



## NOTA TÉCNICA nº 20 / 2015

Belo Horizonte, 24 de julho de 2015.

### **ASSUNTO:** Internação compulsória

A história da atual política de atenção em saúde mental no Brasil, diferentemente das anteriores, um relato de desencontros entre intenções e práticas, nos remete a uma sólida construção de princípios e ações que têm sua origem nas lutas pela democratização do estado brasileiro.

Tendo, portanto, importante panorama político e social como pano de fundo de seu desenvolvimento e inscrita em um contexto internacional de denúncias e enfrentamento ao modelo asilar, a Reforma Psiquiátrica no Brasil, com as profundas influências e contribuições dos movimentos da Reforma Sanitária e da Luta Antimanicomial, se destaca no que diz respeito à produção de material legislativo sobre o tema, reordenação das políticas e serviços de saúde mental, intervenções na cultura e estratégias de empoderamento dos movimentos sociais, em especial dos usuários e seus familiares.

As denúncias de constantes violações dos direitos humanos, a crítica ao modelo hospitalocêntrico e à “indústria da loucura”, consequência imediata de uma assistência centrada em hospitais psiquiátricos privados, a desconstrução de conceitos forjados na relação entre os saberes jurídico e psiquiátrico tais como as noções de periculosidade, incapacidade e inimizabilidade, e a necessária e urgente transformação dos discursos e olhares preconceituosos e excludentes da sociedade sobre os ditos loucos, foram os principais motivos que fizeram o Movimento da Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica apontarem, radicalmente, para o fim dos hospitais psiquiátricos e seus similares, articulando intervenções que revertissem todo esse cenário de horror em que se encontravam imersos os portadores de sofrimento mental e toda a sociedade brasileira.

Partindo desses princípios, ao longo dos anos, uma rede de atenção à saúde mental foi sendo pensada e construída com o objetivo de substituir integralmente o hospital psiquiátrico como locus de assistência. Várias portarias do Ministério da Saúde, também pressionado pelas deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental e resoluções do Conselho Nacional de Saúde, foram modelando essa rede, entre elas: Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, Portaria SAS nº 407, de 30 de junho de 1992, Portaria SAS nº 88, de 21 de julho de 1993, Portarias SAS, nº 145 e 147, de 25 de agosto de 1994, Portaria GM nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002, Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, Portaria GM nº 816, de 30 de abril de 2002, Portaria GM nº 1.946, de 10 de outubro de 2003, Portaria GM nº 2.077, de 31 de outubro de 2003, Portaria GM nº 52, de 20 de janeiro de 2004, Portaria Interministerial MTE/MS nº 353, de 07 de março de 2005, Portaria GM nº 1.027, de 01 de julho de 2005, Portaria SAS nº 396, de 07 de julho de 2005, Portaria GM nº 678, de 30 de março de 2006, Portaria GM nº 3.211, de 20 de dezembro de 2007, Portaria GM nº 1.954 de 18 de setembro de 2008, Portaria Conjunta





SAS/SVS/MS nº 2, de 16 de abril de 2009, Portaria GM nº 1.190, de 04 de junho de 2009, Portaria SAS nº 426, de 03 de março de 2009, Portarias GM nº 2.841, 2.842 e 2.943, de 20 de setembro de 2010, Portarias GM nº 3.088, 3089 e 3090, de 23 de dezembro de 2011, Portarias GM nº 121 e 122, de 25 de janeiro de 2012, Portaria GM nº 615, de 15 de abril de 2013, Portaria GM nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014.

A chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento mental ou com necessidades decorrentes do uso de drogas tem como premissas a valorização da palavra do chamado louco, o cuidado em liberdade, o trabalho em equipe interdisciplinar, cujos projetos terapêuticos construídos respeitem a singularidade de cada caso com intervenções na lógica do território e ações que garantam a autonomia e inserção comunitária do usuário, impedindo assim sua exclusão e isolamento, desdobramentos inerentes do modelo asilar e até recentemente não questionados pela sociedade.

A RAPS é composta por serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, verdadeiros pontos de cuidado, garantindo o atendimento nas diversas necessidades do usuário. Elencamos alguns, a saber:

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): atende-se pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de drogas, de todas as faixas etárias, onde o tratamento interdisciplinar busca a estabilização tanto clínica, quanto social e familiar, pois a reconstrução da vida pessoal, o suporte necessário aos familiares, o convívio e a reinserção social fazem parte do cotidiano do trabalho. Oferecem-se cuidados próprios a cada caso, com atendimento psicoterápico e medicamentoso, além de atividades de cultura e lazer. Podem funcionar 24 horas.
- Centros de Convivência: oferecem oficinas de artes diversas, como música, teatro, pintura, costura, artesanato e várias outras, assim como passeios, idas ao cinema e outras atividades culturais que visam estimular o convívio e a sociabilidade dos portadores de sofrimento mental, tornando mais ricas e criativas suas relações sociais e familiares.
- Unidade Básica de Saúde: tem como responsabilidade desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede. Podem ou não possuir equipe ou profissional de saúde mental que têm trabalho articulados às equipes de saúde da família (PSF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) cotidianamente capacitados para atenderem, como a qualquer outro cidadão, o portador de sofrimento mental, em suas necessidades psiquiátricas e clínicas, em geral.
- Consultórios de Rua: modalidade de atendimento dirigido aos usuários de drogas que vivem nas ruas, em condições de maior vulnerabilidade social. Funcionam com equipes compostas por profissionais de saúde e redutores de danos, trabalham numa abordagem clínico-comunitária, garantindo acesso à rede assistencial a essa população, reintegrando laços sociais e familiares, numa perspectiva antimanicomial.
- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT): moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos, e





hospitais de custódia. Todos os moradores têm direito a receber um auxílio financeiro do Ministério da Saúde, o De Volta Pra Casa, política pública de inclusão social.

- Unidade de Acolhimento (UA): ponto de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório.
- Enfermaria ou Leito em hospital geral: oferecem tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de drogas, em especial de abstinências e intoxicações graves. O cuidado ofertado deve estar articulado com o serviço de referência do usuário e a internação deve durar até a estabilização clínica.

Percebe-se, portanto, uma rede de saúde mental substitutiva potente, diversificada, pautada pelos princípios do Sistema Único de Saúde, da Luta Antimanicomial e pelos direitos humanos, em condições de atender aos usuários em seus diferentes momentos e singularidades, em liberdade. Apesar dos necessários avanços e dos recuos detectados, demonstrou-se a viabilidade concreta do fim do manicômio – seja em seu sentido estrito de hospital psiquiátrico, seja em seu sentido mais amplo das práticas autoritárias e intervencionistas habitualmente avalizadas pelos saberes.

Mas, fica uma questão. Por que ainda se mantém um número significativo de internações forçadas? A maior parte das internações ocorridas em hospitais psiquiátricos é involuntária. O número de internações compulsórias, determinadas pelo judiciário em Minas Gerais, no período de 2013 e 2014, chega a 1.200!

Um argumento muito usado para justificar tal situação é de que temos que tratar à força, tendo em vista que o portador de sofrimento mental ou em uso abusivo de drogas não aceita tratar-se voluntariamente. Os serviços substitutivos nos provam justamente o contrário, pois a eles se dirigem milhares de usuários, a grande maioria em quadros graves e/ou em crise, por sua própria vontade, com suas próprias pernas. Lá, eles sabem que a liberdade é um pressuposto para o tratamento, que seus direitos não serão violados, que o tipo e a quantidade da medicação será combinada e pactuada, ao contrário do que ocorre dentro dos hospitais psiquiátricos ou seus similares.

Outra alegação é de que se uma pessoa está agitada, agressiva, em crise, em abstinência ou intoxicação grave, o hospital psiquiátrico poderia lhe fazer bem. Mesmo que déssemos por encerrado o tempo das internações prolongadas, não é sem danos subjetivos que alguém permanece, seja por uma semana, seja por um mês, recluso numa estrutura que impõe a supressão da liberdade, o afastamento do convívio sócio familiar, a inflexibilidade das regras, o distanciamento hierárquico, a suspensão das negociações, o anulamento dos atos. O que justificaria tal suspensão de direitos, quando a experiência nos mostrou a possibilidade e o êxito de tratar uma pessoa em crise em espaços de arquitetura inteiramente diversa? O que justificaria todo um aparato de segurança fundamentado na força, quando o lugar seguro que podemos oferecer ao sujeito passa necessariamente na garantia do seu direito?





Privar as pessoas \_ qualquer pessoa \_ do pleno exercício de sua liberdade é algo que nos remete via de regra ao campo dos direitos: a sociedade ocidental moderna conta com as leis, as diversas figuras jurídicas para assegurar tal exercício. Sabemos que isto não basta para garantir esse direito, quando as graves desigualdades econômicas ou o abuso de poderes o vêm perturbar: das torturas da ditadura militar à violência que hoje por exemplo nos assusta nas prisões, nosso país tem conhecido várias formas institucionalizadas de desrespeito à liberdade! Contudo, há um aspecto que importa ressaltar: por institucionalizadas que sejam, as diversas formas de cerceamento arbitrário da liberdade de qualquer cidadão não têm o respaldo da lei: em tese, ao menos, são ilegais. Pois bem, se nós temos leis, o direito, formas jurídicas e sociais para assegurar o exercício da liberdade, o caso da loucura se configura uma curiosa exceção: até muito recentemente, nenhuma lei jamais coibiu, limitou ou regulamentou esta forma de restrição de liberdade de um cidadão que consiste em interná-lo num hospital psiquiátrico ou similar, muitas vezes sem o seu consentimento. Situação que permitiu e favoreceu a internação involuntária dos portadores de sofrimento mental como regra, e não como exceção.

Em 04 de junho de 2001, foi aprovada em última instância no plenário da Câmara Federal a Lei 10.216, conhecida como lei nacional para a reforma psiquiátrica e que teve como base o projeto original do deputado federal Paulo Delgado, de Minas Gerais. A lei redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, descreve mecanismos de proteção e elenca direitos dos portadores de sofrimento mental, e regulamenta o cuidado especial com a clientela internada por longos anos e as internações psiquiátricas, entre elas, a compulsória.

A citada lei, em seu artigo 6º, estabelece a internação compulsória como uma das três possibilidades de internação psiquiátrica, junto com a internação voluntária e involuntária, e sua descrição fundamental é o fato de ser determinada pela justiça. Ainda assim, a internação compulsória, assim como as demais, somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Ou seja, mesmo que ou principalmente por ser determinada pela justiça a internação compulsória deve seguir as demais proposições da lei, que visa proteger o portador de sofrimento mental de possíveis abusos e garantir que seja ofertado a ele um tratamento de qualidade, preservando sua autonomia e liberdade.

A lei é clara, em seu artigo 2º, quando estabelece entre os direitos da pessoa portadora de transtorno mental a garantia de ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. Sendo assim, o artigo 4º enfatiza que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, tendo em vista que essa opção é uma conduta que na imensa maioria das vezes é extremamente invasiva, violenta, e retira o paciente do convívio sócio familiar.

A banalização das internações compulsórias que temos assistido nos últimos anos em nosso estado, mesmo com uma legislação em vigor que justamente aponta o contrário, nos faz retroceder a ações e pensamentos quase medievais, pois reafirma como premissa verdadeira, a incapacidade do poder de julgamento e decisão do usuário além de sustentar uma posição desqualificadora, a priori, dos serviços substitutivos públicos e do Sistema Único de Saúde. A Justiça, ao determinar a internação compulsória, a faz de forma autoritária e massificada, transformando aquilo que devia ser exceção, em regra.





Nos últimos tempos, temos presenciado a paulatina “demonização” social do usuário de drogas na sociedade brasileira, permitindo-nos identificá-lo como “o louco do século XXI”: perigoso, irresponsável, incapaz. O novo olhar construído pela sociedade para esse segmento da população orienta-se pela utopia de um mundo sem drogas, pelo lema de guerra às mesmas e de uma incisiva e alarmante campanha de produção do medo, cujo mote foi a construção, ilusória, da existência de uma epidemia de consumo de crack.

Durante pelo menos três anos o país conviveu com a fantasia de estar submetido à expansão do consumo de crack. E o que se verificou, em pesquisa realizada em todo o país pela FIOCRUZ, desautoriza tal afirmação. Mesmo que expressivo e preocupante – 370 mil usuários, não se pode afirmar a existência de uma epidemia, tendo em vista a inexistência de indicadores que confirmem esta hipótese, não ser esta a substância mais consumida e não possuir o crack a capacidade de autopropagação.

Além disso, a pesquisa revela um dado dramático: a quarta economia mundial deixa de fora dos benefícios civilizatórios milhares de brasileiros. O retrato que nos apresenta desvela a face – sempre cruel e ainda atual, do abandono e da miséria. E quando cruzamos os dados desta realidade com os da população carcerária e com os das mortes violentas, encontramos os mesmos: eles são jovens, pobres e negros e tem baixa escolaridade. Diante disto, não há como negar que a desigualdade de acesso continua a estruturar as relações sociais e a determinar destinos no Brasil.

Nessa perspectiva, o discurso jurídico assim como todos os demais, reedita a mesma fórmula: aumento da repressão, recrudescimento das penas, segregação e exclusão, ou seja, uma receita falida!

A internação compulsória vem no rastro desta mesma fórmula. Pressionado por uma lógica que ajudou a construir, o Judiciário responde a uma demanda de cuidado, com um castigo. Internação é modo de tratar, de cuidar, caso a caso quando necessário, e não decisão de juiz. Conforme nos alerta Dartiu Xavier, psiquiatra, professor adjunto do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, em seu texto “Reflexões de um tratador de dependentes”, a voluntariedade é um aspecto fundamental na elaboração de um projeto terapêutico. “Ninguém deixa de usar uma substância da qual se tornou dependente apenas porque outra pessoa assim o deseja. No entanto, como nem sempre o desejo de deixar de ser dependente está suficientemente explicitado em quem procura ajuda, cabe ao profissional da saúde investigar as possibilidades deste dependente efetivamente se envolver em um projeto terapêutico. As internações forçadas (involuntárias ou compulsórias), sem a ativa participação do paciente, estão, na grande maioria das vezes, fadadas ao fracasso. As intrincadas relações entre prazer, desejo e impulsividade são de tal complexidade que não é possível que se gerencie o consumo de drogas sem a ativa participação do usuário. Cabe ao terapeuta conduzir o dependente neste difícil processo e não meramente induzi-lo a uma abstinência forçada. Se a abstinência for imposta, a recaída é a regra. Por outro lado, se a abstinência for construída e conquistada pelo próprio indivíduo, ela pode ser duradoura. Deve-se ainda ter em mente que, mesmo que um dependente não consiga abster totalmente do uso da droga, pode modificar seu padrão de consumo de forma a que este seja consideravelmente menos prejudicial, situação que deve ser devidamente valorizada no tratamento. Afinal, o que se contrapõe à dependência não é a abstinência, mas a liberdade de escolha”.



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS  
SUPERINTENDÊNCIA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE  
COORDENADORIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL

6

Finalizamos, citando Carl Hart, um neurocientista da Universidade de Columbia (EUA), quando questionado a respeito da internação compulsória: “não importa se é legal ou ilegal, o que importa é que não é ético”.

*Viviane Souza Maciel de Almeida*

Viviane Souza Maciel de Almeida

Psicóloga - CRP 26521/04

**Referência Técnica em Saúde Mental/ SES-MG**

MASP: 1205090-2

*Miriam Nadim Abou-Yd*

Miriam Nadim Abou-Yd

Psiquiatra - CRM-MG 14659

**Coordenadora Estadual de Saúde Mental/SES-MG**

MASP: 1037433-8

**Miriam Nadim Abou-Yd**

Masp: 1037433-8

Coordenação Estadual de  
Saúde Mental - SES/SUS-MG