et al. **Measuring the Impact of Crack Cocaine**. NBER Working Paper No. 11318, 2005. Access on 6 dec. 2015 <http://www.nber.org/papers/w11318>.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUARESCHI, P. **Representações sociais e ideologia**. Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, 2000. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/24122>>. Acesso em: 06 mai. 2017.

\_\_\_\_\_, 1996. **Representações Sociais: Alguns comentários oportunos**. In: NASCIMENTO-SCHOLZE, C. *Novas Contribuições para a Teorização e Pesquisa em Representação Social*. Florianópolis: Coletâneas da ANPEPP 10,

GRUPO RBS. Guerra ao crack: um talk show para mobilizar o Estado. **Zero Hora**, Porto Alegre, 30 jun. 2009. p. 33. Disponível em: <http://www.clicrbs.com.br/especial/sc/cracknempensar/home,0,3710,Home.html> Acesso em: 09 fev. 2019.

HERZLICH, C. "**Médecine moderne et quête de sens: la maladie significant social**", in HERZLICH & AUGÉ (Org.), *Le sens du mal - Anthropologie. Histoire et Sociology de la Maladie*. Paris, Ed. des Archives Contemporaines, 1984.

HESS, R. **Momento do diário e diário dos momentos**. In: SOUZA, Elizeu Clementino de, ABRAHÃO, Maria Helena Menna Barreto (orgs.). *Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

\_\_\_\_\_. **Momento do diário e diário dos momentos**. In: SOUZA, Elizeu Clementino de, ABRAHÃO, Maria Helena Menna Barreto (orgs.). *Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

JODELET, D. **Représentations Sociales: un domaine en expansion**. En D. Jodelet (dir.) *Les représentations sociales*. Paris, PUF. 1989.

\_\_\_\_\_. (2015). **Loucura e Representações Sociais** (2ª ed.). (L. Magalhães, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.

JOVCHELOVITCH, S. **Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais**. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1995.

\_\_\_\_\_. **Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura**. (Tradução de Pedrinho Guareschi) Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

LANCETTI, A. **Contrafissura e Plasticidade Psíquica**. São Paulo, Hucitec, 2015.

LARA, M.P.; ROSO, A.; MORAES, M. E. F. **Internação compulsória hospitalar e uso de crack: análise de processos judiciais**. 2015.

LEWIN, K. **Teoria de campo em ciência social**. São Paulo, Pioneira, 1965.

\_\_\_\_\_, 1978. **Problemas de dinâmica de grupo**. São Paulo: Cultrix.

MACEDO, R. S. **Etnopesquisa crítica/etnopesquisa-formação**. Brasília:LiberLivro 2010.

MARKOVÁ, I. **Dialogicidade e representações sociais: as dinâmicas da mente**. (Tradução de Hélio Magri Filho) Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MERHY, E. E; FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. **Educación Permanente en Salud. Salud Colectiva**, v. 2, p. 147-160, 2006.

MERHY, E.E. et Onocko, R. (Orgs.); **Agir em Saúde, um desafio para o público**. HUCITEC, São Paulo, 1997.

MINAYO, M. C.; SANCHES, O. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** Caderno de Saúde Pública. 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

\_\_\_\_\_. **Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social**. Editado em inglês por Gerard Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

\_\_\_\_\_. **Representações sociais: investigações em Psicologia Social.** Petrópolis, RJ: Vozes. 2003

\_\_\_\_\_. **Representações Sociais: investigação em Psicologia Social.** Trad. Pedrinho Guareschi; 7. ed.; Coleção Psicologia Social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

\_\_\_\_\_. **A psicanálise, sua imagem e seu público.** Petrópolis: Vozes, 2012.

NAPPO, et al. **Uso do “crack” em São Paulo: fenômeno emergente?** Revista ABP-APAL, 1994.

NOVAES, P. S. **O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro.** Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo , v. 17, n. 2, p. 342-356, June 2014 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141547142014000200342&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142014000200342&lang=pt) Acesso em 19 mai. 2017.

NUNES, D., C.; Santos, Loiva., M., D., B.; Fischer., M., F., B.; Güntzel, P. **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas.** In: Santos, L., M., D., B. (org). *Outras Palavras sobre o Cuidado de Pessoas que usam Drogas.* Porto Alegre: Ideograf, 2010. pp.15-26.

PETUCO, D. R. da S.. **A produção social do usuário de crack: desconstruindo o monstro.** Em: BOKANY, Vilma (Org.). *Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões.* São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal.** 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

REIS, C.; GUARESCHI, N. M. F. **Nas teias da “rede de proteção”:** internação compulsória de crianças e adolescentes e a judicialização da vida. Fractal, Rev. Psicol., Rio de Janeiro , v. 28, n. 1, p. 94-101, Apr. 2016. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198402922016000100094&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198402922016000100094&lang=pt) Acesso em 19 mai. 2017.

REIS, C.; GUARESCHI, N. M. F.; CARVALHO, S. **Sobre jovens drogaditos:** as histórias de ninguém. Psicol. Soc., Belo Horizonte, v. 26, n. spe, p. 68-78, 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010271822014000500008&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822014000500008&lang=pt) Acesso em 19 mai. 2017.

RIBEIRO, M. **O histórico do consumo da droga na principal capital do país.** In: *Debates psiquiatria hoje.* São Paulo, n. 2, ano 3, 2010.

ROMANINI, M.; ROSO, A. **Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação?** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 32, 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141498932012000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932012000100007)>  
 . Acesso em: 03 mai. 2017.

ROMANINI, M.; ROSO, A. **Midiatização da cultura, criminalização e patologização dos usuários de crack: discursos e políticas.** Temas em Psicologia, v.21,2013.Disponível em:[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413389X2013000200014.98932012000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2013000200014.98932012000100007). Acesso em: 03 mai. 2017.

ROMANINI, Moises & ROSO, Adriane. **Psicanálise, instituição e laço social: o grupo como dispositivo.** Psicol. USP [online]. 2012, vol.23, n.2. pág. 343-366 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642012000200006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642012000200006&lng=pt&nrm=iso)>

ROSO, A. et al. **Discourses about crack in the printed mass media.** Estudos de Psicologia(PUCCAMP),v.30,2013.Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2013000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2013000300015). Acesso em: 10 mai. 2017.

ROSO, A.; ANGONESE, M. ; SANTOS, V. B. . **Saúde das Mulheres, Direitos e Resistência: Analisando discursos produzidos no Campo Grupal.** Diálogo (UNILASALLE), v. 24, p. 09-20, 2013.

\_\_\_\_\_. O cotidiano no campo da saúde – Ética e responsabilidade social. In M. V. Veronese & P. A. Guareschi (Orgs.), **Psicologia do cotidiano: representações sociais em ação** (pp. 119-146). Petrópolis, RJ: Vozes. 2007.

RUI, Taniele (Coord.). **Relatório da pesquisa de avaliação preliminar do programa “De Braços Abertos”.** Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas. Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM). São Paulo, 2016.

SANTOS, M, de F, S; et, Al. **Representações sociais do crack na imprensa pernambucana.** Estud.psicol.Campinas, v.29, n.3, p.379386, Sept. 2012.[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103166X2012000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2012000300008&lng=en&nrm=iso)>.access on 04 jun. 2017.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103166X2012000300008>

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos, GUINDANI, Joel Felipe. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas.** Rev. Bras. de História & Ciências Sociais. n. I, p. 1-15, jul., 2009.

SIQUEIRA, Domiciano. **Construindo a descriminalização...** Em: SANTOS, Loiva (Org.). *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas.* Porto Alegre: Ideograf. Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010, p. 65- 70.

SOUZA, J. (Org.). **Crack e exclusão social.** Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.

SOUZA, T. P. **Redução de Danos no Brasil: a clínica e a política em movimento**. Dissertação de Mestrado. Programa de PósGraduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2007.

STREY, M. N. et, al. **Psicologia social contemporânea**: livro-texto. Petrópolis, RJ: Vozes. 1998.

SULTI, A. D. C; DUARTE, R. de C. L; FREITAS, P. S.S; FELSKY, C. N; GALAVOTE, H. S. **O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde**. SAÚDE DEBATE, rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 172-182, JAN-MAR 2015.

TORRES, Samantha; ECKER, Daniel Dall'igna. **Capacitação de profissionais sob a perspectiva da redução de danos: drogas, vamos pensar!**. Revista Eletrônica Científica da UERGS, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 39-62, abr. 2017. ISSN 2448-0479. Disponível em: <<http://revista.uergs.edu.br/index.php/revuergs/article/view/494/144>>. Acesso em: 06 fev. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.21674/2448-0479.31.39-62>.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009.

VILLAS BÔAS, L.; SOUSA, C. **Apontamentos sobre a questão da historicidade no estudo das representações sociais**. In SOUSA, C. et. al. *Representações sociais: estudos metodológicos em educação*. Curitiba: Champagnat; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2011. p. 35-51.

ZAMBILLO, Marciana; PALOMBINI, Analice de Lima. **Autonomias errantes: Processos de autonomização em saúde mental**. Estud. psicol. (Natal), Natal , v.22, n. 1, p. 78-88, mar. 2017 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2017000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000100009&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 20 fev. 2019.

## APÊNDICE 1 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



Universidade Federal de Santa Maria  
 Centro de Ciências Sociais e Humanas  
 Departamento de Psicologia  
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia



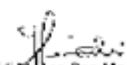
### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

**Título do projeto:** PROCUIDADO – O Cuidado que Nós Desejamos: Uso de Crack e Representações em Saúde. Experiências de Internação Compulsória  
**Pesquisador responsável:** Professora Doutora Adriane Rosa  
**Instituição/Departamento:** Departamento de Psicologia/Curso de Psicologia  
**Telefone para contato:** (55) 3220-9231  
**Local da coleta de dados:** 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS) do Rio Grande do Sul e Regiões de Saúde que fazem parte da 4ª CRS.

Pela presente autorização, declaro que fui informado (a), de forma clara e detalhada dos objetivos e da justificativa do presente projeto intitulado: **PROCUIDADO – O Cuidado que Nós Desejamos: Uso de Crack e Representações em Saúde. Experiências de Internação Compulsória.** A pesquisa objetiva conhecer as representações sobre o crack e a pessoa que usa crack, analisar como e em que condições de produção as representações sobre o crack constroem, restringem ou transformam o cuidado à saúde de pessoas que foram internadas compulsoriamente devido ao uso do crack, problematizar a experiência da internação compulsória de pessoas que usam crack observando como essa experiência intertutua nos processos de (re)construção à saúde nas suas interações com a sociedade de consumo. Serão participantes deste estudo pessoas que foram internadas compulsoriamente devido o uso do crack, no qual suas internações foram realizadas pela regulação de leitos da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, além de ser residente de uma das duas regiões dessa CRS e maiores de 18 anos. Os dados coletados serão arquivados na referida instituição, sob responsabilidade da pesquisadora-orientadora do projeto, Profª. Drª. Adriane Rosa.

Santa Maria, 21 de maio de 2014.

  
 4ª Coordenadoria Regional de Saúde  
 CORR-4 RJ 43023  
 ID 36026414

  
 Heidi Maria Paz Machado  
 Coordenadora Regional  
 Administração  
 011111111111