UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Sentidos construídos com equipes de saúde mental sobre o cotidiano das internações compulsórias

Maria Lucia Piccinato Fatureto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências,

Área de concentração: Psicologia

RIBEIRÃO PRETO – SP

2016

MARIA LÚCIA PICCINATO FATURETO

Sentidos construídos com equipes de saúde mental sobre o cotidiano das internações compulsórias

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia

Orientadora: Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi

Versão corrigida

RIBEIRÃO PRETO - SP

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Fatureto, Maria Lúcia Piccinato

Sentidos construídos com equipes de saúde mental sobre o cotidiano das internações compulsórias. Ribeirão Preto, 2016.

p.133

Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de Concentração: Psicologia

Orientadora: Guanaes-Lorenzi, Carla

1. Internações Psiquiátricas Compulsórias.
2. Equipes de saúde Mental. 3. Produçao de sentidos.
4. Construcionismo Social.

Esta pesquisa foi financiada pela CAPES, pelo período de outubro de 2013 a outubro de 2015.

Fatureto, Maria Lúcia Piccinato

Sentidos construídos com equipes de saúde mental sobre o cotidiano das internações psiquiátricas compulsórias.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências,

Área de concentração: Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Dedico à Marcio, meu pai, Yara, minha mãe,
Juliana e Marina, minhas irmãs e Raphael,
meu sobrinho e irmão. ***Luzes*** *que me guiam*
pelos caminhos da vida.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi, pela imensa generosidade em me acolher em seu grupo de pesquisa, pela enorme disponibilidade profissional e afetiva que sempre me concedeu. Agradeço pela correção do meu trabalho em um momento tão especial e único em sua vida com a chegada da linda Beatriz à sua família. E por **tudo** que me ensinou durante essa jornada. Agradecimentos nunca serão suficientes.

Às professoras Clarissa e Toyoko pela contribuição em meu exame de qualificação.

À minha linda família pelo enorme carinho, compreensão, inestimável torcida por mim, e pelo extremo cuidado em vários momentos desse percurso. Especialmente aos meus pais, Yara e Márcio, por me ensinarem que da vida só o que se tem é o amor. À Ju que chegou no início dessa caminhada de pesquisa e agora vai traçar outros rumos, te desejo sorte e que você encontre alguém para cuidar de você assim como você cuidou de mim. À Marina pela disponibilidade e carinho em tudo que eu precisei, especialmente com as traduções e pela companhia nas madrugadas de trabalho. Ao Rapha que nunca me deixou ficar triste e ao Henrique que chegou para trazer mais luz às nossas vidas. Amo vocês-minha família. Sempre.

Ao meu avô Ivo, que sempre teve um cuidado e uma fé em mim e à minha avó Maria Carmem que nunca hesitou em acender velas pelo meu sucesso. E a toda minha família querida de Uberaba e São Paulo.

Ao Fê, pelos anos que fez parte da minha vida, por tudo que aprendi com você. Te desejo sorte em seus caminhos.

Aos meus amigos do LAPEPG as pessoas mais geniais e especiais que conheci, à Gabi Martins (minha amiga imaginária), a Gabi meticulosa que me ajudou sempre, à Lu por toda parceria, à Mari querida e companheira, ao Pedro sempre disponível e sempre presente tanto nos momentos de dúvidas, como nos momentos de muita risada, à Gi que nunca hesitou em me ajudar no que fosse preciso e pela parceria nessa nossa nova fase e ao Marcus que sempre dividiu muito em nossos encontros. Espero ter vocês por perto.

Ao Eduardo, pela alegria que sempre me trouxe em nossos encontros pela vida e aos seus pais Maria Helena e Paulo por sempre me acolherem de forma carinhosa em sua casa. Além disso, agradeço ao resto da família que conheci junto com vocês. Vocês são muito especiais.

Agradeço à Ana minha fisioterapeuta, que nunca desistiu de me colocar nas alturas apesar de todos os tombos.

Agradeço especialmente à minha psicóloga Patrícia Izique que vem me ajudando a contar minha própria narrativa de vida.

Agradeço à possibilidade de ter sido aluna da Universidade São Paulo e da Filô, e por terem sido parte da construção da psicóloga que sou hoje.

Agradeço ao serviço de pós-graduação por estarem sempre disponíveis e me ajudarem com tudo que precisei.

Em especial à ID E MILENA que sempre me amaram e apoiaram do jeito que sou. Amigas que venho levando pela vida.

Agradeço aos funcionários do local pesquisado por tudo que me ensinaram não só na pesquisa mas também durante meu aprimoramento profissional.

À Corina Novelino por toda a proteção. E a Deus que me deu forças que eu nem sabia que tinha.

Finalmente, agradeço à Capes pelo apoio financeiro para realização da minha pesquisa.

“Mas não quero me meter com gente louca”, Alice observou.

“Oh! É inevitável” disse o Gato; “Somos todos loucos aqui. Eu sou louco. Você é louca” (...)
“só pode ser, ou não teria vindo parar aqui.”

Lewis Carroll, Alice no País Das Maravilhas & Através do espelho**.**

(Editora Jorge Zahar, 2002, p. 63)

RESUMO

Fatureto, M, L.P (2016) Sentidos construídos com equipes de saúde mental sobre o cotidiano das internações compulsórias. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia Ciências de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

Nos últimos anos, a problemática das internações psiquiátricas compulsórias, isto é, aquelas determinadas por medida judicial, tem sido amplamente discutida, dando visibilidade a algumas tensões que atravessam esse campo. Entre outros aspectos, debates têm sido desenvolvidos sobre temas como liberdade, autonomia e direito, e, numa esfera mais específica, sobre a própria legitimidade e efetividade dos atendimentos nesses casos. Estas tensões trazem importantes desafios aos profissionais de saúde mental, os quais precisam, em seu cotidiano, encontrar respostas criativas para o adequado cuidado das pessoas que chegam aos serviços psiquiátricos via processos de internação compulsória. Em revisão da literatura nos deparamos com alguns estudos que discutem os tratamentos compulsórios na perspectiva dos usuários, mas percebemos uma lacuna em relação à perspectiva dos profissionais nesse mesmo contexto. Este estudo tem como objetivo compreender como as equipes de saúde mental significam o trabalho no cotidiano das internações psiquiátricas compulsórias, bem como compreender como esse trabalho se desenvolve, explorando tanto os desafios como os recursos usados pelas equipes profissionais para o desenvolvimento do cuidado nesse contexto. O corpus de análise foi constituído a partir de entrevistas semiestruturadas no formato de grupos focais e entrevistas individuais, que foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra. A análise envolveu a construção de eixos temáticos, para os quais se buscou compreender a diversidade de sentidos produzidos e possíveis implicações dos mesmos para a produção de práticas em saúde mental. Foram construídos cinco eixos temáticos: 1) IPC como tratamento; 2) Sentidos sobreo uso da IPC e suas implicações; 3) IPC, relações familiares e tratamento; 4) IPC e RAPS; e 5) Sugestões dos profissionais para contribuições no campo da saúde mental. Concluímos que não existem terapêuticas ou práticas distintas para paciente em IPC, mas que dificuldades para conceder alta aos pacientes, sobretudo em função da necessária relação com o judiciário, cria desafios e impõe limites terapêuticos para os pacientes e profissionais. A partir disso, discutimos a valorização das IPC em detrimento às alternativas de cuidado ambulatorial e comunitário, e de que forma isso se reflete na efetivação da Rede de atenção psicossocial. (Apoio financeiro: Capes).

Palavras-chave: Internação compulsória de doente mental. Pessoal de saúde. Práticas em saúde mental. Construcionismo social. Grupos focais.

ABSTRACT

Fatureto, M, L.P (2016) Meaning construction among mental health professionals about commitment of mentally ill. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia Ciências de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

In recent years, the issue of compulsory psychiatric hospitalizations, for example, those determined by judicial order, has been widely discussed, giving visibility to some tensions that run through this field. Among other things, discussions have been developed on topics such as freedom, autonomy and rights, and on a more specific level, the legitimacy and effectiveness of care in such cases. These tensions bring about some important challenges to mental health professionals, who need in their daily lives, to find creative answers to provide the proper care for the people who come to psychiatric services via compulsory admission processes. In the literature review we came across a few studies that discuss the compulsory treatment from the perspective of users, but we noticed a gap in relation to the perspective of professionals in this same context. This study aims to understand what kind of meaning mental health professionals make in the day to day work during compulsory psychiatric hospitalizations, as well as understand how this work develops, exploring both the challenges and the resources used by professional teams for the development of care in this context. The corpus' analysis was made from semi-structured interviews in the form of focus groups and individual interviews, which were audio recorded and later fully transcribed. The analysis involved the construction of themes, for which it sought to understand the diversity of meanings produced and their possible implications in the production of mental health practices. Five themes were built: 1) Compulsory psychiatric hospitalizations as treatment; 2) Senses on the use of compulsory psychiatric hospitalizations and its implications; 3) Compulsory psychiatric hospitalizations, family relationships and treatment; 4) Compulsory psychiatric hospitalizations and Network of Psychosocial Attention; 5) The suggestions of the professionals for contributions in the field of mental health. We conclude that there are no therapeutic or different practices for patients in compulsory psychiatric hospitalization, however the difficulty to grant discharge to patients, mainly due to the necessary relation with the judiciary, creates challenges and imposes therapeutic limits for patients and professionals. Based on this, we discussed the valuation of Compulsory Psychiatric Hospitalization over the ambulatory and community care alternatives, and how this is reflected in the effectiveness of the Network of Psychosocial Attention. (Financial support: Capes).

Keywords: Compulsory hospitalization of mentally ill. Health personnel. Mental health practices. Social constructionism. Focus groups.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Participantes e sua distribuição nas Unidades do Hospital 65

Quadro 2: IPC e Tratamento 74

Quadro 3: Sentidos sobre o uso de IPC e suas implicações 86

Quadro 4: IPC em relaçaões familiares 99

Quadro 5: A IPC e os sentidos decorrentes para a RAPS 106

Quadro 6: Sugestões para as Políticas Públicas em saúde mental 110

LISTA DE SIGLAS

AMPASA	**Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde**
CAPES	**Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior**
CAPS	**Centro de Atenção Psicossocial**
CFP	**Conselho Federal de Psicologia**
CRP	**Conselho Regional de Psicologia**
ECA	**Estatuto da Criança e do Adolescente**
IPC	**Internação Psiquiátrica Compulsória**
IPI	**Internação Psiquiátrica Involuntária**
IPV	**Internação Psiquiátrica Voluntária**
FFCLRP	**Faculdade de Filosofia Ciências de Ribeirão Preto**
HD	**Hospital Dia**
OAB	**Ordem dos Advogados do Brasil**
OMS	**Organização Mundial da Saúde**
ONU	**Organização das Nações Unidas**
PSF	**Programa de Saúde da Família**
RAPS	**Rede de Atenção Psicossocial**
SAMU	**Serviço de atendimento móvel de urgência**
SUS	**Sistema Único de Saúde**
SPA	**Substância Psicoativa**
UBS	**Unidade Básica de Saúde**

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **23**

1 INTRODUÇÃO **25**

1.1 Tratamentos, conceitos e definições em saúde mental. 25

1.2 Reforma psiquiátrica e a reconfiguração das práticas de saúde mental no Brasil 27

1.3 Mudanças nas políticas de internação compulsória e em relação ao doente mental 34

1.4 Assistência em saúde mental de acordo com a RAPS e o uso Internações Psiquiátricas compulsórias e medidas de segurança: discursos incomensuráveis? 38

1.5 A prática profissional no contexto das internações involuntárias e compulsórias 45

2 OBJETIVOS **56**

3 MÉTODO **58**

3.1 Delineamento teórico-metodológico 58

3.2 Contexto, participantes e aspectos éticos 62

3.3 Procedimentos de constituição do *corpus* 65

3.4 Procedimento de análise do corpus 68

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO **72**

4.1 IPC e tratamento 72

4.2 Sentidos para o uso da IPC e suas implicações 84

4.3 IPC, família e tratamento 97

4.4 IPC e sua relação com a RAPS 105

4.5 Sugestões para as políticas públicas em saúde mental 108

5 CONSIDERAÇOES FINAIS **116**

REFERÊNCIAS **120**

APÊNDICES **128**

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Entrevista individual) 128

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Grupo 129

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Constituição de Banco de Dados 130
APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista 131

ANEXO 132
ANEXO A - Ofício de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa 132

APRESENTAÇÃO

Neste estudo buscamos contribuir com a produção do conhecimento em saúde mental, investigando especificamente a questão das internações psiquiátricas compulsórias e a maneira como as equipes de saúde lidam com as mesmas no seu cotidiano. O interesse por essa temática surgiu de meu contato com esse tipo de questão, mais especificamente após a graduação em Psicologia, quando fui aprovada para o Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia Clínica Institucional oferecido pela secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Nesse contexto, pude atuar como psicóloga junto a várias equipes e setores de saúde mental desse hospital, assim como em muitos casos de internações psiquiátricas compulsórias.

Esse era um tema que gerava muitos questionamentos e reflexões, pois frequentemente chegava para atender um paciente que estava internado compulsoriamente e ficava sabendo que ele havido evadido do hospital. Por vezes, me perguntava se era correto oferecer um tratamento hospitalar assim segregante, no sentido de ser voltado a alguém que nitidamente verbalizava o desejo de não estar ali. Outras vezes era difícil oferecer alternativas a pacientes que continuavam internados por um longo período, eventualmente maior que um ano, com condições clínicas satisfatórias para seguir sua rotina de tratamento ambulatoriamente junto à sua família e local de origem.

Também gerava inquietação perceber que a internação psiquiátrica compulsória era um direito de acesso à saúde, mas que muitas vezes funcionava como forma de institucionalizar os pacientes, ou como uma forma de suas famílias repassarem o problema desses pacientes que causavam problemas em seu meio social original. Para além disso, perguntava-me a quem aquela internação servia, pois nela estavam muito mais implicados os pacientes e funcionários das equipes de saúde mental, do que propriamente as redes de apoio ambulatorial das cidades de origem, o fórum ou as famílias que pediam pelas internações.

Nesse sentido, refletia muito sobre como o tratamento deveria ser constituído em bases mais relacionais e dialógicas, em que todas as partes pudessem conversar e gerar possibilidades singulares para cada paciente, através da troca de informações e não da imposição de tratamentos psiquiátricos compulsórios.

Levei essas reflexões para minha orientadora Carla Guanaes-Lorenzi, que me recebeu de forma acolhedora e singular em seu grupo de pesquisa, e aceitou entrar nesta jornada comigo. Além desse contato inicial, através do levantamento da literatura sobre o tema, deparei-me com a necessidade de maiores desenvolvimentos e investigações, considerando sua grande

relevância prática e social. Assim, em conjunto com minha orientadora, delineei no projeto de pesquisa **"Sentidos construídos com as equipes de saúde mental sobre o cotidiano das internações compulsórias**", cujos desenvolvimentos apresento nessa dissertação.

O objeto de estudo desta dissertação de Mestrado circunscreve a prática das Internações Psiquiátricas Compulsórias (IPC) no Brasil e a maneira como o uso deste tipo de intervenção é significado por profissionais de saúde mental. Consequentemente, este estudo busca discutir de que forma essa prática influencia os processos de cuidado e políticas públicas na saúde mental.

Para atingirmos o objetivo de compreender a maneira como as equipes de saúde mental significam o trabalho que desenvolvem cotidianamente com as IPC, estruturamos este texto da seguinte forma.

No primeiro capítulo, que se refere à introdução, apresentamos um breve histórico de como as doenças mentais foram compreendidas e de que maneira essa compreensão influenciou nas práticas no campo que hoje chamamos de saúde mental e nas práticas de internação psiquiátrica.

No segundo capítulo, definimos os objetivos do presente estudo.

No terceiro capítulo apresentamos o método utilizado para a elaboração e construção do corpus, nossos, participantes e também o referencial teórico-metodológico utilizado para análise do material pesquisado. Ao final apresentamos as justificativas e objetivo que sustentam a elaboração e realização do presente estudo.

No quarto capítulo, apresentamos nossos resultados e discussão com a literatura da área. Para tanto construímos cinco eixos de análise são eles: 1) IPC como tratamento; 2) Sentidos para o uso de IPC e suas implicações; 3) IPC, família e tratamento; 4) IPC e sua relação com a RAPS; e 5) Sugestões dos profissionais para as práticas em saúde mental.

Finalmente, no quinto capitulo, apresentamos nossas considerações finais e também possíveis potencialidades e limites de nosso estudo. A partir disso, sugerimos temas que podem ajudar a contribuir com o campo de saúde mental e com as práticas relacionadas ao uso de IPCs para pacientes com transtornos mentais, assim como para a prática dos profissionais envolvidos.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Tratamentos, conceitos e definições em saúde mental.

Com o intuito de compreender as práticas hoje empreendidas no campo da saúde mental, faremos uma breve apresentação sobre como surgiram e evoluíram, ao longo da história, os termos, definições e tratamentos no campo da saúde mental. Não temos a intenção de nos aprofundar em uma revisão histórica do tema, mas sim destacar elementos que podem promover uma desfamiliarização com a noção atualmente difundida da saúde mental como algo naturalmente dado – independentemente do contexto histórico e dos discursos produzidos, em diferentes épocas, sobre o tema.

A este respeito, Pessoti (1997) afirma que para a elaboração de uma história acurada acerca do que foi denominado loucura, seria necessário retomar a própria noção de espécie humana. Considerar a loucura como uma conduta aberrante em relação a padrões sociais dominantes é descrevê-la a partir das formas de reação de grupos sociais dominantes à presença do louco. Assim, podemos considerar que as diferentes formas de descrição da loucura são possibilidades discursivas construídas acerca do tema, não referindo-se a uma definição exata e concreta. Nas palavras de Pessoti (1997, p. 8), "ao longo das épocas, os sucessivos conceitos de loucura apresentam conteúdos relativamente permanentes de um período, de algum autor ou alguma escola de pensamento".

Na Idade Clássica, não havia tratamento para a população que hoje é conhecida como portadora de transtorno mental. Nesse período, considerava-se que os atos desses indivíduos representavam as vontades de entidades divinas. Sob este ponto de vista, o doente era passivo em relação à doença e, consequentemente, não era responsabilizado por seus atos e não dispunha de tratamento. A prática ritualística da época tinha a finalidade de manter o doente "em paz" com a ira dessas entidades ou deuses (De Tílio, 2007; Pessoti, 1997).

Posteriormente, passou-se a considerar que algo subjetivo fazia parte dessas manifestações, e a vontade divina afetava as vontades individuais daqueles que se expressavam ou agiam de forma controversa às práticas sociais vigentes. Tal visão, que criava uma dualidade de responsabilidade entre o sujeito e divindade, foi superada por outra forma de entendimento da loucura, em que esta era vista como fruto de desequilíbrios entre elementos essencialmente orgânicos e fisiológicos dos humores com o ambiente. Em decorrência desse entendimento,

passaram a existir práticas que visavam a reestabelecer os equilíbrios dos humores com o meio externo (De Tílio, 2007; Pessoti, 1997). Pode-se dizer que, ainda que de maneira incipiente, estas foram as primeiras práticas em saúde mental.

Porém, em decorrência das concepções teocêntricas da Idade Média, as manifestações de loucura passaram a ser consideradas possessões demoníacas. Neste período, a posição cultural ocupada pela Igreja lhe outorgava poder sobre o destino dos possuídos, sendo que a figura do médico ficava em segundo plano. De acordo com Amarante (2007), os hospitais não eram instituições médicas e sim religiosas, cuja finalidade era abrigar doentes e miseráveis oferecendo amparo religioso e alimentação. O autor ressalta que a própria palavra *hospital* deriva do latim com o sentido de *hospedar* ou *hospedagem*.

Na Europa no século XVI e no Brasil no século XIX, a figura do *louco* como marginal à cena social denunciava a inadequação dos espaços públicos para contemplar a diversidade da população, impulsionado a criação de instituições para abrigar os diferentes (Rezende, 2011). Dessa forma, o hospital se configurou como espaço de reclusão que abrigava pessoas tidas como inadequadas, fosse pela pobreza, doença, ou falta de recursos. Tais distinções e encaminhamentos eram realizados pelas autoridades superiores reais ou judiciárias. Neste momento, o local que antes era destinado a práticas de caridade assumiu o caráter de um espaço com fins de controle social.

Os movimentos democráticos e libertários do período de pós-revolução francesa trouxeram à tona a figura médico, que atuou nos hospitais com o intuito de humanizá-los. Este foi um período em que muitas instituições foram criadas e muitos internos foram liberados. Ao mesmo tempo, o saber médico se impôs através da categorização de doenças e padrões de normalidade. Amarante (2007) pontua que essas doenças foram descritas a partir de pessoas que já viviam institucionalizadas, sendo produto tanto das intervenções médicas quanto dos efeitos da institucionalização.

Neste momento, começaram a acontecer profundas transformações sociais, políticas e culturais que produziram novos discursos sobre os enfermos e, consequentemente, sustentaram novas práticas. O cuidado sobre os enfermos saiu do âmbito da caridade e se configurou como uma prática médica, e as instituições de cuidado passaram a atuar sobre a sociedade com uma função que era, sobretudo, reguladora e normativa.

Nesse cenário de transição, as ciências naturais explicam a realidade dos internados através da produção científica em Psiquiatria. A doença mental passou a ser definida nos termos da alienação mental e as pessoas com distúrbios emocionais a serem descritas como incapazes de construir bom juízo e percepção da realidade. Sob esta lógica, aquele que não avaliasse bem

a realidade poderia representar perigo para si e para a sociedade. Visando solucionar esse descompasso entre razão e loucura, a hospitalização surgiu como forma de tratamento. Considerava-se que o isolamento dela decorrente possibilitava a melhor avaliação de diagnósticos e oferecia formas de disciplina e normatização aos doentes. Assim, foi um período de prevalência do moral e dos costumes corretos sobre os doentes através da socialização nos asilos (Amarante, 2007; Freitas, 2004).

No Brasil, a assistência psiquiátrica se deu a partir do período colonial e levou ao surgimento do primeiro hospício de alienados, chamado de Hospício Pedro II, e posteriormente Hospício Nacional. Os conceitos de alienação foram embasados na nosologia de Kreapelin e os tratamentos eram baseados em práticas de hospitalização nas chamadas "colônias de alienados", onde o trabalho braçal em áreas rurais era tido como uma atividade terapêutica (Oda & Dalgalarondo, 2000).

Houve uma expansão desses modelos de colônias para alienados por todo o país, porém esse modelo asilar de tratamento sofreu críticas e denúncias de maus tratos. No pós-guerra, estes espaços foram descritos como campos de concentração e destas descrições surgiram os primeiros movimentos que buscaram uma reforma da assistência psiquiátrica (Amarante, 2007; Oda & Dalgalarondo, 2010). As críticas à maneira como se configuraram as práticas asilares e o cuidado em saúde mental impulsionaram transformações nos processos de cuidado em todo o mundo. A valorização de modelos de base comunitária, pautados no incentivo da inclusão do doente na vida em sociedade, estavam baseados em uma compreensão multifatorial da doença mental, incluindo seus fatores psicológicos, culturais, sociais e biológicos. O Brasil também passou por esse processo, conforme descreveremos a seguir.

1.2 Reforma psiquiátrica e a reconfiguração das práticas de saúde mental no Brasil

Os serviços de saúde mental brasileiros herdam seus modelos de atenção e assistência em saúde mental de experiências dos movimentos de reforma psiquiátrica de países europeus e dos Estados Unidos. Destacaremos algumas delas pela importante influência que tiveram nos movimentos de reforma psiquiátrica no Brasil, com base na revisão proposta por Amarante (2007).

A experiência inglesa tentou recuperar nos espaços hospitalares psiquiátricos a função terapêutica e, além disso, conferiu legitimidade aos pacientes tanto em relação às formas de

tratamento quanto à organização dos espaços e atividades desenvolvidas. Nesse sentido, a função terapêutica era algo mais abrangente e agregava familiares, profissionais e pacientes, sendo esses espaços denominados “comunidades terapêuticas” pela valorização do convívio e estímulo à vida social. Amarante (2007) faz uma ressalva, afirmando que essa designação foi posteriomente apropriada por outros centros de tratamentos cujas finalidades são bastante diversas da experiência inglesa.

A Psicoterapia Institucional surgida na França defendia que, no período do pós-guerra, os hospitais eram espaços danificados e sua função terapêutica havia sido perdida. Assim, passou-se a buscar novas teorias e explicações na tentativa de ampliar aquilo que já era tido como terapêutico. Amarante (2007) afirma que o modelo francês propunha uma transversalidade nos serviços a fim de debater as formas hierárquicas existentes nos hospitais psiquiátricos.

Ainda na França, a Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Preventiva ou Saúde Mental Comunitária constituiu-se como uma experiência em reforma na Psiquiatria, defendendo que pensar e planejar o cuidado após a internação evitaria novas internações e casos de re-internação. Para tanto, foram criados setores administrativos divididos de acordo com a distribuição da população, sendo esta a primeira experiência de regionalização em saúde mental. Tal entendimento se estendeu à distribuição hospitalar, possibilitando que, durante a internação, os pacientes de uma mesma região pudessem manter vínculos já formados com outros pacientes, mantendo também a proximidade e as relações familiares. Nesta experiência, o trabalho em equipes era complementar e não apenas uma função médica. Essa mesma equipe também assistia ao paciente no pós-alta, sendo que as relações já estabelecidas entre pacientes e equipe eram consideradas importantes e facilitadoras no pós-alta. Assim, o trabalho poderia seguir o mesmo fluxo, evitando a estranheza e dificuldade inicial de adesão que uma nova equipe poderia causar.

Nos Estados Unidos, o período de pós-guerra do Vietnã foi marcado por movimentos culturais, políticos e sociais. No campo da saúde mental, o aumento de casos psiquiátricos e denúncias de má assistência fizeram com que as práticas em saúde mental fossem redirecionadas, movimento que ficou conhecido como Psiquiatria Preventiva ou Saúde Mental Comunitária. Neste contexto, começaram a surgir propostas preventivas e de redução de doenças mentais. Para tanto, todas as pessoas que fossem consideradas potenciais pacientes deveriam ser encaminhadas para avaliação e investigação psiquiátrica, encaminhamento este que poderia ser feito pela família, amigos, profissionais de saúde ou juízes. Desse contexto,

surgem as noções de crise e desadaptação social que poderiam funcionar como pré-disposições para o desenvolvimento de doenças mentais.

Outra meta da proposta norte-americana era a desinstitucionalização, definida por Amarante (2007) como um conjunto de medidas de desospitalização, redução do número de internações em hospitais psiquiátricos, redução dos períodos de permanência em hospitalizações e concessão de altas aos internados. Para atingir tal objetivo, passaram a ser implantados centros de saúde mental comunitários, serviços protetivos, lares abrigados, hospitais-dia, hospitais-noite e vagas localizadas em hospitais gerais. Todas estas ações visavam transformar a noção de tratamento em hospitais psiquiátricos para algo menos segregacionista e mais integrado. Nas palavras de Amarante (2007, p. 51), "o objetivo era transformar o Hospital em um recurso obsoleto".

Embora o objetivo fosse diminuir o número de vagas hospitalares nos Estados Unidos, os serviços criados tornaram-se grandes encaminhadores de pacientes para os hospitais. Assim, a psiquiatria preventiva adquiriu um caráter medicalizante com a finalidade de manter a ordem social.

Na década de 60, na Inglaterra, o movimento conhecido como antipsiquiatria buscou transformações nas práticas vigentes através dos recursos de comunidades terapêuticas e psicoterapias institucionais. De acordo com Amarante (2007), os efeitos destes dispositivos foram insatisfatórios, tendo inclusive contribuído para a disseminação de um novo discurso de que pessoas acometidas por transtornos mentais eram oprimidas e vítimas de violência não só dos hospitais, mas também por parte dos familiares, e que a manifestação de sintomas era uma forma de trazer à tona os conflitos presentes nas famílias e na sociedade.

Das experiências em reforma nos serviços de psiquiatria e saúde mental que influenciaram as práticas desenvolvidas no contexto brasileiro, a italiana, iniciada por Franco Basaglia, é considerada a de maior relevância e que teve maior impacto dentro das políticas públicas desenvolvidas para o setor. A concepção de Basaglia, decorrente de sua experiência como psiquiatra, era a de que a própria instituição psiquiátrica era responsável pelo caráter deletério das experiências subjetivas dos pacientes e também pela mortificação a que eram submetidos durante o período nesses espaços. Assim, seu objetivo era transformar esse mesmo espaço em local de reabilitação e tratamento através de reformas administrativas e medidas de humanização.

Os frutos dessas primeiras experiências no hospital italiano de Goriza ocasionaram a revisão da noção do manicômio e das concepções e discursos produzidos nas práticas científicas e profissionais em saúde mental. Em Trieste, Basaglia e seus colaboradores desenvolveram uma

proposta original e de grande impacto no âmbito das práticas contemporâneas, cujas repercussões ecoaram por todo o mundo, ainda que a absorção e impacto da experiência de Trieste tenha se dado de maneira diferente em outras localidades e contextos.

A principal ação decorrente desse período, de acordo com a Amarante (2007), foi a criação dos serviços substitutivos às enfermarias hospitalares, que foram fechadas. Entende-se por serviços substitutivos todas as estratégias criadas em alternativa ao hospital psiquiátrico. A experiência italiana é conhecida por ter sido capaz de efetuar com sucesso as alternativas que substituíram práticas asilares e manicomiais. Essa experiência destituiu inclusive *o papel da internação* para casos de crise ou urgência psiquiátrica. Criaram-se centros de saúde mental, os quais eram responsáveis não só pelo tratamento desses casos, mas principalmente por atuar na comunidade e modificar a noção que o louco tem na sociedade. Além disso, a proposta visava conferir aos pacientes legitimidade para ocuparem espaços sociais dos quais haviam sido excluídos. Complementar a essa transformação, os mesmos pacientes que haviam sido considerados incapazes ou perigosos se organizaram em cooperativas de trabalho, ocupando espaços e funções sociais diversas, podendo inclusive ocupar residências nas cidades.

A conquista do espaço de moradia e das formas de trabalho assumiu uma função que equaciona as demandas sociais que muitos espaços asilares e hospitalares cumprem, já que diversos casos de desamparo social acabam sendo solucionados por internações em hospitais e asilos, pela falta de outros espaços para alocar demandas sociais. A falta de moradia tende a fazer com que muitos sejam encaminhados para instituições, conferindo a elas cumprir algo que vai além de suas funções originais. Retomaremos, adiante, a questão da falta de moradia e como ela influencia na manutenção de internações psiquiátricas, inclusive as compulsórias.

A experiência desses movimentos reformistas também alcançou o Brasil e para discutir o objeto desta pesquisa – as internações psiquiátricas compulsórias em saúde mental – faz-se necessário uma contextualização dessa temática na esfera das políticas públicas, dos movimentos sociais e da dinâmica das instituições de saúde. Dessa forma, seguiremos com um breve retrospecto sobre as reformas sanitária e psiquiátrica e de outros movimentos sociais, bem como o impacto que tiveram sobre as concepções e práticas em saúde mental na atualidade.

As discussões sobre a necessidade de uma reforma psiquiátrica no Brasil fizeram parte de um processo mais amplo, conhecido como reforma sanitária, que era parte de um conjunto de lutas pela constituição de um Estado democrático e de resistência à ditadura e ao seu modelo de privatização dos serviços de Saúde e Previdência Social. No contexto brasileiro, a reforma sanitária foi iniciada em meados dos anos 70 por profissionais da saúde que lutavam pela constituição e reformulação do sistema de saúde, assim como do campo de saber e atuação

política e institucional. Esse movimento desencadeou importantes conquistas, como a garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) (Fleury, 2009).

A forma como a saúde mental tem sido abordada pelas políticas públicas acompanhou a ênfase dada ao conceito geral de saúde, passando assim por sucessivas reformulações no decorrer do século passado. A reformulação do conceito de saúde, iniciada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1941, teve importante participação na ampliação da visão de saúde mental. Com isso, a saúde passou a ser compreendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não se caracterizando pela ausência de doenças. Além disso, a saúde passou a ser vista como um direito humano. Posteriormente, a Constituição Brasileira de 1988 ampliou esse conceito e o associou com as relações de trabalho, moradia e ambiente. A partir da consolidação do SUS, pela lei n° 8.080 de 1990, a saúde passou a ser um direito do cidadão e um dever do Estado (Fortes, 2010).

Em consonância com a ampliação da visão de saúde, surgiram críticas às instituições psiquiátricas do período da ditadura – época em que houve uma grande expansão do número de hospitais psiquiátricos, impulsionada pela precariedade das formas de tratamento e também pela rentabilidade dessa atividade. Esse sistema privado contava com o amparo do Estado, era associado ao sistema público existente e respaldado pela legislação de 1934[1]. Tudo isso consolidou um modelo de assistência hospitalocêntrico e asilar, que preconizava a internação e o isolamento como tratamento da doença mental (Dal Poz, Lima, & Perazzi, 2012; Prandoni & Padilha, 2004).

A partir da década de 70, os movimentos de reforma psiquiátrica, influenciados pelos movimentos advindos da Europa e Estados Unidos após a Segunda Guerra Mundial, começaram a ecoar entre os profissionais do Brasil e da América Latina, organizados pelo Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM). Esse processo, que é conhecido como reforma psiquiátrica, avançou como política pública através do projeto de lei n° 3.657, de 1989, de Paulo Delgado, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e a substituição por outros recursos assistenciais (Fortes, 2010).

Ainda na década de 1980, a pressão social impulsionada por movimentos democráticos ampliou a discussão do setor público para a área da saúde. Esse movimento teve importante papel para a promulgação da Constituição de 1988, que valorizava aspectos como a universalização dos direitos e equidade na atenção à saúde, sendo o controle social constituído pela possibilidade de fiscalizar as políticas públicas. No final da mesma década, o MTSM,

[1] Essa legislação será apresentada com mais detalhes na seção 1.3

inconformado com as condições de trabalho e assistência aos portadores de doenças mentais, deu início ao que se tornaria mais tarde o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Esse movimento agregou entre seus participantes e em suas discussões os usuários dos serviços de saúde mental, além do questionamento da política predominantemente asilar na assistência em saúde mental (Prandoni & Padilha, 2004).

Dessa maneira, gradualmente, nota-se o incentivo à transição do modelo asilar de assistência para o psicossocial. Assim, mudanças na maneira de se perceber o indivíduo acometido por transtorno mental, de organizar os serviços, e de conceber a família e o usuário como partes envolvidas nesse processo começam a acontecer. Essa transição tem continuidade com a lei n° 10.216, de 2001, quando houve incentivos financeiros para que os hospitais gerais implementassem leitos psiquiátricos ou unidades psiquiátricas na estrutura hospitalar, descentralizando dos manicômios a assistência em psiquiatria. Além disso, esse aparato legislativo preconizava a redução do número de leitos hospitalares e priorizava o atendimento em centros extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Hospitais Dia (HD). Dessa maneira, há uma progressiva substituição, ou início de transição, do paradigma asilar por um novo, caracterizado por seu aspecto comunitário e integrado à sociedade e ao sistema geral de saúde, também através dos Programas de Saúde da Família (PSF) e das residências terapêuticas. Assim, buscou-se deslocar os cuidados para a comunidade e ao mesmo tempo reafirmar a participação da família no processo de cuidado e reabilitação (Dal Poz, Lima, & Perazzi, 2012; Salles & Barros, 2007; Martins, 2013).

Pode-se dizer que a lei nº 10.216 representou avanços no que se compreendia como direitos dos portadores de doença mental, ainda que não tenha influenciado no *status* sócio-jurídico desses indivíduos. Dessa forma, no código Civil e Penal, estes ainda podem ser interditados, o que significa que perdem os direitos sobre a livre disposição de bens e representação jurídica. Além disso, no caso de cometerem crimes, são considerados incapazes de responder por seus atos, sendo por isso alvos medidas de segurança cujas prescrições não discriminam o tempo do tratamento (De Tílio, 2007). Via de regra, nestes casos as medidas de segurança seriam cumpridas em Hospitais de Custódia. Todavia, a ausência de vagas nestes locais ocasiona o encaminhamento para outros serviços, como hospitais psiquiátricos, através processos de IPC. Adiante voltaremos à essa questão, para discutir como essa nova configuração afeta o cotidiano das equipes de saúde mental.

Apesar dos avanços legislativos, existe um entrave no que se refere à extensão dos direitos civis das pessoas acometidas por transtornos mentais. No caso de populações marginalizadas e com transtornos mentais, de acordo com o Conselho Regional de Psicologia

do Estado de São Paulo, houve um incremento das forças punitivas para essa população, através da crescente militarização da segurança pública, que, às vezes, atua de forma punitiva nos casos de populações vulneráveis, além do crescente número de casos de letalidade em ações destinadas às populações marginalizadas (CRP-SP, 2014).

Diferentes autores apontam que a saúde mental constitui, hoje, uma área multiprofissional e interdisciplinar que exige articulações intersetoriais para que as questões relativas aos direitos humanos, reabilitação psicossocial e resgate da cidadania sejam atendidas (Dal Poz, Lima, & Perazzi, 2012; Rodrigues & Figueiredo, 2003). No que se refere à elaboração das políticas públicas, Dal Poz, Lima e Perazzi (2012) apontam três desafios a serem superados: a insuficiência de profissionais para suprir a demanda gerada pelo aumento dos serviços de saúde; a necessidade de adequar a formação profissional para que sejam reconhecidos a multiplicidade dos determinantes da saúde mental e o caráter intersetorial neste ramo de atuação; e a necessidade de garantir capacitação e treinamento aos profissionais que já estão inseridos no sistema de saúde.

Apesar dos avanços sociais e legislativos, na prática cotidiana das instituições, muitas vezes, o trabalho em saúde mental não vai ao encontro de diversas orientações, por exemplo, quanto à redução do número de leitos hospitalares e priorização do atendimento em centros extra-hospitalares. Podemos, inclusive, apontar que coexistem dois modelos de tratamento vigentes: um pautado na antiga lógica manicomial com caraterística segregacionista, e outro baseado na reabilitação psicossocial que funciona pela lógica da inclusão comunitária. Assim, ainda que as consequências do movimento pela reforma psiquiátrica estejam bastante difundidas em termos de discurso, frequentemente há um descompasso entre diretrizes estabelecidas pela reforma e as práticas em saúde mental (Salles & Barros, 2007).

Como afirmam Guanaes-Lorenzi et al. (2012, p.67), baseados na discussão feita pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005) “a reforma psiquiátrica pode ser entendida como um processo político e social complexo composto de atores, instituições e forças de diferentes origens. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica concretiza-se, marcado por impasses, tensões e desafios”.

Além disso, apesar dos avanços que tivemos com as reformas sanitárias e psiquiátricas e no entendimento de que os tratamentos para pessoas em sofrimento psíquico devem ser efetuados em bases territoriais inseridas na comunidade, ainda está em elaboração, no Brasil, uma política em saúde mental que atenda os usuários menores de idade e suas famílias. No que

se refere aos menores de idade, mas não exclusivamente a eles, existe ainda um uso difundido do dispositivo internação psiquiátrica.

De acordo com alguns autores, a reforma psiquiátrica vai muito além do que se refere aos modelos assistenciais para portadores de transtornos mentais. A reforma visa contemplar esses sujeitos a partir de mudanças nas formas de descrever e conceituar as práticas no campo da psiquiatria, bem como na concepção e elaboração de novos serviços destinados a essa população. Em relação aos direitos civis dos portadores de transtornos mentais, o foco é contemplar a cidadania e os direitos humanos. Além disso, a reforma buscou – e ainda busca – transformar o que entendemos como loucura, tratamento e direitos dos portadores de transtornos mentais, não apenas entre os que estão diretamente envolvidos com o contexto, mas também entre a sociedade e a cultura mais ampla (Pellegrini & d'Oliveira, 2015; Amarante, 2003).

Resende (2011) afirma que a compreensão das políticas para a saúde mental demanda que levemos em conta um conjunto de intencionalidades e práticas concretas que deveriam apresentar uma evolução no tempo, e também as significativas diferenças entre as regiões do país. O autor sustenta que, na falta desses fatores articulados, é mais adequado utilizarmos a denominação *tendências em saúde mental no Brasil*. Esta seria mais representativa do campo visto que falta dados brasileiros sobre as características da população que frequenta os hospitais psiquiátricos e ambulatórios, a variação da mesma ao longo do tempo, o modo de entrada dos pacientes psiquiátricos, e indicadores fidedignos das estratégias e tratamentos oferecidos ao longo do tempo. A falta desses dados configura muito mais tendências ou intencionalidades em saúde mental do que políticas públicas propriamente ditas para o setor.

1.3 Mudanças nas políticas de internação compulsória e em relação ao doente mental

Para compreender a evolução na assistência e nas políticas públicas em saúde mental, considerada hoje um direito social inalienável, apresentamos nesse item uma breve revisão teórica sobre as mudanças ocorridas nas legislações e políticas públicas brasileiras concernentes às internações psiquiátricas.

A Legislação brasileira concernente ao doente psiquiátrico data do século XIX, a partir do decreto nº. 82 de 1841, que estabeleceu a construção do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro. Até 1852, o Hospício Pedro II funcionou como instituição provisória e nos anos seguintes foram criados, em outras províncias, asilos com as mesmas características, que se assemelhavam mais

a cadeias do que a instituições de cuidado em saúde. Além disso, esse período foi fortemente influenciado pelo positivismo nas ciências naturais, cujas ideias atingiram a Psiquiatria brasileira e fortaleceram a ideia de que o paciente deveria ser observado e cuidado (Macedo, 2006).

A implantação de uma legislação referente aos doentes mentais culminou no decreto nº. 1.232, de 1903, promulgado no governo de Rodrigues Alves, responsável por reorganizar a assistência aos alienados. Este decreto se propunha a unificar a assistência e a construção de asilos estaduais e proibir o cerceamento dos doentes em prisões, determinando tratamentos humanizados de acordo com o conceito da época. O decreto nº. 1.132, também de 1903, definia que o único lugar adequado para receber o louco era o hospício. Afirmava que o louco era incapaz de gerir seus bens (sendo necessária a presença de um curador para tanto), e não lhe cabia conhecer ou interferir no tratamento. Em 1916, esse decreto ainda estava vigente, uma vez que o Código Civil de 1916 mantinha as mesmas determinações quanto às capacidades civis dos enfermos, mas denominava-os "loucos de todo gênero" ao invés de "alienados de qualquer espécie" (Macedo, 2006).

Em 1929, no decreto nº. 5.148, os termos "alienado" e "hospício" são substituídos por "psicopata" e "manicômio" referindo-se a um doente mental perigoso e sujeito à incapacidade penal e civil. Por conseguinte, a internação passou a ser obrigatória (Macedo, 2006).

Em 1934, o decreto nº. 24.559 versava sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, e a fiscalização dos serviços psiquiátricos, revogando o decreto de 1903. Nessa atualização, a incapacidade dos doentes mentais era mais uma vez reafirmada, sendo as internações justificadas por quaisquer motivos que tornassem incômodas a presença do doente em seu meio social. Desse modo, as internações tornaram-se a regra, enquanto o tratamento extra-hospitalar passou a ser uma exceção, submetendo os direitos civis à tutela do Estado. Neste contexto, o doente mental, tido como psicopata, estava submetido ao enfoque médico e jurídico, visando à manutenção da ordem pública em razão do seu potencial de periculosidade (Macedo, 2006).

A partir do final da década de 1940, o modelo assistencial psiquiátrico hegemônico passou a ser discutido, devido ao seu anacronismo e ineficiência. As denúncias de violência nas instituições passaram a mobilizar a sociedade civil e os profissionais de saúde. Esse clamor contra o desrespeito aos direitos humanos fortaleceu a consciência social acerca da luta pelo direito à singularidade, à subjetividade e à diferença, visto que os hospitais psiquiátricos eram tidos como lugares de exclusão e sequestro da cidadania (Correia; Lima & Alves, 2007).

Conforme afirmamos anteriormente, nas décadas de 60 e 70, influenciadas pela psiquiatria de origem francesa e pela psiquiatria comunitária e preventiva americana, as propostas de reforma extrapolavam o ambiente hospitalar e impulsionavam uma mudança no entendimento de loucura, tratamento e promoção de saúde, gerando a instalação da tríade prevenção/tratamento/reabilitação nas concepções e práticas em saúde mental (De Tílio, 2007). Tais mudanças foram impulsionadas pela reformulação do conceito de saúde pela OMS, que definia saúde como completo estado de bem estar físico mental e social.

As diretrizes sobre internações psiquiátricas apresentadas pela lei n°. 10.216, de 2001, substituem o decreto n°. 24.559, de 1934, que dispunha sobre a assistência e proteção da pessoa e bens dos psicopatas[2] (Barros & Serafim, 2009). Segundo este decreto, era preferencial a internação dos psicopatas em estabelecimentos psiquiátricos, oferecendo uma série de restrições para outros tipos de locais, como seções de hospitais gerais e domicílios. Além disso, já se previa a internação, além dos "psicopatas", também de "toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas" (Brasil, 1934).

Ainda sobre o decreto de 1934, eram motivos para a internação e remoção para um estabelecimento psiquiátrico sempre que fosse "inconveniente à conservação do psicopata em domicílio", ou quando esse

> "atentar contra a própria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública". A internação poderia ser feita "por ordem judicial ou a requisição de autoridade policial", "a pedido do próprio paciente ou por solicitação" de uma série de parentes ou, na falta desses, de uma grande diversidade de figuras, como "curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe do dispensário psiquiátrico ou ainda por algum interessado, declarando a natureza das suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação" (Brasil, 1934).

Nota-se que a legislação dos anos 2000 aponta para uma direção contrária a essa política asilar. Com a lei n° 10.216, de 2001, houve um maior controle sobre o processo de internação visando o fim das internações anônimas e a regulamentação das internações involuntárias, as quais fundamentavam juridicamente o dispositivo asilar (Dal Poz, Lima, & Perazzi, 2012). Reforçando as diretrizes dessa lei, a Portaria nº. 2391, de 2002, estabelece que as internações psiquiátricas devem ocorrer somente como *último recurso*, depois que todas as "demais

[2] Esse termo, bem como os demais, são os termos da época tal como constam no documento de 1934.

possibilidades terapêuticas" e "recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistência" forem esgotados. Essas internações devem, ainda, apresentar a menor duração possível (Brasil, 2002).

No que se refere à internação, esta última portaria define quatro tipos: a voluntária, realizada com o consentimento expresso do paciente; a involuntária, realizada sem o consentimento deste; a voluntária que poderá tornar-se involuntária quando o paciente internado exprimir sua discordância com a manutenção da internação; e a compulsória, determinada por medida judicial (Brasil, 2002). Anteriormente a isso, a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.598, de 2000, previa que as internações compulsórias poderiam ocorrer também por motivo clínico, além da esfera judicial já citada. No entanto, o parágrafo que previa essa modalidade de internação foi revogado pela Resolução nº 1.952, de 2010, do Conselho Federal de Medicina (Fortes, 2010).

De um modo geral, esses princípios para internação vêm sendo mantidos nas políticas públicas, de modo que as novas regulamentações têm buscado adaptá-los às demandas atuais. Como exemplo, cabe destacar o enfrentamento da dependência química por meio de políticas de saúde (Dal Poz, Lima, & Perazzi, 2012), como a Portaria nº 1.190, de 2009, que instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS. Esse plano buscava dar conta da população atingida pelo "cenário epidemiológico recente, que mostra a expansão no Brasil do consumo de algumas substâncias, especialmente álcool, cocaína (pasta-base, crack, merla) e inalantes, que se associa ao contexto de vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens" (Brasil, 2009).

Posteriormente, pela Portaria nº 3.088, de 2011, buscou-se articular as diferentes frentes de atuação por meio da criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Essa rede prevê o atendimento desta população em todos os níveis do SUS, desde a atenção primária até as diferentes modalidades de internação (Brasil, 2011). De certa forma, a RAPS vem sendo desenvolvida com o intuito de reafirmar os princípios éticos, políticos e ideológicos da reforma psiquiátrica no Brasil. Todavia, no plano prático, com o passar do tempo tem-se assistido a uma série de contradições, com medidas que acabam por permitir novas formas de internação, incluindo a internação compulsória – o que, em geral, contraria as propostas de um modelo psicossocial de atenção em saúde mental.

A RAPS tem como diretrizes o respeito aos direitos humanos, incluindo a autonomia, liberdade, exercício de cidadania, promoção da equidade nos serviços em saúde e a garantia de acesso. A ênfase recai em serviços de base comunitária tanto para usuários da saúde mental

portadores de transtornos mentais como para usuários de drogas (Brasil, 2011). No entanto, podemos perceber o paradoxo presente no cenário das políticas públicas brasileiras. Por um lado, busca-se a operacionalização da RAPS segundo estes objetivos. Por outro lado, existe, atualmente, uma crescente demanda por IPC, quando o que se esperava era que o modelo de atenção centrado em hospitais e internações fosse substituído por serviços comunitários que prezassem pela autonomia dos usuários.

Essa preocupação recente com a dependência química na esfera jurídica e nas políticas públicas vem ganhando repercussão também junto à opinião pública e à mídia. A demanda da população pela resolução do problema da dependência química, especialmente das ditas "cracolândias", tem importante papel na instituição de políticas específicas de tratamentos compulsórios para essa população. Assim, a discussão sobre o tratamento compulsório ganha força entre diferentes atores sociais, polarizando esse campo de debates em torno de questões como liberdade, autonomia, direitos e, numa esfera mais específica, em torno da própria efetividade e resolutividade dos atendimentos nesses casos.

1.4 Assistência em saúde mental de acordo com a RAPS e o uso Internações Psiquiátricas compulsórias e medidas de segurança: discursos incomensuráveis?

Devido à importância que a RAPS (2011) adquiriu no contexto da assistência em saúde mental no Brasil, neste item buscamos explorar, de forma mais detalhada, essa política e suas implicações. Ao final, discutiremos como esta política convive com o fenômeno que, no Brasil, é chamado de IPC, mas que nos serviços de saúde mental são chamadas de internação judicial ou ordem judicial, e que vem ganhando repercussão em variados contextos e seguimentos sociais.

Ferreira Neto (2011) utiliza a expressão *política pública* como sinônimo de política social, por considerar que a política pública é uma intervenção do Estado na organização da sociedade através de medidas jurídicas, administrativas e sociais. Ainda que afirme que uma política social é um conjunto maior de políticas públicas, essa sinonímia deve-se ao fato de que uma política social existe na dependência de uma política pública para sua execução. Assim, neste estudo podemos afirmar que a implantação da RAPS (Brasil, 2011) é uma ação sócio-política do Estado para conduzir a assistência e as práticas do SUS, na área de saúde mental, que extrapolem os serviços tradicionais.

A RAPS (Brasil, 2011) foi elaborada levando em conta alguns contextos já instituídos por outras legislações, entre elas:

- A lei nº. 10.216, de 2001, já citada; a Lei nº. 8.069, de 1990, que se referia ao Estatuto da Criança e do Adolescente; e a lei nº. 10.708, de 2003, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.
- Os decretos nº 7.179, de 2010, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; o decreto nº. 7.508, de 2011, que dispunha quanto à organização do SUS para o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.
- A Política Nacional a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003.
- A portaria nº. 336/GM/MS, de 2002, que regulamentou o funcionamento dos CAPS; a Portaria nº. 816/GM/MS, de 2002, que instituiu, no SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas.
- As diretrizes previstas na Portaria nº. 1.190/GM/MS, de 2009, que instituiu Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD); a Portaria nº. 4.279/GM/MS, de 2010, que estabelecia diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS; e a portaria nº. 1.600/GM/MS, de 2011, que reformulava a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a rede de atenção de urgências no SUS.

Além de levar em conta o previsto nas legislações acima, a implantação da RAPS contava, ainda, com a necessidade do SUS atender a saúde mental e integral de populações cuja demanda vinha do uso de álcool, crack e outras drogas, havendo a premência de ampliar e diversificar os serviços a elas destinados. Dessa forma, a instituição da RAPS prevê a ampliação e articulação dos serviços de atenção a estas populações.

O funcionamento da RAPS foi instituído buscando-se considerar o respeito aos direitos humanos e as garantias de liberdade e autonomia das pessoas, através de ações que promovem a equidade no SUS e o combate a estigmas e preconceitos. No que se refere à assistência, prevê a garantia de acesso e cuidado integral por equipes multidisciplinares através da lógica interdisciplinar, cuja atenção deve ser humanizada e com foco na necessidade do usuário por meio de estratégias diversificadas de cuidado. Além disso, as atividades devem ser de base

territorial e de redução de danos a fim de favorecer a inclusão social e garantir autonomia e cidadania para os usuários. A assistência também deve ser baseada em projetos terapêuticos singulares ou individuais, especialmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas).

A assistência a essas populações dever incluir reabilitação e reinserção social por meio de acesso ao trabalho, renda e moradia solidária (Brasil, 2011). No que se refere especialmente à moradia, os hospitais psiquiátricos tornaram-se, ao longo do tempo, locais privilegiados para inserção dessa população. De acordo com Saraceno (1999, p.114, citado por Furtado et.al, 2013), "a questão da psiquiatria foi, em grande parte, a busca de uma residência para o louco, e o manicômio se configurou como tal. Esta forma de moradia ficou marcada pela segregação e isolamento e, consequentemente, conferiu aos hospitais psiquiátricos a função de abrigo a uma população que passou a ser chamada de moradores de hospital psiquiátrico. A partir da admissão, estas pessoas ficavam sob o *status* de internos por tempo indeterminado e seus vínculos sociais e familiares não se mantinham ou se perdiam ao longo do tempo (Furtado, Moreira, Nozabielle, Rodrigues & Montesano, 2013).

Para além da necessidade de rever a questão da moradia para o portador de transtorno mental e reavaliar o espaço e função que o hospital psiquiátrico adquiriu ao longo da história, a RAPS reafirmou o fechamento de leitos hospitalares psiquiátricos, no contexto da reforma psiquiátrica brasileira; estimulou o surgimento de iniciativas voltadas para aumentar a oferta de informações, tanto sobre direitos desses usuários como também pela divulgação dos serviços ofertados na rede; e organizou fluxos e demandas dos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial (Brasil, 2011).

Os serviços que constituem a RAPS permeiam diferentes níveis da atenção em saúde. Na atenção básica, envolvem as unidades básicas de saúde (UBS) e as equipes de atenção básica para populações específicas, tais como as equipes dos consultórios de rua, equipes de apoio aos serviços residenciais e centros de convivência. Na atenção básica especializada, compreendem os CAPS em suas diversas modalidades e os atendimentos de urgência e emergência (como SAMU, salas de estabilização, as UPAs 24h e portas hospitalares como prontos-socorros). Na atenção residencial, compreende os serviços de atenção em regime residencial e unidades de recolhimento. No que se refere à atenção em nível hospitalar, a RAPS compreende enfermarias especializadas em hospitais gerais e serviços hospitalares especializados na atenção aos portadores de transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de substâncias (Brasil, 2011).

Sobre o uso da internação, o texto do Ministério da Saúde sobre a RAPS afirma que o hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental

enquanto o processo de implantação e expansão da RAPS ainda não se apresentar suficiente, sendo que nas regiões de saúde em que forem usadas deve-se priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da RAPS para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2011).

A implementação da RAPS deveria ser pactuada entre os estados, munícipios e a União, mas ela foi direcionada de maneiras diversas em ações conjuntas entre governos, polícia, profissionais de saúde e Ministério Público, por vezes de maneira violenta a fim de repelir esta população dos espaços urbanos. Muitos desses casos foram encaminhados para hospitais psiquiátricos, na forma de internações compulsórias ou voluntárias, e outra parte dessa população foi encaminhada para centros de detenção (CRP-SP, 2014).

Como afirmamos anteriormente, a transformação do ***entendimento social*** que se tem sobre o usuário de drogas e o portador de transtornos mentais é um dos grandes desafios da reforma da atenção em saúde mental no Brasil. O uso dessas variadas políticas de encaminhamento demonstra a tensão discursiva que atravessa esse campo, sustentando uma gama de práticas distintas, que atuam ao mesmo tempo, mas cujos efeitos divergem de maneira considerável.

Neste sentido, diferentes entidades questionam o uso das IPC e também sua proximidade com as *medidas de segurança*. Como exemplo, temos o citado texto divulgado pelo CRP-SP (2014) sobre a banalização destas práticas e a persistência de moldes asilares e manicomiais em saúde mental, trazendo reflexões sobre como a RAPS prevê o uso da IPC. O relatório de inspeção realizada nos *manicômios* brasileiros realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) com participação da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e da Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA) denuncia a realidade cotidiana dos espaços institucionais que cumprem a determinação de medidas de segurança. Devido à expansão do número de IPC e a similaridade prática que assume com as medidas de segurança, faz-se necessário caracterizar o que se entende por medida de segurança:

> "uma modalidade de sansão penal com finalidade exclusivamente preventiva, e de caráter terapêutico destinada a tratar inimputáveis e semi-imputáveis portadores de periculosidade com escopo de evitar a prática de futuras infrações penais" (Masson, 2014 p.859).

Para o uso desta sanção, deve ser necessário o ato infracional, com provas que levariam à condenação, mas que o caso não autoriza a imposição de pena ou culpabilidade. Sendo assim, a inimputabilidade, apesar de o código penal não defini-la propriamente, de acordo com Masson

(2014), pode ser caracterizada pela ausência de capacidade mental no momento de um ato ou infração e pela impossibilidade de autodeterminar-se no momento da infração.

Segundo o mesmo autor, as causas e critérios que identificam a inimputabilidade são múltiplas. A ***menoridade*** é uma delas, visto que o Brasil adota o critério cronológico que presume que pessoas com idade acima de 18 anos são imputáveis.

Os critérios ***biológicos*** também permeiam a inimputabilidade, abarcando a presença de problemas mentais, doenças mentais ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado. Este critério considera irrelevante se o sujeito, no tempo do ato infracional, estiver lúcido ou não. O laudo pericial tem alto valor, o que também significa que a doença se expressa pelo sujeito, ainda que lúcido e capaz de se autodeterminar. Esse entendimento carrega fortes implicações sobre a cidadania de portadores de transtornos mentais, visto que são tidos, aos olhos da Justiça, em função dos diagnósticos que carregam em detrimento de suas potencialidades políticas, intelectuais e subjetivas.

Outro critério para inimputabilidade inclui aspectos ***psicológicos***, e são incluídos nesta condição aqueles casos em que for demonstrada a incapacidade de perceber como ilícita a natureza de seus atos. É necessário pontuar que cabe apenas ao magistrado decidir quanto à inimputabilidade ou não.

E, por fim, estão os critérios ***biopsicológicos***, que consideram que aquele caracterizado como inimputável será submetido à *medida de segurança*, nos casos de sujeitos em que exista distúrbio mental constatado e a impossibilidade de aplicar pena o leva para recolhimento em manicômios judiciários (Masson, 2014; Coelho & Oliveira, 2014; Dornelles, 2015).

A este tempo, cria-se um campo de debates entre o discurso dos profissionais da saúde mental e dos magistrados, uma vez que para os últimos, a compulsoriedade pode ser uma forma de garantir o acesso à saúde; ao passo que para os primeiros, o processo de cuidado, que se baseia fortemente nos preceitos de vínculo e tratamento humanizado, pode ser prejudicado pela compulsoriedade – que fere o direito à autonomia e liberdade. Portanto, quando o direto à saúde se concretiza através de IPC, acaba-se criando um campo de práticas baseadas em judicialização de vínculos entre profissionais e usuários.

Esse debate dá visibilidade às polaridades acerca dos entendimentos sobre tratamento e saúde, os quais implicam em posicionamentos que, por vezes, não se materializam em processos de cuidado e promoção de práticas em saúde para essa população. Em termos de funcionamento do SUS, essa polarização demonstra como a intersetorialidade (aqui discutida entre a articulação entre os setores de justiça e saúde) ainda encontra muitos desafios dentro das políticas públicas em saúde mental.

Dornelles (2015), baseada no primeiro estudo censitário da população em hospitais de custódia, afirma que um terço da população que se encontra hoje internada nestes serviços não cumpre os critérios legais ou psiquiátricos que sustentam a necessidade de sua internação. Para a autora, um em cada quatro indivíduos nessa situação não deveria estar internado.

Através deste panorama, vemos que, especialmente no que se refere aos usuários de substâncias, estamos diante de um campo de ações que envolve muitos setores da sociedade – como, por exemplo, as Executivas regionais, que juntamente com o Ministério Público e a Justiça local apresentaram uma nova abordagem para essa problemática.). Tal abordagem, em tese, justificaria o uso das IPC como forma de assistência individualizada em saúde (Dornelles, 2015).

No entanto, como Coelho e Oliveira (2014) apontam, o uso de IPC para dependentes químicos é uma interpretação inconstitucional da Lei nº. 10.216, mesmo que mediante autorização judicial. Afirmam ainda que os moldes pelas quais as IPC vêm sendo requeridas pelo poder Executivo e corroboradas pelo Poder Judiciário violam os princípios constitucionais dos diretos da pessoa humana e da saúde, também considerados diretos humanos fundamentais. Os autores afirmam que "a internação compulsória de dependentes químicos, maiores ou menores de idade, não lhes garante o direito à vida, ao contrário, constitui violação do seu direito à saúde" (p.360).

Coelho e Oliveira (2014) destacam que a referida lei determina que, para que o juiz faça uso da IPC, é necessário que exista um laudo que ateste a necessidade de uma internação, sendo cabível ao mesmo juiz analisar o pedido e examinar as condições de segurança do estabelecimento para o paciente, os outros internados e os funcionários. As autoras afirmam que pouco se revela sobre o paciente neste momento, especialmente parecendo ser o encaminhamento e o laudo médico baseados apenas em um momento de crise. A este respeito, vale lembrar que muitos casos de crise não precisam ser tratados especificamente via internação, conforme a própria lei apresenta, devendo ela ser um recurso utilizado apenas quando todas as outras formas de tratamento tiverem sido insuficientes.

No que se refere ao entendimento inconstitucional apresentado pelas autoras (Coelho e Oliveira, 2014), estas questionam o uso da IPC para usuários de substâncias, os quais não deveriam ser tratados da mesma forma que os doentes mentais. Em suas palavras, "muito embora seja essa a única situação prevista em lei para a internação compulsória no direito brasileiro – e atente-se: de portadores de doença mental e não de dependentes químicos –, na prática, os atores jurídicos ignoram a regra basilar do princípio da legalidade e ampliam as hipóteses para os dependentes químicos" (p. 361). As autoras questionam, ainda, o fato de uma legislação que é fruto da reforma psiquiátrica brasileira e tinha como preceitos a

desospitalização estar sendo utilizada para justificar a internação de usuários de substâncias e o aumento de leitos para essa população. Estas autoras defendem que a IPC deve ser um recurso utilizado apenas para pacientes com transtornos mentais que tenham cometido atos infracionais, como uma medida de segurança.

As distinções acima apresentadas são necessárias para o entendimento do campo-tema deste estudo, constituído pelo cotidiano dos profissionais de saúde mental que trabalham com casos de IPC. Além disso, propomos que a compreensão desse mesmo campo é atravessada pelas políticas apresentadas pela RAPS (Brasil,2011) e pela Lei 13.146, que versa sobre a Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Nesta legislação é tido como pessoa com deficiência:

> aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (Brasil, 2015).

Nesta legislação a palavra transtorno é usada de acordo com o CID-2010, justificada por Requião (2015, p. 03) com base nos seguintes fundamentos:

> O termo ‘transtorno’ é usado por toda a classificação, de forma a evitar problemas ainda maiores inerentes ao uso de termos tais como ‘doença’ ou ‘enfermidade’. ‘Transtorno’ não é um termo exato, porém é usado aqui para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis associados, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais. Desvio ou conflito social sozinho, sem disfunção pessoal, não deve ser incluído em transtorno mental, como aqui definido.

Nesta legislação são considerados incapazes de exercer atos a vida civil os menores de 16 anos, os ébrios habituais ou viciados em substâncias psicoativas (SPA) e, no caso de pessoas acometidas por transtornos mentais, por causa permanente ou transitória, quando estas não puderem exprimir sua vontade. Dessa maneira, quanto ao portador de transtorno mental, essa legislação não o prevê como automaticamente incapaz, uma tentativa de acordo com Requião (2015) de resgatar a cidadania e a igualdade de direitos para esses sujeitos que historicamente tiveram essas prerrogativas negadas.

No entanto, o mesmo autor aponta que apesar da separação e distinção entre transtornos e incapacidades, os portadores de transtornos mentais podem vir a ter a autonomia e capacidades limitadas para a prática de certas atividades, ou ter que viver em regime de curatela, “ainda que pelo menor período de tempo possível” (Requião, 2015). Essa expressão no campo

da saúde mental é vaga e imprecisa, visto que não propõe prazo concreto para a efetivação de tais sanções civis, que certamente causam efeitos na vida das pessoas sancionadas.

Entendemos, com base na análise da literatura pesquisada, que, na atualidade, a discussão sobre o tratamento compulsório se apresenta através de discursos muitas vezes incomensuráveis, os quais criam a necessidade de se refletir sobre temas como liberdade, autonomia, direito e, numa esfera mais específica, sobre a própria efetividade e resolutividade dos atendimentos nesses casos. Certamente, essas questões trazem importantes desafios aos profissionais de saúde, os quais precisam, em seu cotidiano, encontrar respostas criativas para o adequado cuidado dos usuários que chegam aos serviços via processos de internação compulsória.

1.5 A prática profissional no contexto das internações involuntárias e compulsórias

As recentes mudanças nas políticas e práticas em internações psiquiátricas compulsórias e involuntárias descritas até aqui tendem a enfatizar a perspectiva dos pacientes envolvidos. No entanto, deve-se também discutir a perspectiva das equipes profissionais quanto às condições de trabalho, implicações éticas e concepções sobre a prática e sua efetividade nesse contexto.

Nesta seção, discutiremos a prática profissional nas situações de internações involuntárias[3] e compulsórias, focalizando alguns desafios que este tipo de tratamento impõe aos usuários e às equipes de saúde. Esta discussão está embasada em estudo da literatura, realizado com base em artigos localizados através de pesquisa nas bases de dados: *PsycInfo*, *Lilacs*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *PubMed*, utilizando como descritores "internação compulsória de doente mental", "pessoal de saúde", "internações psiquiátricas compulsórias" e "profissionais de saúde mental", e seus equivalentes em inglês.

Para discussão nesse capítulo, apresentamos apenas os estudos que julgamos mais relevantes para o contexto brasileiro e também os que, de alguma forma, ilustram como essa temática vem se desenvolvendo em outros países. De acordo com Rios (2011), conceitos, formas de lidar ou de se comportar são construídos socialmente, sendo que "cada sociedade possui seu *ethos*, ou se compõe de um conjunto de *ethos* que conferem um caráter àquela

[3] Mesmo que as internações involuntárias não sejam o objeto específico de estudo desse trabalho, elas serão referidas em alguns momentos desta seção porque alguns artigos pesquisados as apresentam juntamente com as internações compulsórias.

organização social" (p.31) Por isso, acreditamos que, apesar das diferenças entre o contexto brasileiro e internacional, estes estudos podem de alguma forma contribuir para novas reflexões e desenvolvimentos nesse tema. Assim, ainda que a maioria dos estudos internacionais que abordam o tema esclareça sobre o processo de tratamento compulsório, é necessário levar em conta as diferenças históricas, sociais, culturais e políticas entre esses contextos. Por exemplo, as legislações em torno de tratamentos psiquiátricos variam de acordo com cada país. Em alguns, a legislação atribui ao próprio médico a decisão sobre a internação compulsória caso o paciente não esteja apto a decidir. Em outros, prevalece a liberdade de escolha do paciente.

Conforme assinala Høyer et al (2002), a centralização da decisão acerca do tratamento compulsório na figura do médico gera um debate, ainda longe de encerrado, sobre a competência dos pacientes para a tomada de decisão quanto ao tratamento, e sobre as equipes de saúde mental interessadas em oferecer o melhor tratamento possível, as quais têm que levar em conta a proteção das liberdades individuais dos pacientes competentes. Segundo o autor, a ética médica define que o profissional médico tem a obrigação moral de reduzir o sofrimento do indivíduo. Isso, somado a uma crença de que pacientes que sofrem de graves transtornos mentais geralmente estão incapazes de compreender a necessidade do tratamento, tende a justificar intervenções paternalistas, realizadas em benefício da saúde do indivíduo ou mesmo de um grupo social, mas que excluem esses sujeitos do processo. Por outro lado, Trobec, Herbst e Zvanut (2009) ressaltam que, ainda que violem a autonomia dos pacientes, tratamentos coercitivos são aceitáveis do ponto de vista dos profissionais e da sociedade quando o paciente oferece risco a si mesmo ou a outros, e quando sua capacidade de tomar decisões está prejudicada.

Dentro dessa perspectiva, Tan e Elphick (2002) desenvolveram uma matriz de competência para auxiliar os profissionais nesse processo de decisão. Essa matriz clarifica os critérios presentes nas legislações da Inglaterra e País de Gales e avalia se o paciente é competente ou não para decidir sobre o tratamento. Mesmo que seja competente, se o paciente oferecer risco a si mesmo ou aos outros, a internação compulsória é indicada. O mesmo vale para os avaliados como incompetentes, com o acréscimo de que esses podem ser internados, baseando-se na lei comum (*Commom Law*), se for identificada uma situação de emergência.

Na Suécia, a legislação permite reter o paciente em unidade psiquiátrica em casos nos quais este sofra de transtorno mental ou em que seja avaliada a necessidade de tratamento em tempo integral; quando o paciente se opõe ao tratamento; devido à presença de doenças; ou pela incapacidade de tomar decisões. Também é avaliado o risco de lesão para outras pessoas. Após análise desses aspectos, o médico emite um certificado que permite a execução de um

tratamento compulsório, que também pode ser chamado de involuntário ou coercitivo (Alexius, Berg, & Aberg-Wistedt, 2002).

Alexius, Berg e Aberg-Wistedt (2002) examinaram admissões compulsórias em uma unidade de emergência psiquiátrica sueca e verificaram que o fator mais importante na decisão do médico pelo tratamento compulsório era a gravidade dos sintomas apresentados. O risco suicida também apareceu como forte determinante, enquanto o risco para outras pessoas não foi avaliado como um dos determinantes mais importantes. Esses tratamentos podem colocar os médicos em contradição quanto aos princípios da beneficência (proporcionar benefício ao paciente) e da autonomia, uma vez que pode ir contra a vontade do paciente de se submeter ao tratamento. Na análise desses princípios éticos, os médicos que optam por esse tipo de tratamento valorizam mais os benefícios que os pacientes podem obter.

Mas realizaram um estudo com psiquiatras suecos da região de Estocolmo sobre questões éticas relacionadas ao uso de tratamentos involuntários em saúde mental. Os participantes foram entrevistados sobre experiências e pontos de vista sobre tratamentos involuntários psiquiátricos e a autonomia dos pacientes tratados. Os autores apontam que as respostas dos entrevistados se dividiam no que se refere ao cuidado quanto à abstenção em prestar um tratamento contra a vontade do paciente e a prestação de cuidados de forma involuntária. Estes autores também consideram que, no contexto sueco, os tratamentos involuntários são tidos como uma exceção. Todavia, assim como a lei de saúde mental brasileira, a legislação sueca também deixa espaço para julgamentos individuais sobre a deliberação ou não de tratamentos involuntários. Para os psiquiatras suecos entrevistados nesse estudo, essa decisão deveria ser tomada levando em consideração o risco que a aliança terapêutica pode sofrer quando da prescrição do tratamento involuntário, em oposição aos casos em que se presume que o paciente pode ser tratado – mesmo que contra sua vontade – em nome do melhor cuidado.

A este respeito Romans et al (2004) afirmam que o risco de afetar o vínculo não é válido sendo superado durante a evolução do tratamento. No que se refere a pacientes suicidas, psicóticos que não percebiam a necessidade de tratamento eram tidos como exemplos paradigmáticos para casos de intervenções involuntárias justificadas. Apesar disso, houve ambivalência entre os psiquiatras entrevistados quanto ao tema do suicídio, sendo que para alguns o risco de suicídio poderia não ser suficiente para justificar o cuidado involuntário. Os participantes também argumentaram que, muitas vezes, fatores organizacionais levaram a tratamentos involuntários que poderiam ter sido evitados caso fossem oferecidos aos pacientes formas educativo-organizadoras de cuidado (Sjöstrand et al, 2015).

No Reino Unido, Marit et al. (2014), considerando a escassa literatura acerca dos níveis de humilhação vivenciados por pacientes durante internação hospitalar psiquiátrica e possíveis implicações para a prática clínica, desenvolveram um estudo com o objetivo de explorar a associação entre a auto-avaliação dos pacientes sobre humilhação, níveis sociodemográficos e psicopatologia durante uma internação de emergência psiquiátrica. Nos resultados, os autores apontam que o alto nível de humilhação percebida durante o processo de admissão estava relacionado, principalmente, a fatores do próprio paciente, como, por exemplo sexo, idade e diagnóstico. Ainda assim, os autores afirmam que admissões psiquiátricas compulsórias deveriam ser evitadas, buscando-se proteger a autoestima dos pacientes envolvidos.

Para Lazare e Levi (2011, citado por Marit et al, 2014) a humilhação pode ser definida como uma resposta emocional relativa à percepção de que uma pessoa ou grupo impõe a outra uma posição inferior na qual não esta não recebe o direito ou a dignidade que acredita merecer. Para Marit et al (2014), esta definição está baseada na experiência de ter passado por um tratamento injusto e imposto por outros. Em uma segunda definição, proposta por Torres e Bergner (2012, citado por Marit et al, 2014) a humilhação estaria baseada na experiência de perder o *status quo*, que é um elemento central na humilhação, já que perder este *status* anula a possibilidade do indivíduo ter suas escolhas validadas na relação com os outros ou nos locais em que a humilhação acontece. Para Marit et al (2014), estas duas definições contemplam um aspecto comum, que considera a presença de um transtorno mental associado como fator de risco para o paciente perceber-se humilhado caso a imposição da internação ocorra na frente de outras pessoas (principalmente nos casos de mulheres com esquizofrenia e depressão). No estudo de Svindseth et al (2007, citado por Marit et al, 2014), também realizado na Noruega, a análise dos relatos de pacientes demonstra que a percepção da humilhação durante as IPC também foi relacionada ao uso de força.

Mann, Fischer e Johnson (2014), estudando a variação étnica dos pacientes internados compulsoriamente no Reino Unido após o primeiro surto psicótico, apresentam indícios de que esse tipo de encaminhamento estava mais presente em populações negras. Por outro lado, Eytan et al (2013) afirmam que, no Reino Unido, as internações compulsórias são mais usadas para pacientes do sexo feminino, com histórico de uso de substâncias, transtornos afetivos ou sintomas psicóticos. Estes estudos sugerem a necessidade de maior investigação sobre como as internações compulsórias se relacionam a questões de etnia e gênero.

Para os tratamentos coercitivos, Trobec, Herbst e Zvanut (2009) avaliam que há duas abordagens clínicas que guiam as ações dos profissionais de saúde: a *abordagem ética dominante* e *a abordagem ética relacional*. A abordagem ética dominante se baseia nos

pressupostos de que as pessoas têm a capacidade de autogoverno, e na igualdade de direitos entre pacientes e profissionais. Essa abordagem procura delimitar influências ou coerções durante o tratamento e definir quais atos são transgressões contra a autonomia, além de desenvolver critérios para classificar um paciente como incompetente e/ou perigoso. Já a abordagem ética relacional pressupõe que a influência é inerente na relação clínica, e todas as decisões acerca do tratamento são subjetivas. Isso contrasta com a abordagem ética dominante, que prevê apenas um ponto de orientação, o do médico. A abordagem ética relacional é compatível com situações da prática clínica em que médicos e pacientes são considerados pessoas distintas, e a intuição moral ou a prescrição mais adequada do ponto de vista médico é respeitada, mas é realizada uma forma de negociação quanto à indicação para o paciente. De acordo com Vuckovich e Artinian (2005, citado por Trobec, Herbst, & Žvanut, 2009), os enfermeiros psiquiátricos orgulham-se de usar suas habilidades relacionais e de negociação para evitar a coerção pela negociação, mas também sentem desconfortos éticos na impossibilidade de evitar o tratamento forçado e precisam, assim, justificar suas ações. Para os autores, a abordagem relacional encoraja os clínicos a avaliar o uso de influência presente na relação médico-paciente como uma decisão ética, o que fornece um método real para a prática clínica diária, que exige um manejo específico para cada situação.

O contexto das IPC e IPIs pode oferecer condições de trabalho adversas para os profissionais de saúde. Evans et al (2005), em estudo realizado no Reino Unido, compararam assistentes sociais que lidam com internações involuntárias (esses profissionais são os principais agentes deste tipo de processo no país) com assistentes sociais que não lidam com essa problemática, quanto à percepção sobre seu trabalho. Os autores concluíram que os primeiros trabalhavam por mais horas, recebiam menos suporte e se mostravam mais insatisfeitos e com vontade de deixar o emprego. Além disso, apresentavam altos índices de exaustão emocional, ainda que nesse ponto eles não se diferenciassem dos colegas que não estavam envolvidos no contexto psiquiátrico.

No que se refere ao contexto brasileiro, Coelho e Oliveira (2014) afirmam que o uso da IPC para pacientes dependentes químicos é fruto de uma interpretação inconstitucional da lei nº. 10.216, uma vez que consideram que o dependente químico possui um *status* diagnóstico diferente do paciente com transtorno mental. Além disso, afirmam que a IPC é forma de realizar higienismos sociais, retirando dos espaços urbanos populações marginalizadas e usuárias de drogas. Nesse sentido, Novaes (2014) e Holzinger, Kaup e Gutiérrez-Lobos (2002) apontam que o uso de IPC para usuários de drogas acarreta uma segregação inconstitucional dessas populações e contribui para a estigmatização desses usuários. Coelho e Oliveira (2014) afirmam

ainda que esse tipo de medida é insatisfatório sob o ponto de vista dos profissionais de saúde, e pode claramente ser percebida como uma violação dos direitos humanos. Para Barret et al (2013) o uso da IPC é de alto custo para os serviços de saúde e impõe sofrimento para familiares e pacientes devido ao afastamento da rotina do usuário.

Hall et al (2012) afirmam que, durante o século passado, alguns países aprovaram leis que permitiam a detenção compulsória para indivíduos dependentes na forma de tratamento compulsório para dependência. Estados australianos e americanos legislaram a favor de tratamentos compulsórios para os dependentes no final do séc. XIX e início do século XX. Nos Estados Unidos, viciados em heroína eram enviados para seis meses de tratamento compulsório em hospitais públicos para desintoxicação, sendo que não eram oferecidas alternativas convencionais em tratamentos comunitários. Esta abordagem de aprisionamento apresentou evidências de falta de efetividade e, consequentemente, esse tipo de tratamento foi abandonado ou caiu em desuso na maioria dos países desenvolvidos por duas razões principais: falhavam em efetividade contra a dependência e a maioria dos pacientes acabava retornando para o uso de drogas; e devido ao fato desse tipo de abordagem ser criticada por violar os direitos humanos dos usuários de substâncias. Poucos países ainda mantêm esse tipo de abordagem, como a Rússia e a Suécia, mas não sem antes haver uma rigorosa avaliação quanto à eficácia ou segurança dessa proposta de tratamento.

Abordando o contexto brasileiro, pode-se avaliar que, se por um lado as internações involuntárias e compulsórias já estavam previstas no Decreto de 1934, por outro, a forma como essas demandas são atendidas vem passando por recentes transformações. Por exemplo, Scisleski e Maraschin (2008), em estudo realizado em um hospital psiquiátrico de Porto Alegre entre 2002 e 2006, constataram que houve aumento do número de pacientes internados compulsoriamente para o tratamento de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas. No final desse período, 42% dos casos de internação compulsória ocorridos no período do estudo foram enquadrados nesse diagnóstico. Na história da instituição, esse tipo de encaminhamento era mais comum para pacientes com transtornos psicóticos. Dessa maneira, os profissionais passaram a lidar com uma clientela encaminhada por ordem judicial, e frequentemente com um histórico de uso abusivo de drogas, conflitos com a lei e situações de marginalidade social.

Mais recentemente, de acordo com Scisleski e Maraschin (2008), as instituições jurídicas passaram a interferir na área de saúde mental também de crianças e adolescentes, constituindo uma nova via de acesso ao tratamento psiquiátrico. Assim, a internação compulsória cumpre, de acordo com as autoras, duas funções: o já estabelecido acesso ao

serviço de saúde e também uma maneira de punição, já que isola e priva da liberdade. As autoras avaliam que as internações compulsórias fazem parte de uma ineficiente política imediatista que não cumpre o que pretende, uma vez que as reinternações são frequentes.

Essas internações podem gerar dificuldades para os profissionais. Por exemplo, Moreira e Loyola (2010), em pesquisa com a equipe de enfermagem de uma instituição psiquiátrica, pública e universitária da cidade do Rio de Janeiro, apontaram dificuldades desses profissionais com as internações involuntárias. Ações específicas para essa clientela não são planejadas. Ainda que a equipe de enfermagem esteja presente na rotina de cuidados, os participantes mencionam possuir pouco espaço diante da equipe multiprofissional, assim como pouca participação no momento da internação involuntária, apontando a necessidade de serem incluídos neste processo. Por fim, há relatos sobre a dificuldade de trabalhar com pacientes que responsabilizam os profissionais por estarem submetidos a uma internação contra sua vontade (Moreira & Loyola, 2010, 2011).

Os problemas com os atendimentos das internações compulsórias e involuntárias podem surgir também fora do setor terciário da saúde. Brêda e Augusto (2001) apontam que, entre profissionais da atenção primária, a atuação estaria marcada, muitas vezes, por uma banalização da doença mental e do uso das internações, associados ao despreparo dos profissionais, que carecem de capacitação e treinamentos quanto às realidades e necessidades das populações locais.

No que se refere ao controle do uso de drogas, a detenção compulsória de usuários vem sendo implantada em muitos países em desenvolvimento com sérios problemas de abuso de drogas, tais como: Camboja, China, Mianmar, Tailândia e Vietnã. Esses centros são criticados por violação dos direitos humanos, pela OMS e pelas Nações Unidas. Além disso, as autoridades nesses países nem sempre permitem inspeções independentes.

As críticas a esse tipo de intervenção nos países citados anteriormente são feitas a partir de estudos baseados em entrevistas com ex-moradores e membros da equipe. Esses estudos se preocupam principalmente com a forma como os centros conseguem funcionar juridicamente. Não existem revisões independentes ou recursos quanto à admissão, por vezes os centros são dirigidos por militares, seguranças ou policiais; o tratamento fornecido não inclui o uso de medicações para desintoxicação; exige trabalho físico pesado, abuso físico e psicológico e retenções de alimentos como forma de punição para não cumprimento de requisitos. Há pouca, se alguma, supervisão médica, as condições são avaliadas como insalubres e a liberação ou alta costuma estar atrelada mais a um prazo fixo do que as condições clínicas do paciente. De acordo com Hall et. al (2012) esses centros são “prisões com outro nome”. A OMS e o Escritório

das Nações Unidas sobre crimes e drogas afirmam que os centros de detenção em muitos países em desenvolvimento violam os direitos humanos dos usuários de drogas.

Ainda de acordo com Hall et. al (2012), os centros de detenção dos países em desenvolvimento fazem pouco para reduzir essas condições insalubres e em consequência disso podem ampliar os problemas de saúde que as drogas causam nesses países. Na ausência de tratamentos efetivos, existem altas taxas de recaídas para as drogas após a liberação e altos índices de HIV entre os participantes desses centros. Os recursos destinados para dirigir esses centros não são capazes de prover ações de saúde efetivas para a prevenção de viroses transmitidas pelo sangue entre usuários de drogas injetáveis.

Ainda segundo os autores, países que são afligidos por sérios problemas de drogas ilícitas urgem pela substituição da detenção (que é realizada sem triagem, com uso desintoxicação forçada e trabalho obrigatório), que é antiética e desumana aos usuários de drogas, por formas mais efetivas de tratamentos que sejam fornecidos de forma humana na comunidade ou de forma voluntária e por equipes especializadas (Hall et al, 2015).

Shao, Xie e Wu (2012) apontam que no caso da China, devido ao histórico de desassistência na saúde mental, muitos usuários se afastaram dos serviços de tratamento. Mudanças na legislação no que se refere à saúde mental vêm sendo implementadas e as IPC só podem ser prescritas por médicos especializados em psiquiatria.

De acordo com Gil (2013), a liberdade é um direito fundamental do ser humano e envolve o direito da pessoa decidir o tipo de tratamento a que será submetida durante uma enfermidade. Esta liberdade está consagrada em diferentes leis através do princípio do consentimento informado. Contudo, no campo da psiquiatria não é incomum encontrar pacientes que tem cessada de maneira temporária ou definitiva a capacidade de decidir sobre seu tratamento. Muitas dessas pessoas acabam sendo internadas em unidades de hospitalização fechadas. Em muitos países existem legislações que permitem realização de tratamentos *ambulatoriais involuntários*, nos casos em que a lei estiver resguardando o direito dos pacientes.

Na Espanha, a situação legal dos tratamentos ambulatoriais involuntários não está resolvida. Gil (2013), ao analisar a situação legal espanhola, afirma que existem duas formas de tratamento involuntário: a internação psiquiátrica involuntária e o tratamento involuntário ambulatorial dentro da legislação penal, como uma medida penal alternativa. Caso seja necessário forçar o tratamento, isso se fará da maneira menos restritiva possível. Porém, aquele que for sancionado a tal medida tem o direito de dispor de defesa e interpor um recurso de apelação. O médico, por sua vez, tem a obrigação de manter o juiz informado periodicamente

sobre a pertinência de manter a medida, e deve informar-lhe em caso de alta. Nestes casos, parece que o médico pode decidir sobre a alta. No Brasil, a alta na IPC pode ser concedida, em alguns casos, apenas mediante a autorização do juiz que faz o encaminhamento; em outros casos, a alta pode ser definida pela equipe que trata o paciente. Essa distinção, na maioria das vezes, vem discriminada na autorização de internação hospitalar (AIH).

Gil (2013) destaca a Convenção de Oviedo sobre Direitos Humanos e Biomedicina de 1997, que assinala que uma intervenção no âmbito da sanidade só poderá ser efetuada depois que o indivíduo afetado tenha dado seu livre e inequívoco consentimento, após receber a informação adequada. No mesmo texto, assinala que pessoas com graves transtornos mentais somente poderão ser submetidas a uma intervenção sem o seu consentimento se a mesma tiver como objetivo tratar esse transtorno, e quando a ausência desse tratamento seja um risco para sua saúde. A Convenção também define os seguintes critérios para realização de um tratamento involuntário: a pessoa deve ter um transtorno mental; seu estado deve se configurar como um risco real de dano grave a si mesmo e a terceiros; e o tratamento deve ter uma finalidade terapêutica, sendo o menos restritivo possível (Gil, 2013). Neste sentido, entrevistas com psiquiatras americanos, noruegueses e suecos apontam que o risco para si ou para outros também é um elemento que justifica o uso de internação involuntária. (Sjöstrand et al, 2015).

Para Gil (2013), existe um "vazio legal" importante tanto em nível de internação involuntária como também no tratamento ambulatorial involuntário, com leis pouco concretas que dão margem a interpretações livres e deixam desprotegidos tanto os pacientes quanto os profissionais. Segundo o autor, em muitos países, tratamentos ambulatoriais involuntários são alternativos ao uso da internação. Na Inglaterra, País de Gales, Alemanha, França, Portugal, Luxemburgo, Bélgica e diferentes estados dos Estados Unidos e Canadá, "depois de cuidadosa supervisão" ou "liberação condicional", o tratamento ambulatorial involuntário funciona como alternativa no pós-alta de uma unidade de tratamento fechada. Em outros casos, o tratamento ambulatorial involuntário é preventivo, ou seja, é prescrito para que riscos ao paciente ou terceiros possam ser evitados. Para se aplicar este tipo de Tratamento ambulatorial involuntário deve-se cumprir os seguintes requisitos: que o paciente tenha mais de 18 anos; que sofra de algum transtorno mental; que haja um julgamento clínico atestando a incapacidade do paciente sobreviver com segurança na comunidade sem supervisão clínica; que conste um histórico de falta de compromisso com o tratamento do transtorno mental, caso o paciente devido a sua doença mental seja incapaz de comprometer-se voluntariamente aos tratamentos propostos. Sendo possível que ele se beneficie do tratamento ambulatorial (Gil, 2013).

Kisely e Campbell (2014), baseando-se nas evidências atuais, afirmam que tratamentos comunitários involuntários não podem ser tomados como um padrão alternativo de cuidado. No estudo desses autores, o tratamento comunitário involuntário pareceu não demonstrar diferenças significativas em relação a outros tratamentos disponíveis. Além disso, não se pode notar diferença na qualidade de vida ou funcionamento social comparado aos tratamentos padrões. Afirmam que também não há relações de custo/eficácia. Porém, os pacientes que receberam esse tipo de tratamento apresentaram menos probabilidades de serem vítimas de crimes e violências.

Segundo Kisely e Campbell (2014), este tipo de tratamento seria inconcebível para qualquer outro grupo de pacientes que não os psiquiátricos graves. Tratamentos comunitários forçados para pessoas com transtornos mentais graves são usados em muitos países como Austrália, Israel, Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos. Existem argumentos que sugerem que o tratamento comunitário obrigatório é menos restritivo do que a internação psiquiátrica, que muitas vezes podem se repetir. Porém, os que se opõem a esse tipo de tratamento argumentam que o mesmo está baseado em ênfases maiores no controle, contenção e ameaça. Além disso, esse tipo de imposição ameaçaria a aliança terapêutica entre profissionais e pacientes e acabaria por distanciar os pacientes dos serviços.

Em alguns países, a não adesão ou periculosidade são colocadas como fatores que justificam o uso desse tipo de medida. Porém, em outros países como os Estados Unidos, o tratamento involuntário obrigatório não permite o uso de medicações forçadas. Kisely e Campbell (2014) fizeram uma revisão da literatura para pesquisar a relação de custo/benefício do uso de tratamentos comunitários obrigatórios para pessoas com transtornos mentais, em termos de uso nos serviços de saúde ou de resultados para os pacientes. Demonstram que, para os pacientes com doenças mentais graves e seus cuidadores, existem questionamentos quanto ao por que desse uso e defendem tratamentos mais eficazes. Porém, para os médicos e organizadores dos serviços de saúde a redução do número de internações hospitalares são relevâncias fortes da eficácia dos tratamentos obrigatórios comunitários.

No que se refere ao Brasil, Salgado (2014) afirma que, na ausência de enquadramento de crianças e adolescentes nas esferas de cuidado assistencial, a Justiça convoca a Saúde – de forma impositiva – para que uma solução seja encontrada. Dessa forma, intervenções em saúde mental podem se tornar um instrumento de controle social, na medida em que validam as decisões judiciais e descredenciam a opinião das equipes de saúde. Para a autora, outro ponto sensível acerca do uso de IPC para menores é o fato de que, muitas vezes, as famílias são pouco participativas durante o processo de cuidado com as equipes envolvidas. Salgado (2014) afirma

que, por consequência da ausência de parceria entre equipe e família durante o cuidado, há uma individualização do problema por parte da equipe, que atribui as motivações e as alterações de comportamento exclusivamente à doença mental. Assim, aspectos como as circunstâncias sociais e familiares não são vistas como contribuindo com o problema.

No que se refere ao exercício da ética durante a prática profissional dos enfermeiros psiquiátricos, Leung (2002) afirma que fornecer assistência obrigatória é algo substancial na rotina desses profissionais. O autor evidencia que em muitos momentos de sua prática, conflitos éticos estão presentes, especialmente porque existe uma diferença muito grande de expectativas sobre o que é um transtorno mental, quais os direitos dessa população e as implicações que tratamentos forçados podem produzir nos direitos humanos.

Com base na análise da literatura apresentada nessa introdução, podemos concluir que o campo das IPC está atravessado por diferentes e, por vezes, antagônicos discursos sociais acerca do cuidado em saúde mental, sustentando a construção de diferentes políticas e práticas. Como discutimos, diferentes países apresentam propostas distintas em relação ao uso das IPCs, refletindo sobre seus desafios legais, clínicos e éticos.

Além disso, como apontado por parte da literatura pesquisada, o uso das IPC tem caracterizado um desafio para os profissionais de saúde – em função de uma série de fatores: pela necessidade de articulação com outros setores (por exemplo, o sistema judiciário); pelo impacto que a condição de compulsoriedade ao tratamento pode ter na resposta dos usuários ao tratamento e à qualidade do vínculo – fundamentais no processo de cuidado; entre outros.

Assim, consideramos importante conhecer mais sobre como o recente aumento na demanda por internações compulsórias tem afetado o trabalho dos profissionais de saúde mental. Observamos, nos textos estudados, que poucos estudos têm focalizado a perspectiva dos profissionais de saúde quanto ao processo de internação psiquiátrica compulsória e quais os significados produzidos por eles, visto que esses significados se refletem na rotina dos participantes envolvidos. Como os profissionais de saúde têm manejado as situações envolvendo internação compulsória? A construção do cuidado apresenta mudanças em função da determinação judicial sobre a necessidade do tratamento? Que desafios as internações compulsórias trazem para a sua prática profissional no cotidiano? Estas são questões qualitativas importantes, que podem auxiliar na construção das políticas de saúde mental mais adequadas.

Estas questões se colocam como pano de fundo para o desenvolvimento da presente pesquisa, cujo objetivo geral apresentamos a seguir.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Este estudo tem como objetivo compreender de que maneira profissionais de saúde mental significam o trabalho que desenvolvem junto a pacientes em situação de internação psiquiátrica compulsória.

Como **objetivos específicos**, este estudo visa:

a) Conhecer de que maneira a equipe que atua com internação psiquiátrica compulsória significa sua relação com o paciente internado compulsoriamente;
b) Conhecer as potencialidades e dificuldades percebidas pela equipe no contexto do tratamento em IPC.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento teórico-metodológico

Esta pesquisa foi desenvolvida com base em uma perspectiva qualitativa, especialmente considerando as contribuições do movimento construcionista social em Psicologia. Entende-se, nessa perspectiva, que é através das práticas discursivas que ressignificações e novos sentidos podem ser produzidos, através da relação dialógica entre os interlocutores. Assim, a pesquisa construcionista focaliza o processo de produção de sentidos, e não seus resultados, uma vez que a produção do conhecimento se dá na fluidez das relações estabelecidas entre participantes e pesquisadores (Spink & Medrado, 2004).

Para Corradi-Webster (2014) a prática em pesquisa Construcionista social é realizada coletivamente por meio de *trocas linguísticas* capazes de produzir sentidos sobre algo, e que são compartilhados por uma comunidade discursiva. Sendo assim não são representações fidedignas da realidade, mas formas possíveis de compreender informações produzidas no contexto das pesquisas em ciências humanas, as quais são compartilhadas por uma comunidade em um momento histórico especifico e situado. Para Corradi-Webster (2014) o discurso do movimento construcionista social oferece modos de entendimento possíveis de pessoas, do mundo ou de alguma forma de experiência, os quais não têm a pretensão de serem generalizáveis como os estudos realizados em perspectivas positivistas em ciência. Dessa forma, de acordo com Spink & P.Spink (2014) a preocupação de uma pesquisa em uma perspectiva pós moderna não está na busca ou previsões futuras e sim em compreender o que acontece no agora, e quais as implicações políticas circunscritas no cotidiano.

De acordo com Moscheta (2013), a compreensão do movimento construcionista social em ciência depende de analisarmos o contexto sócio cultural que permitiu a sua emergência. Esse movimento pode ser identificado como pós-moderno em diversas formas de expressão como a arte, a cultura e a ciência. Nas palavras do autor:

> a pós-modernidade congrega um feixe de múltiplos discursos próximos e divergentes, com zonas de intersecção e oposição, cuja semelhança está no modo como se reconhecem enquanto possibilidades discursivas em oposição à narrativas explicativas únicas e absolutas. (p.24)

Dentro desse contexto de mudança de perspectiva, o Construcionismo Social surge como possibilidade nas ciências humanas, sendo fruto de três movimentos interdependentes: o primeiro deles na Filosofia, como uma crítica ao Representacionismo; em segundo lugar na Sociologia do Conhecimento, pela desconstrução da retórica da verdade; e, por fim, na política, pela busca de empoderamento dos grupos sociais marginalizados (Spink & Medrado, 2004).

De acordo com os pressupostos construcionistas sociais, as formas como conhecemos e experienciamos o mundo não necessariamente implicam em um retrato fiel da realidade, diferentemente da concepção empiricista da ciência positivista, a qual propunha que as teorias poderiam mapear a realidade. Assim, essa concepção empiricista é criticada por apresentar uma visão descontextualizada da realidade. Em contraposição à este projeto empiricista de ciência, Gergen (2009) propõe algumas premissas metateóricas, que nos auxiliam a compreender o porquê eleger como foco de investigação o processo de produção de sentidos nas relações humanas.

Em contraposição a essa concepção empiricista, a partir da definição de Gergen (2009, p. 301), a pesquisa construcionista social:

> Ocupa-se principalmente de explicar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam, ou, de alguma forma, dão conta do mundo em que vivem (incluindo-se a si mesmas). Busca articular formas compartilhadas de entendimento tal como existem atualmente, como existiram em períodos históricos anteriores, e como poderão vir a existir se a atenção criativa se dirigir neste sentido.

De acordo com o autor, aquilo que conhecemos ou experienciamos como mundo e realidade não determinam por si só o que algo é. Assim, o Construcionismo Social parte da dúvida radical com relação ao que é dado, seja na ciência ou no cotidiano da vida em geral. De acordo com Gergen (2009), “os termos que usamos para compreender o mundo são artefatos sociais, os quais são produtos historicamente situados do intercâmbio social” (P.301). O processo de compreensão de algo não se dá ao acaso ou por indução, ele é fruto de processos sociais, das relações humanas estabelecidas no diálogo. Nas palavras do autor, “a maneira como um construto prevalece ou se sustenta através dos tempos não é fruto de sua validade empírica” (Gergen, 2009). Assim, perspectivas, construtos e paradigmas podem ser abandonados na medida em que sua inteligibilidade passa a ser questionada dentro da comunidade de interlocutores.

Além disso, Gergen (2009) sustenta que as formas de compreensão negociadas a partir de diferentes discursos e práticas sustentam determinadas formas de ação no mundo, de modo que elas não podem ser compreendidas isoladamente ou descoladas de seu contexto. Para Spink

e Frezza (2004), a pesquisa construcionista se constitui em um convite a compreender as regras e convenções como realidades socialmente construídas e historicamente localizadas.

A partir da definição do Construcionismo e das premissas apresentadas, pode-se perceber a centralidade da linguagem (aqui estamos nos referindo à linguagem em uso) dentro desta perspectiva, existindo as correntes analíticas que focalizam as trocas linguísticas e as que focalizam o discurso. A primeira atém-se aos momentos ativos de uso da linguagem, quando as palavras ganham sua significação na relação entre interlocutores. A segunda atem-se ao discurso, o qual remete ao uso institucionalizado da linguagem, com significados relativamente estáveis. Os discursos podem competir entre si. Como discutimos nesse texto, diferentes discursos sobre saúde mental convivem na atualidade, sustentando práticas tão distintas quanto hospitalização compulsória e assistência comunitária.

Em um entendimento construcionista, compreende-se que é a partir das práticas discursivas que as pessoas em interação produzem sentidos e se posicionam em suas relações sociais cotidianas. Além disso, tais práticas possibilitam que momentos de rupturas e ressignificações e novos sentidos sejam produzidos, através da relação dialógica entre os interlocutores (Spink & Medrado, 2004; Pinheiro, 2004).

O conceito de sentido aqui utilizado é melhor explicitado por Spink e Medrado (2000, p.41) como:

> Uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas, na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e localizadas, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com os fenômenos a sua volta.

Para “produção de sentidos”, neste texto, adotamos a definição proposta por Spink e Medrado (2004): “a produção de sentidos é um fenômeno sociolinguístico, uma vez que o uso da linguagem sustenta práticas sociais geradoras de sentido” (p.42). Dessa forma, compreendemos que é através de práticas discursivas compreendidas como “a linguagem em ação”, que se definem “as maneiras pelas quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em suas relações sociais cotidianas” (p.45).

Considerando o foco no processo de produção de sentidos nas práticas discursivas, tal como descrito por Spink e Medrado (2004), uma orientação construcionista social para a prática de pesquisa busca incorporar uma perspectiva temporal acerca da construção do conhecimento, que inclui: a) a análise do tempo longo – reconhecendo a presença de linguagens ou discursos sociais, nas maneiras mais ou menos regulares de explicarmos o mundo a nossa volta; b) a

análise do tempo vivido – reconhecendo a presença de significados que são mais específicos e que fazem parte da história de vida de cada pessoa, circunscrita a um dado contexto e tempo; e c) o tempo curto – reconhecendo que o momento interativo permite possibilidades mais dinâmicas de negociação destes sentidos, marcado pelo diálogo entre diferentes vozes e interlocutores.

Em consonância com esse ponto de vista, de acordo com Guanaes e Japur (2008), existe um entrelaçamento entre a realidade e o discurso. A perspectiva construcionista social privilegia o modo como, através da participação em práticas discursivas, construímos sentidos sobre o mundo e nós mesmos. As investigações nessa perspectiva têm como foco o universo conversacional, o momento interativo em que os sentidos se apresentam e a maneira como tais discursos sustentam e constroem determinadas práticas sociais.

Em nosso estudo, a escolha por uma orientação construcionista social para a pesquisa se faz presente como um recurso para compreender como, nas práticas discursivas situadas no contexto específico da entrevista, profissionais de saúde mental constroem sentidos sobre a internação psiquiátrica compulsória e seus desafios no cotidiano, reconhecendo que os sentidos produzidos no contexto da entrevista guardam relação tanto com discursos sociais mais amplos já produzidos acerca desta temática (tempo logo e tempo vivido), como com o próprio momento interativo em que a produção destes sentidos se faz possível (tempo curto).

Dessa forma, o cuidado na explicitação, a partir de estudo da literatura, de como diferentes sentidos sobre saúde mental e internação psiquiátrica se construíram ao longo da história, sustentando diferentes práticas de cuidado na área; de como tais sentidos ainda convivem e dialogam com outras possibilidades discursivas sobre o cuidado em saúde mental; de como tem se dado o uso das IPC no Brasil e em outros contextos; e do papel do profissional no processo de cuidado; é fundamental, neste texto, para explicitar o processo de construção social da IPC como um recurso no cuidado em saúde mental. Consequentemente, este tipo de análise, abre espaço para questionamentos e reflexões. A IPC não pode ser tomada como algo natural, e sim analisada em função das contingências histórias e culturais que sustentam seu uso; e dos efeitos que este tipo de prática gera tanto na prática em saúde mental como também no entendimento social que esse uso acarreta.

De acordo com Gergen (2004), a produção de sentidos é um processo que se dá por meio de trocas sociais e linguísticas, e tais sentidos são geradores de práticas. Dessa forma, aquilo que é tomado como real ou certo é fruto de uma construção social compartilhada por um grupo de pessoas em determinado momento histórico. No campo da saúde mental, podemos pensar que aquilo que se entende ou se configura como uma prática de cuidado é fruto de

elaborações construídas e edificadas, ao longo do tempo, sobre o fenômeno considerado como uma manifestação de loucura. Nas palavras do autor "quando as pessoas definem o que é uma *realidade*, sempre falam a partir de uma tradição cultural" (p.21).

Ainda de acordo com Gergen (2004), ao estabelecermos diálogos e conversas construímos o mundo e a realidade em que vivemos, composta pelos costumes e tradições que tendem a ser mantidos ao longo do tempo. Neste sentido, o autor propõe que as coisas que tomamos como sendo óbvias e lógicas podem ser questionadas, e aquilo que consideramos um problema pode vir a ser pensado como uma oportunidade. No campo da saúde mental, esta proposta nos leva a refletir sobre novas formas e possibilidades de pensar que podem emergir acerca das doenças mentais e das práticas existentes para tratá-las.

Dessa forma nesse estudo não trataremos os sentidos produzidos com os profissionais de equipes de saúde do hospital psiquiátrico em que pesquisamos como únicos e sim como possibilidades de entendimento do fenômeno das IPCs no cotidiano dos profissionais e que foram desenvolvidas nas entrevistas e na relação com a pesquisadora. De acordo com McNamee (2012) tradição da pesquisa construcionista está centrada nos processos e realidades relacionais que são construídas de formas diferentes em diferentes tempos e lugares e que podem ser totalmente distintas em outras comunidades.

Por fim destacamos que como parte do referencial teórico-metodológico adotado para elaboração do presente estudo, optamos por adotar a noção de campo-tema proposta por P. Spink (2003), na qual o campo da pesquisa não se refere apenas um local específico; o campo é algo mais amplo, como a situação atual da IPC no Brasil e mais especificamente para os profissionais das equipes de saúde mental. O campo de pesquisa está dessa forma imerso tanto nas experiências vividas como profissional que lida com IPC, mas também como pessoa que participa de um momento histórico no qual o uso de IPCs tem adquirido maior visibilidade. Dessa forma, segundo o autor, o campo não é o local que circunscreve o estudo, e sim o contexto que engloba a prática das IPC em nossa sociedade.

3.2 Contexto, participantes e aspectos éticos

Esta pesquisa foi realizada junto a profissionais de saúde mental que lidam com internações compulsórias (feitas mediante ordem judicial) em seu cotidiano, em um hospital público psiquiátrico do estado de São Paulo. Este hospital presta assistência integral para

pacientes psiquiátricos em crise aguda e também desenvolve trabalho de ressocialização e reabilitação para pacientes de longa permanência no hospital. Para esse estudo trabalhamos apenas com setores de pacientes agudos, uma vez que os mesmos recebem a maioria dos encaminhamentos psiquiátricos compulsórios.

Primeiramente, entramos em contato com esse serviço de saúde a fim de apresentar o projeto e obter autorização para a realização do estudo. Posteriormente à apresentação e aprovação deste projeto pela coordenação do Hospital Pesquisado, o mesmo foi encaminhado e aprovado pelo o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP, conforme previsto na Resolução 466/2012 (Brasil, 2012). O Parecer Consubstanciado do CEP, aprovando esse projeto, segue no Anexo A.

Com a aprovação do projeto pela instituição e pelo CEP, foi realizado contato com as equipes para convidar os profissionais para participação no estudo. Nesta situação, foi apresentado o projeto, seus objetivos e foram esclarecidas possíveis dúvidas quanto aos procedimentos da pesquisa e às implicações dessa participação. O aceite dos participantes foi formalizado através da assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices A, B e C), por ocasião da realização das entrevistas (individuais e de grupo).

Foram convidados a participar da pesquisa os seguintes profissionais de saúde: gerentes administrativos de unidade, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem que atendessem internações psiquiátricas compulsórias na instituição em três unidades, as quais nomeamos por A, B e C[4]. Essas são as unidades que recebem pacientes em crise psiquiátrica aguda, e alguns desses encaminhamentos constituem internações psiquiátricas compulsórias.

Aceitaram participar deste estudo 36 profissionais de saúde mental alocados nas unidades acima citadas. O Quadro1 ilustra os participantes e as unidades a que pertenciam. Além dos participantes descritos no quadro, participaram da pesquisa os gestores das unidades A, B e C, e 01 assistente técnico administrativo. Portanto, participaram do estudo um total de **40 profissionais de saúde**.

Cabe destacar algumas pequenas especificidades de cada unidade.

[4] Optamos pela omissão tanto do nome das unidades do hospital pesquisado como também pela ocultação do nome desse hospital. Essa decisão visa cumprir o sigilo e proteção dos participantes quanto às informações reveladas nas entrevistas.

A unidade A recebe pacientes de ambos os sexos que estão nos primeiros surtos da doença. A Unidade B recebe pacientes que já têm mais que três internações. É válido salientar que muitos pacientes dessas duas unidades têm algum histórico de uso de drogas, e que a ala feminina também recebe pacientes dependentes de substâncias psicoativas. Por fim, as unidades C, com e sem comorbidades, se diferenciam pela situação de abuso e dependência de drogas, sendo que ambas acolhem apenas pacientes do sexo masculino.

Unidade – Período	Participantes
Unidade A1 – manhã	1 Psicóloga
	3 Auxiliares de Enfermagem
	2 Técnicos de Enfermagem
Unidade A2 - tarde	1 Enfermeira
	1 Assistente social
	3 Auxiliares de enfermagem
Unidade B1 - Manhã	1 Enfermeira
	1 Assistente Social
	3 Auxiliares de Enfermagem
Unidade B2 - Tarde	1 Médico Psiquiatra
	1 Psicólogo
	1 Enfermeiro
	1 Assistente Social
Unidade C1 - Manhã	1 Médico Psiquiatra
	1 Psicóloga
	4 Auxiliares de Enfermagem
Unidade C2 - Tarde	1 Psicóloga
	1 Enfermeira
	1 Assistente social
	1Terapeuta Ocupacional
	3 Auxiliares de Enfermagem
	3 Técnicos de Enfermagem
Total:	36 participantes

Quadro 1. Participantes e sua distribuição nas Unidades do Hospital

3.3 Procedimentos de constituição do *corpus*

O corpus de análise dessa pesquisa foi constituído por meio de entrevistas individuais e entrevistas em grupo (grupo focal), e por notas de campo como fonte secundária.

De acordo com Pinheiro (2004), as entrevistas são práticas discursivas historicamente situadas, nas quais sentidos são produzidos e negociados através do diálogo entre os interlocutores. Conforme McNamee (2012) o foco do posicionamento construcionista está baseado nos processos relacionais e nas formas pelas quais esses processos constroem possibilidades de entendimento.

As entrevistas (individuais e em grupo) foram realizadas utilizando um mesmo roteiro semiestruturado (Apêndice D), que oferecia algumas questões norteadoras, mas previa a possiblidade de que outras questões fossem formuladas, a fim de elucidar ou aprofundar os posicionamentos dos participantes. As entrevistas versavam sobre as seguintes questões: principais desafios no cotidiano da IPC, de que maneira as equipes lidavam com IPC, quais recursos existiam para atender a demanda de IPC e por fim quais sugestões os participantes propunham para o fenômeno clínico e social da IPC. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora, que também realizou pessoalmente todas elas.

Todos as entrevistas (individuais e em grupo) e foram áudio gravados em arquivo de MP3 (Gravador Coby CXR190-2G, patrimônio USP n.º 025489), para posterior transcrição.

As entrevistas foram realizadas dentro do espaço físico do hospital, no período de novembro de 2013 a junho de 2014, em datas estipuladas pelos profissionais. No caso dos grupos focais, os gerentes dos setores participaram do agendamento dos locais e dos horários, a fim de não comprometer o serviço prestado nas unidades.

Em consonância com as resoluções éticas previstas (Brasil, 2012), a fim de preservar o posicionamento dos participantes quanto à temática e dentro da instituição, foram realizados os grupos focais sem a participação dos gerentes das unidades, os quais foram entrevistados individualmente.

Grupos focais

O grupo focal é uma modalidade de entrevista em grupo, definida por Kind (2004) como uma técnica de coleta de dados adequada à investigação qualitativa, na qual, através da interação grupal, são produzidas informações que dificilmente seriam produzidos em uma

coleta individual, uma vez que oferece ao pesquisador a possibilidade de observar de que maneira os participantes se relacionam e interagem durante o processo grupal. Além disso, proporciona um contexto mais colaborativo de produção de sentidos, uma vez que, por meio da interação relacional, os sujeitos significam e compreendem os fenômenos do cotidiano (Spink & Medrado, 2004). No grupo focal, o pesquisador desempenha o papel de mediador, que tem a função de facilitador, buscando manter os participantes em interação a fim de obter os dados necessários à pesquisa (Kind, 2004).

Nesta pesquisa, a organização dos grupos focais foi feita da seguinte maneira:

1) Grupo com profissionais da unidade A: Foram realizados dois grupos nessa unidade o primeiro deles com a equipe do período da manhã e a segunda com a equipe do período da tarde. Optamos por essa separação devido à impossibilidade de compor um grupo com todos os funcionários ao mesmo tempo. O grupo A-manhã era composto por sete profissionais, sendo: um psicólogo, três auxiliares de enfermagem, dois técnicos de enfermagem e um enfermeiro. O grupo A-tarde esteve composto por cinco profissionais da equipe, sendo: três auxiliares de enfermagem, um enfermeiro e um assistente social.
2) Grupo com os profissionais da unidade B: Nesta unidade também foram realizados dois grupos, o primeiro deles com a equipe profissional da ala masculina e o segundo com a equipe de profissionais da ala feminina. Esse formato também foi repetido nessa unidade pela impossibilidade de compor um grupo com as duas equipes ao mesmo tempo. A composição do grupo B setor masculino teve cinco profissionais, sendo: um assistente social, um médico psiquiatra, um enfermeiro e um psicólogo. O Grupo B setor feminino teve quatro profissionais, sendo: um assistente social, um médico psiquiatra, um enfermeiro e um psicólogo.
3) Grupo com profissionais da Unidade C (com pacientes com comorbidade): Nesta unidade foi realizado apenas um grupo, pois ela tinha uma equipe completa apenas no período da manhã. Os profissionais participantes desse grupo foram: quatro auxiliares de enfermagem, um médico psiquiatra e um psicólogo.
4) Grupo com profissionais da Unidade C (sem comorbidades): Nesta unidade foi possível realizar um grupo único com os funcionários. No momento da apresentação do projeto e convite para a pesquisa esses funcionários se sentiram motivados e conseguiram um horário fora de suas escalas de trabalho para poderem participar da entrevista. Esse grupo foi composto de: um terapeuta ocupacional, um psicólogo, um assistente social, um enfermeiro, três técnicos de enfermagem e dois auxiliares de enfermagem.

Portanto, a constituição do corpus dessa pesquisa constituiu-se de **seis grupos focais**. Cada grupo teve duração aproximada de 90 minutos.

Os grupos foram agendados em horários sugeridos pela coordenação, mas acordados com a equipe como sendo o melhor horário para os profissionais. A pesquisadora buscou criar um clima amistoso e acolhedor, tanto no desenvolvimento dos grupos (deixando claro o caráter não avaliativo do estudo), como na garantia do conforto físico dos participantes (considerando que o trabalho era realizado no meio do expediente, era oferecido um pequeno lanche para os participantes – que ficava disponível na sala durante a conversa, evitando assim a necessidade de intervalos).

De um modo geral, houve uma boa adesão dos profissionais para participar dos grupos. Praticamente todos os profissionais convidados aceitaram participar. Apenas uma profissional preferiu deixar de participar, mas já com o grupo da unidade A Tarde em andamento, pois foi chamado para atender uma intercorrência e, assim, optou por não continuar no grupo, mesmo sendo informado de que poderia fazê-lo.

Nessa mesma unidade, houve um momento em que os participantes pediram para desligar o gravador, o que foi feito pela pesquisadora, o que excluiu as falas desse período do *corpus* de análise. Acreditamos que houve, de maneira mais evidente do que nos demais setores, um receio de se tomar posições pela temática discutida no projeto, mas, ao longo do grupo, esse mal estar se dissolveu e os participantes avaliaram o grupo como positivo, pela reflexão que a conversa entre os profissionais proporcionou.

Quanto ao agendamento dos grupos, houve desafios, especialmente quanto ao convite para a participação na pesquisa. Apenas na unidade C: “sem comorbidades” foi possível fazer esse convite dentro de uma reunião de equipe, na qual foi possível apresentar com mais detalhes o projeto desta pesquisa a todos os participantes simultaneamente. Acreditamos que essa apresentação inicial ajudou muito no contato posterior com os profissionais. Nas demais unidades, não foi possível a presença da pesquisadora nessa reunião anteriormente ao agendamento dos grupos. Em função disso, a pesquisadora disponibilizou uma cópia escrita do projeto de pesquisa para ser consultado pela equipe.

Ao final dos grupos foi feita uma avaliação verbal com os participantes cujo intuito era conhecer como havia sido participar de uma pesquisa elaborada a partir de um grupo focal. De modo geral os participantes avaliaram a experiência como positiva, além de uma oportunidade de conversarem sobre um tema que lhes era recorrente, mas que de certa forma nunca havia sido tão amplamente discutido dentro da equipe e avaliaram que foi um momento que produziu reflexões sobre a prática no contexto da IPC.

Entrevistas individuais

Além dos grupos focais, foram realizadas três entrevistas individuais com os gerentes dessas unidades e também uma com a assistente técnica em saúde do hospital, responsável pela intermediação entre esse e o judiciário. Essas entrevistas tiveram o objetivo de evitar que presença desses pudesse inibir ou causar desconforto nos demais profissionais, subordinados a eles nas unidades. Este cuidado foi adotado de modo a respeitar algumas diretrizes importantes acerca do manejo das interações em grupos focais, conforme literatura da área (Bogdan & Biklen, 1999; Kind, 2004), assim como por questões éticas, especialmente a garantia de certo sigilo dos conteúdos discutidos.

As entrevistas individuais seguiram o mesmo roteiro semiestruturado que os grupos focais, e foram marcadas em horários que não comprometessem as funções desses profissionais dentro da instituição. Foram entrevistados os gestores das unidades A, B e C e também um profissional do corpo administrativo da instituição que faz o contado desses gestores com o fórum.

Novamente, podemos dizer que houve uma boa adesão dos participantes, na medida em que todos os profissionais aceitaram participar. Da mesma forma, houve uma geral avaliação positiva desse processo, o que se refletiu dentro das entrevistas. Assim, a discussão dos temas ocorreu sem intercorrências ou desconfortos.

Notas de campo

Como fonte secundária, foram realizadas notas de campo, contendo informações sobre o contato com o serviço e com os profissionais, assim como impressões gerais e afetivas sobre a pesquisa e seu desenvolvimento. Essas notas foram utilizadas como dados complementares, auxiliando a contextualizar as informações sobre o contexto de realização do estudo.

3.4 Procedimento de análise do corpus

As entrevistas (individuais ou em grupo) foram gravadas em áudio (em arquivo MP3) e transcritas na íntegra e literalmente pela própria pesquisadora para posterior análise. As transcrições foram analisadas por procedimentos qualitativos, tendo como inspiração a proposta

teórico-metodológica desenvolvida por Spink e Lima (2004), que se refere à produção de sentidos nas práticas discursivas.

Realizamos a análise das entrevistas e dos grupos focais, através dos seguintes passos:

a) Transcrição das entrevistas, preservando-se a linguagem coloquial da fala dos participantes;
b) Leitura em profundidade das transcrições;
c) Construção de eixos temáticos, que nos permitissem fazer um recorte dos principais temas discutidos nas entrevistas;
d) Identificação dos diferentes sentidos construídos, na interação com os participantes, em cada um dos eixos temáticos;
e) Organização destes sentidos em Quadros, que permitem visualizar os sentidos produzidos e as possíveis implicações destes sentidos para a prática cotidiana destes profissionais.
f) Seleção de alguns trechos das entrevistas, como forma de ilustrar os sentidos construídos com os profissionais de saúde no processo de entrevista.

Nessa análise, sempre que possível, buscamos dar visibilidade à dinâmica temporal que atravessa o processo de produção de sentidos, incluindo a análise tanto dos sentidos referentes às linguagens ou discursos sociais mais amplos (tempo longo), como àqueles referentes à experiência de vida e profissão de cada entrevistado (tempo vivido) e às possibilidades de negociação que atravessam o próprio momento interativo (tempo curto), o que inclui a interação entre os próprios participantes do grupo, e entre esses e a pesquisadora. É importante destacar que este tipo de método tem sido usado tanto como recurso para análise de entrevistas individuais (Spink & Lima, 2004), como em grupo (Pinheiro, 2012).

É válido salientar que os resultados oriundos desta análise não são estanques, ou sugerem normas ou padrões nas relações dos profissionais envolvidos com as IPC, mas foram construídos através das práticas discursivas no momento da interação da pesquisadora com as equipes e gestores. Conforme Spink e Medrado (2004), a produção de sentidos é um empreendimento coletivo que se dá por meio de trocas dialógicas entre participantes e pesquisadores.

A escolha de analisar as informações produzidas durante pesquisa sem diferenciar as equipes profissionais entrevistadas pareceu mais adequada para os propósitos dessa pesquisa, já que a divisão em setores do hospital pesquisado é muito mais uma questão organizacional, do que propriamente em função dos perfis clínicos dos pacientes assistidos. Foi perceptível

através de uma pré-análise de todos os grupos focais com as equipes e das entrevistas individuais com os gestores dessas mesmas equipes, uma artificialidade na divisão de perfil dos setores, ou seja, que existe apenas em potência, mas que é regulada pela demanda, pelo fluxo de pacientes internados na instituição e pelo melhor acolhimento no decorrer das internações. Como exemplo disso, em muitos dos casos presentes nas entrevistas os pacientes se repetiam, visto que muitas vezes pelo longo período das internações a permanência em uma mesma unidade se tornava de difícil manejo para os profissionais e então havia uma permuta de pacientes entre as unidades.

Além disso, a união em um mesmo corpus permitiu garantir o sigilo dos participantes entrevistados, visto que caso a análise tivesse sido realizada seguindo uma divisão por unidades poderia haver a possibilidade de identificação dos colaboradores envolvidos nas entrevistas durante a pesquisa.

Antes do fechamento do processo de análise do *corpus* e conclusões da pesquisa, foi feita exposição da análise para os colaboradores da pesquisa. A opção por apresentar a análise das informações da pesquisa antes de seu fechamento para os participantes deu-se como um esforço coparticipante entre pesquisador e colaboradores para a construção de uma forma mais integrada de entendimento dos temas explorados na pesquisa. De acordo com Frank (2005) esse esforço não é realizado para consultar ou obter aprovação dos colaboradores envolvidos no processo de constituição de corpus visto que narrativas não são finais em si mesmas, mas processos abertos para novas possibilidades de entendimento e significação. Nesse sentido, os resultados da pesquisa são compreendidos através de um olhar em relação a um futuro aberto em possibilidades de entendimento, e ao que pode vir a ser.

Além disso, essa opção se orientou pelas proposições de Gergen (2014), que discute a necessidade dos processos de pesquisa serem mais participativos e apresentarem seus resultados para as pessoas diretamente implicadas no processo mais rapidamente. Segundo o autor, com frequência, leva-se muito tempo para que as pesquisas acadêmicas retornem para seus envolvidos. É importante, portanto, que a própria pesquisa seja concebida como uma ação, trazendo efeitos imediatos para o contexto em que se insere.

Buscamos trabalhar com essa concepção, em nossa pesquisa, duplamente: na própria concepção de entrevista como prática discursiva; e na apresentação da pesquisa e sua análise, antes do fechamento, como forma de poder, ainda, incluir possíveis reflexões e comentários dos participantes. Nesse momento, os grupos realizados para apresentação da pesquisa não foram audiogravados, apenas registrados em notas de campo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base em nossos passos de análise, construímos cinco eixos de temáticos que se relacionavam com a IPC e o manejo cotidiano dos profissionais são eles:

1. IPC como tratamento.
2. Sentidos sobre o uso de IPC e suas implicações.
3. IPC, relações familiares e tratamento.
4. IPC e RAPS.
5. Sugestões dos profissionais para as práticas em saúde mental.

Buscamos, com esta organização, dar visibilidade para os principais temas discutidos com os profissionais de saúde participantes dessa pesquisa em relação ao seu cotidiano de trabalho com internações psiquiátricas compulsórias, e a diversidade de sentidos negociados no contexto da pesquisa para cada um deles, assim respondendo aos objetivos de nossa pesquisa.

4.1 IPC e tratamento

Neste primeiro eixo temático, intitulado "**IPC e tratamento",** buscamos organizar a forma como as equipes compreendem a IPC dentro das práticas presentes nos contextos de hospitais especializados, visto que, assim como nas demais formas de internação (a voluntária e a involuntária), a IPC pode vir a ser uma forma de tratamento. Porém, a fim de conhecer mais a realidade da IPC, tentamos compreender em que momentos a IPC aparecia descrita, nas práticas discursivas desenvolvidas nas entrevistas, como uma internação assim como as demais, e em que momentos ela era descrita como destoando totalmente das outras modalidades que são oferecidas. Assim, este eixo organiza a relação e diferenciação da IPC em relação a outras modalidades de internação; em seguida, apresenta os desafios que sua adoção cria para o processo de tratamento; e por fim, alguns casos em que a IPC se apresenta como uma possível recomendação em saúde, conforme os profissionais de saúde entrevistados.

Este eixo, portanto, aborda a compreensão geral das equipes em relação à IPC, seus desafios e possíveis recomendações. Muitos aspectos aqui referidos pelos profissionais de saúde serão discutidos de forma mais detalhada nos itens seguintes, que abordam de maneira

específica alguns desafios da prática da IPC, a saber: a relação dos serviços com as famílias e as influências no tratamento, a articulação da IPC na RAPS e finalmente relação da IPC e os serviços judiciários.

Internações e tratamentos	Sentidos
IPC, IPI e IPV	*Semelhantes em:* terapêuticas hospitalares, seguimento e encaminhamento pós-alta
Desafios no processo de tratamento em IPC	*Admissão*: paciente chega desinformado ou coagido *Tratamento*: de baixa adesão *Alta*: equacionada pela Justiça torna o tratamento iatrogênico
Possível benefício no uso da IPC	Proteção social em casos de abandono, risco eminente e violência

Quadro 2: IPC e Tratamento

De acordo com os profissionais de saúde entrevistados, a **IPC** como ação isolada ou medida de tratamento **não se diferencia** dos demais tipos de internação (**IPI e IPV**), uma vez que os mesmos tratamentos e terapêuticas estão disponíveis para todos os pacientes internados, independente do caminho através do qual chegaram a essa internação (Por IPC, IPI ou IPV).

Buscamos ilustrar este com o trecho abaixo. Em um momento da interação grupal na Unidade B2, enfermeira, psicóloga e assistente social buscam compreender qual seria a especificidade no uso da IPC:

> ***Enfermeira B2****: as ferramentas que a gente utiliza eu acredito que são as mesmas da maneira que a gente cuida dos demais, num tem uma diferenciação né, o trabalho da enfermagem da equipe multidisciplinar, nos grupos, atendimento médico, eu acho que de uma maneira geral é a mesma coisa né...*
> ***Psicóloga B2:*** *só não sai ao mesmo tempo, né?*
> ***Enfermeira B2:*** *é....*
> ***Assistente social B2****: é verdade...*
> ***Enfermeira B2****: é costuma ficar um tempo maior, a gente costuma tomar mais cuidado às vezes, né, quando, por exemplo, tem uma caminhada, e o paciente se tem um risco de fuga, a gente precisa ter uma atenção especial, mas de maneira geral, eu acho que as ferramentas de trabalho são as mesmas...*
>
> *(Unidade B2)*

Em outro grupo, realizado na Unidade B1, os entrevistados também afirmam que os tratamentos e terapêuticas disponíveis para tratamentos psiquiátricos hospitalares são os mesmos, assim como as atividades desenvolvidas pelos profissionais independe da forma de encaminhamento.

> ***Assistente social B1****: meu cotidiano é igual, pra todos os pacientes que entram dentro da instituição, a única diferença é forma que ele veio a ser internado, a maneira, e que isso fica muito claro pro paciente desde da entrada dele.*
>
> *(Unidade B1)*

Conforme ilustramos nos trechos acima, segundo os profissionais de saúde, as ferramentas utilizadas no processo de cuidado dos pacientes em IPC não são diferentes do trabalho realizado no serviço como um todo, o que guarda relação com o que foi apontado no estudo de Moreira e Loyola (2010). Segundo os autores, ações específicas para essa clientela geralmente não são planejadas. A diferença estaria, segundo os profissionais entrevistados, em outros aspectos envolvidos na internação – como possíveis "tempo de internação" e " a forma de entrada", que, como discutiremos em outros momentos desse texto, pode apresentar diferenças em relação às diretrizes gerais para hospitalização.

Por outro lado, existem desafios que são específicos e que fazem com que as IPC se difierenciem das demais modalidades, sendo que estes se apresentam desde a **admissão**, momento em que muitas vezes o paciente chega coagido pela polícia ou desinformado quanto à internaçao eminente. Sendo assim configuram-se tratamentos que transcorrem com **baixa adesão**, muitas vezes em consequência da falta da anuência ou consentimento do usuário para ser submetido ao tratamento. Dessa forma, a adesão ao tratamento fica comprometida e em alguns casos podem deprimir os pacientes internados.

Este sentido, trazido pelos profissionais em suas práticas discursivas, guarda relação com o que parte da literatura da área aponta como um efeito negativo do uso da IPC. Marit et al. (2014), por exemplo, considerando níveis de humilhação vivenciados por pacientes durante internação hospitalar psiquiátrica e possíveis implicações para a prática clínica apontam que o alto nível de humilhação percebida durante o processo de admissão estava relacionado, principalmente, à fatores do próprio paciente, uso de força e perda de status diante da comunidade a que pertencem. Ainda assim, os autores afirmam que admissões psiquiátricas compulsórias deveriam ser evitadas, buscando-se proteger a autoestima dos pacientes envolvidos.

Também para Sjöstrand et.al (2015), o vínculo terapêutico nesse tipo de intervenção pode ser prejudicado, prejudicando o processo de cuidado. Para outros autores, como Romans et. al (2004), essa dificuldade inicial pode ser superada durante a evolução do tratamento – o que sustenta a possibilidade de uso da IPC em casos em que o benefício à saúde gerado pelo uso da mesma se justifique.

Porém, ainda que essa fase inicial de dificuldades de adesão seja superada, os profissionais de saúde alertam que, muitas vezes, o paciente em IPC não recebe alta, permanecendo internado com pacientes em surto em enfermarias que são ambientes estressantes; eles continuam internados aguardando a alta da justiça que em muitos casos não é acompanhada da alta da equipe de saúde. Essa situação pode prejudicar o estado de saúde mental do paciente, de maneira que a internação converte-se em um recurso iatrogênico – isto é, os ganhos em saúde cessam e podem inclusive ser um fator prejudicial à evolução dos pacientes em IPC, sendo que existem casos de reagudização de crises que já haviam sido controladas e que poderiam estar sendo acompanhados pelos serviços substitutivos.

Essa situação também é acompanhada pela possibilidade de fugas do ambiente hospitalar, que poderiam colocar o paciente em risco.

Outra questão importante no que se refere ao estabelecimento de vínculos ou relações amistosas entre cuidadores e pacientes é que a **forma de encaminhamento** da IPC acaba por interferir em um cuidado que deveria ser pensando nos moldes de humanização (Mattos, 2009) propostos pelas diretrizes do SUS visto que a própria relação de cuidado também fica estabelecida de forma compulsória.O trecho abaixo ilustra esta questão. Neste trecho, os profissionais discutem a evolução ou momentos de uma IPC: no início se assemelha à IPI ou IPV, mas ao longo da internação vai adquirindo caraterísticas próprias.

> ***Auxiliar de enfermagem A1****: Então eu vou falar a impressão que eu tenho, o paciente quando ele entra aqui compulsoriamente, no momento que eu percebo, quando ele entra não tem muita diferença do paciente que tá entrando por vias normais, assim de um médico. Só que eu ao longo do tempo, quando o paciente vai percebendo, que começa a melhora dele, que vai influir na alta ou não, nesse momento eu acho que o tratamento já não serve muito. Eu tenho como base um paciente que a gente teve, eu não lembro o nome dele, o que eu lembro é que a família dele vivia num[local ocultado], num lembro o nome dele, era um menino moreninho de olho claro.*
> ***Psicologa A2****: nossa, não lembro...*
> ***Auxiliar de enfermagem A2:*** *num lembro como ele chama, ele simulava impregnação, ele virava o olho e tal. Chegou uma certa altura que a alta dele não bastava a doutora falar que ele tem condições de ir embora, faltava o juiz...*
> ***Grupo:*** *acordar*
> ***Auxiliar de enfermagem A2****: é acordar, liberar, então o que acontecia, ele dormia o dia inteiro, ele não participava de grupo, não participava de caminhada... Então, assim,*

> *o tratamento já não tinha mais efetividade nenhuma, por que ele sabia que não tinha nada que nenhum de nos fizesse que ele ia ter alta, então, deixa de ser produtivo.*
> ***Pesquisadora:*** *entendi...*
> ***Auxiliar de enfermagem A2****: o paciente entra num estado de, de hibernação aqui, que não desenvolve nada (....)*
>
> *(Unidade A2)*

Por vezes a melhora ou evolução positiva dos pacientes em IPC parece não ser suficiente para que ele receba alta e possa seguir seu tratamento em outros espaços. Esta é uma interferência do poder judicíario nos seviços saúde mental cujos efeitos estão diretamente relacionados ao bem estar do paciente e ao manejo da equipe em relação ao tratamento. Para Scisleski e Maraschin (2008) e Salgado (2014), as instituições jurídicas passaram a interferir na área de saúde mental também, sendo que a internação compulsória cumpriria duas funções: o já estabelecido acesso ao serviço de saúde e uma maneira de punição, já que isola e priva da liberdade.

Da mesma maneira, o trecho abaixo ilustra como a falta **de adesão e ganhos terapêuticos** podem ser prejudicados pela forma de entrada no serviço; e como a dificuldade de receber alta constitui um **desafio** para o profissional, e causa grande sofrimento ao paciente.

> ***Auxiliar de enfermagem A1****: É, então, assim, a própria colaboração do paciente pra gente já é uma vitória, por que você vê melhorar, você vê os sintomas indo embora, o paciente começa a participar das coisas de grupo, de uma conversa às vezes informal no posto, sorri né, e o paciente que é uma internação compulsória a gente não tem isso, muito pelo contrário isso vai se perdendo ao longo da internação, por quê(?), o paciente cansa e a gente também cansa, entendeu? Por que ai ele não quer fazer nada, ele não tem interesse em nada, é...*
> ***Técnico em enfermagem A1:*** *acha que a gente quer o mal dele...*
> ***Auxiliar de enfermagem A1:*** *as rotinas pra ele não importa, porque ele tá obrigado...*
> ***Psicóloga A1****: é...*
> ***Enfermeira A1:*** *às vezes o paciente está bem pra ir embora e a gente não pode dar alta.*
> ***Auxiliar de enfermagem A1 03****: é um serviço longo.*
>
> *(Unidade B1)*

No trecho anterior, os profissionais da equipe demonstram que sua prática ainda dentro de um espaço hospitalar especializado em psiquiatria é sensível à lógica antimanicomial, sendo que a hospitalização em enfermarias psiquiátricas deveria ser utilizada como último recurso, em casos de urgência ou risco para o paciente ou terceiros e que quando superada a fase crítica ele poderia retomar para o cuidado em serviços ambulatorias ou comunitários. Além disso, eles refletem que a interferência do poder Judiciário na liberação de altas pode interferir negativamente na recuperaçao do paciente, visto que eles percebem a recuperação, mas observam que a permanência por tempo indeterminado é prejudicial à saúde mental do paciente.

Também nos trechos seguintes os profissionais mostram que a manutenção de uma internação para um paciente que já esta apto para a alta é um desafio que afeta o trabalho dos profissionais, que acabam ficando sem o que propor para o paciente, visto que ele está de alta por critérios clínicos, mas segue internado em uma e enfermaria de crise que passa a se mostrar limitada em seus recursos terapêuticos.

> ***Médica psiquiatra B1****: o problema pra mim, que sou psiquiatra, é realmente a alta, né? Que às vezes, na verdade é assim... é um entrave pra gente dar alta e manter o tratamento a nível ambulatorial, por que é difícil o paciente ficar trancado numa instituição. Ele não chega a ser um criminoso mas ele é encaminhado pra um hospital como que preso, né? Essa é a sensação que eu tenho na verdade, e daí quando vai ter alta, que o paciente vai ter alta é um entrave a alta, entendeu? A compulsória, é um entrave por que a gente começa a mandar relatório... Esse paciente, o Gustavo, ele ficou muito tempo, então não tinha mais o que fazer com ele terapeuticamente, a gente não tinha mais o que trabalhar com ele né...então foi muito difícil, sofrido pra ele, pra equipe, entendeu? E isso o fórum não vê né...*
> ***Assistente Social B1****: o tratamento fica no limite e a gente fica sem ter o que propor de novo para o paciente, né, a família está trabalhada, eles têm condições de alta, ele tem condições de voltar pro serviço de saúde município... voltar pro convívio familiar, ele fica aqui, aguardando a decisão do juiz e não da equipe.*
> ***Pesquisadora:*** *essa clausura é uma coisa difícil pra vocês de acompanhar? Eu falo por que particularmente pra mim era...*
> ***Terapeuta ocupacional B1****: sim é muito difícil de você ver o paciente...*
> ***Assistente Social B1****: É eu acho que o Danilo é um exemplo disso, o sofrimento dele falar "estou dentro da cadeia"...*
> ***Psicóloga B1:*** *as fugas constantes, né, todo dia...*
>
> *(Unidade B1)*

O trecho acima discute o esgotamento de recursos e a iatrogenia dos resultados obtidos com os pacientes pela demora em receber alta. Mas também eles refletem que chega um momento que devido ao longo período de internação a IPC adquire um sentido punitivo que carrega semelhanças com serviços carcerários. Os termos usados pelos profissionais de saúde e pela própria pesquisadora apontam nessa direção ("prisão", "criminoso", "preso", "trancado", "clausura"). Conforme apontam vários autores (Oda & Dalgalarondo , 2010; Amarante, 2007; Dal Poz, Lima & Perazzi, 2012; Prandoni & Padilha, 2004; Furtado 2013), a demora em conceder a alta ao paciente remete a discursos sociais que tinham como base que o tratamento de doenças mentais deveria ser baseado em isolamento e distanciamento social – o que, na perspectiva temporal proposta por Spink, remete a presentificação do tempo longo no processo de produção de sentidos.

Retomando o que foi exposto em capítulos anteriores, em consonância com Spink & Medrado (2004, p.51) "chamamos de tempo longo o domínio da construção social, que formam

os discursos de uma época - um espaço de conhecimentos produzidos e interpretados por diferentes domínios do saber, eles antecedem a pessoa, mas se fazem nela presentes por meio de instituições, convenções e da reprodução social".

No trecho seguinte, os profissionais seguem discutindo a dificuldade em conceder alta aos pacientes, e também de uma certa facilidade em conseguir acessar esses tratamentos via IPC. Tal trecho sugere que o trabalho dos profissionais com IPC fica implicado na relação com outras instâncias, que são burocráticas e têm uma relação ou sentido de tempo diferente: o tempo que leva um tratamento de saúde hospitalar *versus* o tempo que transcorre um processo na justiça.

Para Couto, Lemos e Couto (2013) a interferência jurídica no campo da saúde é uma prática de biopoder, que cumpre a função de controle social, assim como foi no passado. É interessante avaliar que os dispositivos que regularam a legislação no que se refere hoje ao campo da saúde mental, permitem usufruir da possibilidade de usar a IPC como forma de controle social conforme citado por diferentes autores (Barros & Serafim, 2009; Fortes, 2010; Macedo, 2006).

> ***Médico psiquiatra B2****: Eu vejo mais dificuldade pro profissional que trabalha na enfermaria de crise trabalhar com a internação compulsória do que facilitadores. Dificuldades porque, basta um simples encaminhamento médico pro juiz, e o juiz determina a internação sem discutir se tem indicação específica pra esse serviço que eu trabalho, e muitas das vezes criando uma dificuldade danada de alta. O tempo da justiça é outro, o montante de papéis é outro, então o paciente, pra mim como médico, o paciente está de alta saindo de hoje pra amanhã; e pra justiça, quando diz que está de alta é pra sair este ano, de janeiro a dezembro , mais ou menos assim, então eu vejo mais dificuldades do que facilitadores pro profissional(...)*
> ***Enfermeira B2****: enquanto equipe de enfermagem a gente que recebe esse paciente junto com o médico é muito complicado, também na maioria das vezes né, por que na maioria das vezes é um paciente que não sabe que vem, não quer vir, então são muitos dificultadores sim, com certeza...*
> ***Assistente social B2****: normalmente é uma internação longa né, mas eu acho que depende da necessidade dele, principalmente quando é dependente químico, ai eu acho que é mais complicado ainda, por que passou aquela fase, ele quer ir embora, ele acha que já tá bem, e nós ficamos dependendo de papéis, relatório que vai, relatório que vem, e nós ficamos ai segurando um leito que poderia tá....*
> ***Psicóloga B2:*** *correndo o risco de o paciente piorar, né? Já aconteceu de paciente que tá aqui tá bem, como é um setor de crise, todo dia tá entrando pessoas em crise, né? E aquele paciente que já está bem pra ir embora acaba ficando no mesmo ambiente, e é complicado...*
>
> *(Unidade B2)*

Ainda quanto ao trecho acima, podemos ver que o discurso psicossocial de cuidado constrasta com o discurso da internação como forma de tratamento. Conforme afirmado por

Guanaes et al. (2012) esses são discursos que convivem no campo prático e social e que guardam implicações importantes no que se se entende por uma política de saúde mental baseada em tratamentos de base comunitárias e ao mesmo tempo que convivem com uma lógica de cuidado baseada na internação e no isolamento. Aqui, os profissionais questionam a efetividade de internações de longa duração (muitas vezes por tempo indeterminado) e sem plano terapêutico singular (uma vez que a internação e a alta, muitas vezes, seguem critérios impostos pelo sistema judiciário. Ao mesmo tempo, os profissionais lembram que os leitos para internação psiquiátrica poderiam estar sendo usados de maneiras mais adequadas para esta finalidade.

No trecho acima, percebe-se ainda a construção do sentido da IPC como algo que pode se mostrar improdutivo, visto que ainda que o paciente apresente melhoras pela ação da internação, a impossibilidade de alta o mantém em um ambiente que é inadequado e os potenciais ganhos, como a remissão de sintomas acaba ficando comprometida pela ação negativa que a internação em enfermarias psiquiátricas pode ocasionar - efeito esse que estamos chamando de iatrogênico.

Na Unidade C, os profissionais de saúde também discutiram sobre a IPC, apontando dificuldades que a forma de admissão e alta do paciente pode acarretar para o cotidiano do trabalho em saúde mental. De maneira mais específica, apontam para as consequências do tratamento involuntário para a adesão e motivação do paciente no tratamento.

> ***Psicóloga C1****: você tava falando da dificuldade de lidar com esse paciente, né? Essa foi a sua primeira pergunta, e eu vejo assim os pacientes que chegam aqui por ordem judicial é só raríssimas exceções são pacientes que querem se tratar, então qual que é a atitude desse paciente perante esse tratamento, né? Ele tá hostil, né, ele, nega o tratamento, ele nega participar das atividades, né, ele nega a ajuda dos profissionais, então essa é uma dificuldade muito grande, né? Fica um ambiente agitado, a pessoa tá nervosa, ela tá abrindo mão de algo, que não é do desejo da escolha dela, né? E é algo que muitas vezes é muito importante pra vida daquela pessoa, ela vem e muitas vezes ela num tá, muitas vezes ela vem enganada, ela não tava preparada pra passar por um período de abstinência, período de abstinência por si só já é um momento muito agitado pro paciente, ele fica nervoso, ele fica ansioso, ele tem dores, né? Então, passa por todas essas questões, e isso somado a uma falta desejo dele de passar por essa situação é muito difícil. Quando a gente recebe pacientes de ordem judicial, geralmente a gente passa por um período pelo menos inicial de um ambiente bastante hostil, bastante agressivo, bastante agitado(...) muitas vezes a família fala pro paciente que vai levar ele no INSS, que vai levar ele no posto de saúde, pra tira sangue, que vai ver o raio-x... do braço dele que tá quebrado, e deixa ele aqui! (Algo irônico) a ambulância chega para aqui, a hora que os médicos plantonistas tão recebendo o plantão, já começam a pega a bucha, né?*
> *Auxiliar de enfermagem 02 C1: (...) então na hora da entrada já é uma relação difícil por que o paciente, se ele tá internado compulsoriamente na maioria das vezes ele não*

> *quer vir, então ele chega agitado, ele chega agressivo, ele tenta fugir, ele consegue fugir, né, então esse é um problema que particularmente me incomoda muito, a gente tem muros... Mas é...pessoas jovens conseguem de alguma forma fugir, e isso me incomoda muito pensando até no risco que o paciente pode correr quando foge né... a cobrança que tem por exemplo se o paciente foge, existe uma cobrança da família de que nós não cuidamos direito, existe uma cobrança também do judiciário que nós não garantimos o tratamento, mas a gente tenta sensibilizar os juízes de que aqui não é uma prisão, né? Que é um lugar de tratamento, se ele tá internado contra a vontade... e ai tem que fazer duas separações se o paciente tem um diagnóstico psiquiátrico, se ele tem uma psicose, as vezes é até mais fácil, embora ele chegue mais nervoso , chegue mais agitado, assim contido, em pouco tempo a medicação faz efeito, ele vai aceitando a internação, ainda que seja compulsória, se é um dependente químico, e não é psicótico, não tem um remédio que vai fazer ele aceitar a internação, o que vai fazer melhorar é alguns sintomas.*
>
> *(Unidade C1)*

Neste trecho, os profissionais também conversam sobre como a própria forma como o paciente chega no serviço para ser submetido à IPC já tem um efeito no que pode vir a ser desenvolvido com o paciente. Se ele chega sem saber que vai ficar internado ("*muitas vezes ela vem enganada"*), e consequentemente, ficará afastado de sua rotina, isso vai se refletir na adesão ao tratamento, podendo inclusive demonstrar atitudes aversivas ao tratamento. Além disso, afirmam que para pacientes em crise psicótica, ainda que demore a adesão, esta parece se dar de forma mais fácil do que para os casos em que a IPC é usada para tratar de pacientes com dependência química.

A discussão dos profissionais tangencia as questões éticas referidas pela literatura da área nessa discussão sobre compulsoriedade. Estaria se ferindo o princípio da autonomia e liberdade de escolha, uma vez que na maior parte das vezes o profissional não é informado sobre o processo de tratamento e sobre as condições da internação. Não há, portanto, seu consentimento após ter sido esclarecido. Para o judiciário, garantir a internaçao, é uma forma de cumprir à lei 8.080, no que diz respeito a universalização do cuidado, mas a forma como esse direito é garantido ao usuário pode ir contra contra os princípios de autonomia e liberdade de escolha sobre o melhor cuidado. Consequentemente, isto cria um campo de cuidado baseado na judicialização do cuidado, e não na melhor ou mais adequada forma de prestar assistência.

Conforme apontam Alexis et al.(2002) o uso do tratamento compulsório cria um espaço de cuidado que é ao mesmo tempo compulsório para o paciente e para o profissional, que na atribuiçao de suas funções deve prestar esse atendimento mesmo que entenda que estes possam ferir os princípios éticos da não maleficiência e também da autonomia do paciente. Da mesma forma Marit et al. (2014) afirmam que o paciente neste contexto de tratamento pode viver uma

experiencia de humilhação diante de sua comunidade e que podem alterar suas relaçoes sociais no futuro pós-alta.

Apesar de listarem estes desafios, os profissionais também reconhecem situações em que a IPC pode ser recomendada. Os trechos abaixo ilustram momentos em que, nas conversas desenvolvidas no grupo, os profissionais referiram possíveis usos da IPC como **recurso – sobretudo de proteção social**. Nesses casos a IPC possibilitou que os pacientes pudessem estar protegidos contra situações de abusos ou violência. De qualquer maneira, ainda assim, pode-se questionar se esta seria de fato a função primordial de uma internação psiquiátrica.

O diálogo seguinte, desenvolvido durante o grupo realizado na Unidade B, ilustra esse sentido.

> ***Psicóloga B1****: É, eu acho assim, que o caso que a compulsória ajudou mais foi no caso do Daniel, por que ...*
> ***Assistente social B1****: do Daniel sim...*
> ***Psicóloga B1****: por que o Daniel...era muito psicótico...*
> ***Pesquisadora B1****: como era esse caso do Daniel? Só pra eu entender...*
> ***Psicóloga B1****: ele não aceitava e o tempo que a compulsória durou ajudou no tratamento...*
> ***Médica Psiquiatra B1****: <u>um esquizo, usuário de droga então ele tinha que fica preso tanto da</u>...*
> ***Psicóloga B1****: ficou nove meses...*
> ***Médica Psiquiatra B1****: <u>ele ficou numa abstinência</u> boa, entendeu? <u>Pra dependência química, então, a esquizofrenia melhorou, melhorou a adesão ao tratamento, nós pudemos trabalhar melhor, entendeu</u>?*
> ***Pesquisadora****: aham...*
> ***Médica Psiquiatra B1****: a dependência química, a abstinência...*
> ***Psicóloga B1:*** *ele tinha um delírio que não cedia...uma questão religiosa complicada né?*
> ***Assistente social B1****: aham....*
> ***Psicóloga B1****: e ele não compreendia a necessidade do uso da medicação, então o tempo que ele passou aqui serviu pra isso, então a compulsória pra ele ajudou sim...*
> *(Unidade B1)*

No trecho apresentado os profissionais compreendem que o uso de uma IPC facilitou que o paciente pudesse estar distanciado da rotina de usuário de substância. No caso específico de Daniel, a condição de abstinência imposta pelo tratamento pôde auxiliar no tratamento da esquizofrenia. Mas faz-se necessária uma reflexão não só quanto à artificialidade de uma internação em regime fechado para garantir abstinência, sendo que o cuidado deve ser pensado a longo prazo e que seja estendido às condições externas de vida do paciente em sua comunidade e dentro de suas relações. Além disso, não significa afirmar que o paciente ficou em abstinência durante a IPC, mas sim que por conta de estar em uma IPC ele ficou em

abstinência. Mas é forçoso pensar que esse seja um ganho que justifique o longo período de internação em um hospital com pacientes em crise psicótica. Conforme McNamee (2012) discursos sustentam práticas, sendo assim devemos ser críticos para não contribuir para que o uso de IPC se transforme em uma prática massificada, enquanto que outros tratamentos para dependência química existem nas redes ambulatoriais e trabalham inclusive com técnicas de redução de danos e acolhimento, que geram menos desgaste ao paciente e o reafirmam como parte de uma comunidade.

Além disso, conforme sugerem Kisely e Campbell (2014), ganhos de segurança social podem ser conseguidos em intervenções comunitárias em saúde mental, e não apenas em IPC.

Um outro aspecto trazido pelos profissionais de saúde como possível uso da IPC diz respeito ao risco para si ou terceiros – o que também é apresentado na literatura pesquisada (Sjöstrand et.al, 2015).

> ***Psicóloga B2****: um ano, nós já tivemos caso de um ano, né?*
> ***Médico psiquiatra B2:*** *e isso é simplesmente esdrúxulo, eu acho que tem momentos onde a internação judicial é interessante, esquizofrênico, que tá expondo em risco a sua própria vida ou a de outros, ne? ...*
> ***Assistente Social B2****: de outros...*
> ***Médico psiquiatra B2****: e a família não consegue lidar com isso e o serviço público ambulatorial se enrola, às vezes precisa dessa atitude, dessa figura de autoridade forte do juiz, que diz assim "olha, ou vocês pegam e levam esse cara pro hospício, pra instituição psiquiátrica, ou vai pagar multa e não sei o quê " e ai as coisas andam... Mas isso é um negócio tão raro que eu não saberia nem me lembrar de algum caso onde tivesse sido interessante.*
>
> *(Unidade B2)*

No trecho acima, a equipe reflete que um possível ganho no uso das IPC estaria relacionado à proteção social, em casos em que existe um abandono ou riscos para a população ou para o próprio paciente. Mas conforme o mesmo trecho estas situações, segundo os próprios profissionais, são atípicas, incomuns, não acontecendo com frequência no serviço.

No sentido da **proteção social** que a IPC pode proporcionar faz-se necessária a reflexão quanto à função ou uso de uma internação ou do hospital psiquiátrico em proteger socialmente. Existem outros serviços que poderiam trabalhar melhor essas questões e indicar outras possibilidades ambulatoriais e sociais conforme já preconiza a RAPS (Brasil. 2011). Em uma análise dos discursos sociais (tempo longo) que sustentam este tipo de prática, usar a IPC como uma forma de oferecer proteção social parece retroceder ao que foi apresentado por Amarante (2004) quando o hospital era uma instituição de caridade que oferecia abrigo e proteção.

Conforme apresentado por nossos entrevistados e nos resultados propostos por Sjöstrand et. al (2015), parece que IPC vem sendo usada como uma forma de sanar algumas questões sociais importantes, e por isso, o perfil do paciente que vem encaminhado por IPC parece ter mudado. Os profissionais discutem a dificuldade de lidar com a nova clientela que acessa os serviços através de processos jurídicos. Da mesma forma, Scisleski e Maraschin (2008) afirmam que os profissionais também passaram a lidar com uma clientela encaminhada por ordem judicial e frequentemente com um histórico de uso abusivo de drogas, conflitos com a lei e situações de marginalidade social. Assim, podemos analisar os trechos acima pela perspectiva de que as internações compulsórias são, em alguns casos, avaliadas de maneira negativa, uma vez que as reinternações são frequentes e ações específicas para essa clientela não são planejadas.

Outra questão que perpassa o *corpus* de análise se refere à inadequação ou falta de **treinamento específico** para os profissionais em alguns casos, ou mesmo a **inadequação do hospital**, quanto aos recursos disponíveis. Nos trechos abaixo, além de se referir à inadequação do espaço hospitalar, a equipe também demonstra a necessidade de interlocução entre as instâncias jurídicas e de saúde para encontrar alternativas possíveis para às populações vulneráveis. Para Salgado (2014) e Couto, Lemos e Couto (2013) as intervenções da Justiça no campo da saúde funcionam como formas de controle social.

> ***Enfermeira B2****: nós temos aqui na Unidade A também um paciente, o Gugu mesma coisa também, um menino menor de idade internado por ordem judicial, é um menor infrator né, ele veio da (nome da instituição corretiva), comete pequenos delitos, algumas questões sexuais também. E ele já tá com a gente há mais de um ano e não se acha um setor que ele caiba nele, porque é o que a psicóloga falou... não é pra cá, não é aqui que ele deve caber, né? Ele não tá em crise psiquiátrica pra tá aqui numa instituição hospitalar, mas nós temos que lidar com ele até que a juíza entenda isso, até que ela...*
>
> *(Unidade B2)*

No Trecho acima, os profissionais de saúde discutem sobre o uso do espaço hospitalar como abrigo para uma população refratária, que não se enquadra ou não dispõe de outros serviços que possam ser mais adequados às necessidades do paciente citado. Esta situação mobiliza bastante a equipe de saúde, que reflete sobre usos do hospital psiquiátrico que caracterizam possíveis desvios de sua finalidade, e conversam sobre a difícil articulação entre o sistema de saúde e o sistema judiciário:

> ***Pesquisadora:*** *Acho que você tá falando dessa falta de lugar que esse perfil de paciente tem, né?*
> ***Médico psiquiatra B2:*** *falta de perfis, o dependente químico eu sei que se encaixa numa coisa: dependente químico que usa droga e volta a usar droga. Talvez, não sei, devesse ser tratado sobre diversos enfoques, mas em outros espaços que não propriamente o hospital psiquiátrico, que hoje tá voltado pra tratar crises, psicóticas, maníacas, depressivas né? (...) eu acho que tem algum lugar, algum espaço onde é talvez... Mas eu creio que se fosse estudado haveria um espaço é... que, que tem de comunhão ai em algum aspecto legal, e, e de saúde né, né? Sei lá eu! (...) Mas teria que se discutir e fazer planos primeiro, né? O quê que nós vamos fazer, nós, junta justiça, saúde, acho que da saúde os profissionais das diversas categorias, da justiça, os profissionais das diversas especialidades tal, o que é que nós vamos fazer? Mas isso num tá a planos, até hoje o que eu vejo, é assim, se possível eu devolvo pra justiça, e a justiça pode ela manda pra mim, né eu tô falando eu representando a psiquiatria em termos de saúde quando eu falo, né? Então eu acho que assim nós não vamos chegar muito longe vai ser sempre isso, um transtorno...*
> ***Pesquisadora****: não se troca, né?*
> ***Médico psiquiatra B2****: é mais um transtorno do que uma solução.*
>
> *(Unidade B2)*

Nesse trecho, a profissional aponta a ausência da intersetorialidade, também preconizada pela lei 8.080, mas, na saúde mental e coletiva, ainda não há intercâmbio de ações preventivas ou um estudo sobre espaços adequados para populações vulneráveis. Tudo isso somado pode comprometer também a saúde da população em geral. Essa situação, nas palavras do profissional que recebe os pacientes via IPC e que não pode tratá-los adequadamente, seja pela limitação dos recursos do hospital, seja pela inadequação da clientela ao ambiente hospitalar, dificulta a promoção de integralidade em saúde, pois ao destinar recursos do SUS de maneira mais imediatista como no caso das IPC, deixa-se de investir em ações preventivas de promoção e reabilitação em saúde.

De um modo geral, até o momento, apresentamos desafios mais gerais presentes no cotidiano de trabalho profissional com as IPC. Os eixos temáticos seguintes seguintes vão tratar de questões mais específicas que perpassam o contexto da IPC e que influenciam as práticas de cuidado no campo da saúde mental, quando algumas destas questões serão retomadas e discutidas.

No quadro seguinte (Quadro 3), buscamos analisar as possíveis justificativas produzidas pelos profissionais de saúde para a IPC, refletindo sobre suas possíveis implicações políticas e também sociais.

4.2 Sentidos para o uso da IPC e suas implicações

Nesse eixo, discutimos alguns sentidos construídos pelos profissionais de saúde para o uso da IPC, refletindo sobre suas implicações. Esses sentidos carregam e sustentam implicações importantes no que se refere ao cuidado aos usuários das redes de saúde e também ao exercício profissional nesse campo.

Sentidos para o uso da IPC	Implicações
IPC como forma de lidar com pacientes que são refratários sociais	Banalização da IPC, Higienismo social e alteração do perfil de pacientes encaminhados
IPC considerada pela mídia, esfera jurídica e familiar como salvação para uso de SPA, comportamentos sociais inadequados e criminalidade	IPCs como forma de controle social e desinvestimento na rede ambulatorial
IPC por falta de moradia ou como proteção social	Aumento de institucionalizações
IPC como medida de segurança	Hospital Especializado usado como Hospital de custódia

Quadro 3. Sentidos sobre o uso de IPC e suas implicações.

Ao buscarem explicar as possíveis justificativas para o uso das IPCs, os profissionais de saúde mental transitaram por múltiplos sentidos. Segundo eles, muitas vezes, a IPC é utilizada, na prática, como forma de lidar com pacientes que são **refratários sociais**, o que traria como consequência uma possível banalização da IPC, alterando o perfil dos pacientes internados. Além disso, referem que a IPC tem sido utilizada como forma de lidar com pessoas com comportamentos sociais inadequados, muitas vezes relacionados à criminalidade, conforme já mencionado por Couto et al. (2015) e Scisleski e Maraschin(2008), como uma forma de realizar o controle do espaço urbano e deslocar populações indesejadas para centros de tratamentos fechados e também como forma dos serviços jurídicos interferirem na área de saúde viabilizando inclusive internações de menores de idade.

Nesse mesmo sentido o CRP-SP, também denúncia a limpeza dos espaços urbanos deslocando para instituições populações marginalizadas, às vezes inclusive com uso de violência e apoio policial. Para Eytan et al. (2013) mais estudos sobre a etnia e gênero deveriam ser desenvolvidos para explicar os perfis de usuários que são submetidos às IPCs.

Presentifica-se, nas práticas discursivas dos profissionais de saúde, sentidos sobre insegurança e medo dos profissionais em sua relação com alguns pacientes – os quais são vistos como oferecendo, de fato, perigo a eles. Isso implica na dificuldade de se estabelecer uma relação entre profissional e paciente mais amistosa, assim como na dificuldade da construção do vínculo para o desenvolvimento de um tratamento mais efetivo.

Os trechos que apresentamos a seguir ilustram como, muitas vezes, os profissionais de saúde percebem a clientela que atendem como estando esta vinculada à criminalidade e, desse modo, exercendo violência e intimidação aos profissionais, que não têm recursos para lidar com esse tipo de situação e com os conflitos gerados. Segundo afirma, essa realidade por eles vivenciada em seu cotidiana é negligenciada por parte do judiciário nos seus encaminhamentos de internação compulsória.

> ***Auxiliar de enfermagem*** *01C1: [...] E outra dificuldade que a gente sofre aqui dentro, é que, infelizmente, alguns dessas pessoas são bandidos mesmo, e colocam eles aqui dentro contra sua vontade e então eles vão partir pra uma agressão, pra uma violência pra contra a equipe de trabalho... (...)*
> ***Auxiliar de enfermagem 04C1****: e às vezes tem pacientes nossos que é trazido pra dentro por força, contra a vontade dele.*
> ***Psicóloga C1****: à força mesmo.*
> ***Auxiliar de enfermagem 01C1****: força física. Força policial, que vem.*
> ***Médica Psiquiatra C1****: e ai a gente acabada tendo que, é... desfazer toda essa...*
> ***Auxiliar de enfermagem 04C1****: Esse estigma, né? A gente acaba tendo que desfazer isso depois, demora um tempo.*
> ***Psicóloga C1****: a gente vira os depositários daquele sentimento.*
> ***Médica Psiquiatra C1****: é... daquele sentimento.*
> ***Psicóloga C1****: a gente sente falta de segurança.*
> ***Auxiliar de enfermagem 01C1****: falta de segurança, por exemplo, tem gente aqui que nós não colocamos a mão, internou um rapaz aqui, que é muito perigoso envolvido com tráfico*
> ***Auxiliar de enfermagem 04C1****: [...] chega pessoas que não tem conhecimento do andamento do de como que anda as coisas, vem falar nossa, mas e os direitos humanos e não sei o quê?! aí onde entra as questões nossas de segurança dos outros pacientes, e até nossa, deles fazerem armas contra nós, agentes de saúde, com colher de, de plástico, quer dizer...*
> ***Psicóloga C1****: escova...*
> ***Auxiliar de enfermagem 04C1****: escovas de dentes que nós damos pra eles...*
> ***Auxiliar de enfermagem 04C1****: nós tivemos um caso aqui, dois casos aqui de rebelião*
> *(Unidade C1)*

Nos trechos apresentados acima, os profissionais discorrem sobre a dificuldade de trabalhar com pacientes que estão internados, muitas vezes contra a própria vontade, o que em si já causa revolta e resistência ao tratamento, especialmente nos casos de usuários dependentes de substâncias psicoativas. Os profissionais também refletem que muitos desses pacientes têm

um histórico de envolvimento com a criminalidade, da mesma forma como observado no estudo de Scisleski e Maraschin (2008). Relatam também casos de violência contra as equipes de saúde, reforçando o medo da equipe de saúde e a incapacidade da mesma para exercer ações de cuidado nessas situações (até por questionarem se este cuidado seria indicado). Essa parece ser uma situação na qual não existe suporte técnico para lidar com esses casos, o que parece evidenciar uma falta de cuidado com os trabalhadores e usuários do SUS. Cabe lembrar que a própria legislação que instituiu o SUS dispunha sobre a normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde nas instituições públicas ou privadas, incluindo nisso a proteção ao trabalhador.

Para Leung (2002) fornecer assistência obrigatória é algo substancial na rotina desses profissionais, embora em muitos momentos de sua prática conflitos éticos estão presentes, especialmente porque existe uma diferença muito grande de expectativas sobre o que é um transtorno mental, quais os direitos dessa população e as implicações que tratamentos forçados podem produzir nos direitos humanos e quais efeitos produzem nos profissionais envolvidos com essa forma de cuidado.

Tudo isso implica em uma dificuldade de se estabelecer uma relação terapêutica entre os pacientes IPC e as equipes de saúde, que muitas vezes se sentem ameaçadas e sem recursos de segurança e prevenção contra casos de violência. Além disso se veem diante de um conflito ético no que diz respeito a conceder um tratamento que fere autonomia do paciente, mas que ao mesmo tempo gera uma situação de insegurança entre os profissionais. O forte sentimento dos profissionais em relação a isso pode ser observado na fala de uma das auxiliares de enfermagem, que protesta dizendo sobre o quanto hoje se defende os direitos humanos dos usuários de saúde mental, mas pouco se diz dos direitos da equipe de saúde em seu processo de trabalho *("chega pessoas que não tem conhecimento do andamento do de como que anda as coisas, vem falar nossa, mas e os direitos humanos e não sei o quê?! aí onde entra as questões nossas de segurança dos outros pacientes, e até nossa, deles fazerem armas contra nós...").* Trata-se de um aspecto importante de ser considerado. Este trecho sugere que, por se sentirem ameaçados, os profissionais justificam práticas de cuidado possivelmente condenadas por aqueles que hoje se posicionam de maneira sensível aos direitos humanos – independente de estarem elas envolvidas com o crime.

Por vezes, os profissionais de saúde relatam que são culpabilizados por esses pacientes pela internação, vista mais como encarceramento do que como ação terapêutica. É o que ilustra a fala de uma assistente social, em diálogo desenvolvido na Unidade A.

> ***Assistente social A2**: e nós ficamos aqui sabe a mercê disso tudo, né, por que ele ainda foge coloca ele em risco, pior que isso se ele sair na rua e um carro atropelar, atropelou, morreu, nós aqui todos, né, sujeito a ir pro juiz nos convocar pra ir lá fazer depoimento e inda achar que a gente não cumpriu com nosso papel que não é de guarda, nos num trabalhamos em prisão.*
>
> *(Unidade A2)*

Este trecho merece discussão por muitos aspectos. Nele, surge o entendimento de um profissional de saúde passivo ("*e nós ficamos aqui sabe a mercê disso tudo")* e acuado, com receio de ainda serem punidos pelo sistema judiciário, que pode entender que não exerceram adequadamente seu papel. Conforme relato dos profissionais, o hospital não está (porque não deveria de fato estar!) preparado para realizar a função de encarceramento de paciente, pela falta de recursos humanos, físicos e técnicos para essa função. Inclusive, porque, historicamente, a partir da luta antimanicomial e reforma psiquiátrica, veta-se ao hospital esse tipo de tratamento.

Ao mesmo tempo, a implicação jurídica da IPC responsabiliza os profissionais por esses casos, o que, além de retirar sua liberdade em desempenhar seu papel de cuidador de saúde, deixa-os sem autoridade para deliberar sobre a condição clínica dos pacientes em IPC. Desse modo, os profissionais de saúde temem serem responsabilizados pelos próprios pacientes pela condição de confinamento dentro do hospital, o que constitui um contexto de tratamento cujo manejo é desgastante e ao mesmo tempo prejudica a construção de relações terapêuticas saudáveis. Ademais, essa situação problematiza a liberdade individual do sujeito em querer se tratar ou não, e a obrigação jurídica que as IPC representam para os funcionários.

Os profissionais ainda refletem que o uso de IPC, ou tratamento obrigatório está mais vinculado aos hospitais especializados do que propriamente para as redes ambulatoriais. Isso implica, muitas vezes, em recaídas do paciente ou abandono do tratamento a nível ambulatorial após a alta no hospital. Tem-se, por conseguinte, a perda de efetividade e resolutividade de uma internação que é cara para o Estado e que não é levada adiante pela rede, gerando um alto custo para poucos resultados em médio e longo prazo.

> ***Auxiliar de enfermagem 01 A2**: mas eu acho que, assim, que tem uma satisfação e uma insatisfação, a satisfação é de ver ele cuidado, vê que ele tá protegido né? Né, da assistência, mas a insatisfação é de ver que a pessoa não foi atendida... é...ele não foi bem atendido na rede durante o tempo em que a doença tava menos, não tão cronificado...*
>
> *(Unidade A2)*

Neste trecho temos outro questionamento, já que pela lei 10.216 a internação seria o último recurso terapêutico disponível, mas muitos pacientes já são encaminhados em estado crônico da doença. Se houvesse um maior investimento da rede no paciente, ele poderia ter sido tratado sem a necessidade de uma IPC. Essa não é uma questão cuja responsabilidade deve ser atribuída à rede simplesmente, mas talvez à falta de intersetorialidade dos aparatos de saúde da rede SUS, além de um desinvestimento nos tratamentos ambulatoriais e uma valorização da política de internação que se dá através das mídias. É mais veiculado através da mídia que a hospitalização seja um tratamento mais efetivo ou complexo, no caso da saúde mental, de acordo com o que é descrito pela literatura a internação deveria ser usada para a remissão de sintomas e a reabilitação deveria acontecer nas redes ambulatórias e comunitárias. Mas se a IPC parece ter mais sentido do que o tratamento em níveis menos complexos a rede fica desinvestida e a internação valorizada.

A respeito da influência midiática no campo da saúde mental e aos efeitos que produzem na sociedade, Santos e Cardoso (2011) apontam ainda que o discurso veiculado pelas mídias é atravessado por uma lógica de consumo, o que de certa forma implica que sustentar algumas práticas parecem ser mais aceitas do que outras. Em termos da saúde mental, leitos e vagas em clínicas de saúde são de certa forma mais legitimados do que outras formas de tratamento, como as ambulatoriais, visto que a experiência da loucura carrega o estranhamento e o medo em suas características. Corrobora com esta afirmação o fato de vermos muito mais notícias sobre atos infracionais cometidos por portadores de transtornos mentais ou usuários de substâncias do que experiências bem sucedidas praticadas por essas populações em serviços comunitários. Noticia-se muito mais a ausência dos serviços de saúde do que seus atos positivos em na saúde pública (Silva & Rasera, 2014).

Isso por si só já nos remete aos discursos sociais do tempo longo nos quais para o "louco", o isolamento da sociedade era a política vigente, mas não era necessariamente o melhor para o paciente. De acordo com Carrara (2008, apud De Tílio, 2007, p.197-198), o domínio da visão da psiquiatria sobre a loucura como algo orgânico instituiu o manicômio como a única possibilidade de cura, ainda que outros dispositivos extra asilares estivessem disponíveis.

O trecho seguinte, além de mostrar como a IPC é usada várias vezes e sem uma efetividade ou melhora de fato para o paciente, demonstra também que pouco é oferecido para ele pela rede em termos de reabilitação e tratamento. No diálogo seguinte, a equipe mais uma vez destaca a falta de ações integradas na rede SUS. Aponta também que, apesar de a legislação em saúde mental regulamentar que atendimentos sejam realizados em níveis de atenção menos

complexos do SUS, há falta de investimento e qualificação desses níveis de assistência para atender a uma clientela com dependência química e comorbidades associadas.

> ***Assistente social 04C1:*** *[...] também tem a condição de lá de fora, o serviço ambulatorial, o serviço de PSF, de tudo quanto é tipo de serviço que faz atendimento lá fora, eu acho que não tá se especializando esse atendimento lá fora, né, é o que eu vejo daqui de dentro, não tem pessoas adequadas pra tá fazendo esse tipo de atendimento, não digo nos CAPS, nos NAPS, eu tô dizendo... Até nos de primeiros pronto atendimento mesmo... nos PAS. Não tem pessoas especializadas pra lidar com esse tipo de paciente. E aí, o quê que acontece? A família não sabe lidar com isso e a família procura ajuda, não tem quem ajuda essas famílias, por que a gente vê que elas ficam desamparadas nessa questão. Que muitas das vezes a gente tenta fazer um serviço aqui, mas por ser uma hospitalização a gente faz o...*
> ***Psicóloga C1:*** *perde tudo.*
> ***Assistente social 04C1****: é assim... parece que não tem um segmento, fica muito fragmentado lá fora com aqui. Isso teria que ser um conjunto né?*
> ***Assistente social 03C1****: eu também acho assim, o governo dá uma proposta de tratamento, mas que a adianta você interna o indivíduo hoje, e a hora que ele sai, pra onde que ele vai? Sendo que a rede não...*
> ***Médica Psiquiatra C1****: tem estrutura...*
>
> *(Unidade C1)*

Este diálogo pode ser relacionado ao que mencionam Brêda e Augusto (2001): entre profissionais de atenção primária, a atuação estaria marcada por certa banalização da doença mental e da indicação para uso das internações, na medida em que esses avaliam as internações como um recurso corriqueiro, ao invés de um procedimento extremo. Além disso, os autores destacam o despreparo dos profissionais, que careceriam de capacitação e treinamento quanto às realidades e necessidades das populações locais.

Cabe a reflexão de que a dependência química com comorbidades associadas é um fenômeno frequente. Assim, quais ações a nível comunitário e ambulatorial estão sendo realizadas tanto para a promoção e prevenção de saúde, e também que tipo de ações está sendo executado nos níveis ambulatoriais e comunitários para que a dependência química não se instale e, por conseguinte, outras comorbidades não sejam desenvolvidas pelos usuários de substâncias? Em consonância a isso, Mello e Schneider (2011) constataram em estudo sobre a dificuldade que as famílias encontram para dar seguimento ao tratamento fora do hospital.

Nos trechos apresentados, os profissionais relatam que muitas vezes os serviços responsáveis por cobrir determinadas regiões da Divisão Regional de Saúde desconhecem os pacientes pelos quais deveriam ser responsáveis. Isso gera uma frustração pela falta de conexão e vínculo dentro do trabalho e pelas tentativas sem sucesso de conectar o paciente à rede enquanto ele está hospitalizado. Esse desconhecimento por parte da rede de suporte pode criar

um contexto que, para pacientes usuários de substâncias ou com quadros psicóticos graves, pode piorar e reagudizar as crises pelas quais foram internados. Carvalho e Costa (2008) afirmam que, se os efeitos deletérios das fases iniciais, ou prodrômicas, das doenças mentais fossem tratados com intervenções medicamentosas ou relacionais, os pacientes teriam menos perdas sociais e cognitivas e o ônus para o familiar seria minimizado.

Esse contexto pode vir a ser de manejo difícil para a família ou rede social do paciente. Pelo uso que vem sendo feito das IPC, essas podem constituir uma via de acesso mais fácil para institucionalizar pacientes e torná-los moradores do hospital. Assim, a IPC pode ter como consequência a institucionalização dos pacientes, ou seja, o paciente passa a morar dentro de uma instituição hospitalar, devido ao tempo longo da internação, que o leva a perder os vínculos sociais e familiares, ou devido à dificuldade de retomar a vida em sociedade que o longo tempo de internação pode causar, chamada de cronificação.

No hospital pesquisado, os pacientes institucionalizados são chamados de moradores. Eles não ficam nos setores para pacientes em crises agudas, sendo remanejados para outros setores para que possam ser trabalhadas questões de recusa familiar ou de ausência de suporte social, a fim de que o paciente possa viver por conta própria. Nos casos de total recusa familiar ou social, eles passam a morar em setores cujo ambiente é mais semelhante a uma casa, e, em alguns casos de pacientes menos comprometidos fisicamente e mentalmente, é iniciado um trabalho de desinstitucionalização e ressocialização pelo programa de pensões protegidas.

Esse programa é regulado pela lei 10.708 de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas com dois anos ou mais. Complementa, portanto, a lei 10.216 no que se refere à diminuição do número de leitos hospitalares e ressocialização de pacientes que tenham condições de serem reinseridos na comunidade sob a responsabilidade do SUS (Brasil, 2003).

Apesar do exposto, as informações analisadas em nosso estudo sugerem um uso das IPC que se opõe às políticas de reabilitação, visto que muitos pacientes encaminhados por IPC acabam se tornando moradores do hospital, o que reforça as práticas asilares e de abandono social em saúde mental conforme também citado por Furtado et. al (2013). Não é intenção deste estudo aprofundar a discussão sobre o programa de pensões protegidas em sua abrangência ou efetividade. Ele está aqui descrito por aparecer em alguns momentos do *corpus* e por ser uma prática realizada pelo hospital no sentido de reverter quadros de pacientes com condições de viver em comunidade, mas que se encontram asilados no hospital por diversas razões, como a perda de contato com a rede sócio comunitária, ausência de familiares disponíveis para acolher o paciente egresso e a recusa das redes locais de saúde. Estes são fatores que implicam em falta

de suporte para o paciente e também em um uso da IPC que pode ser questionado, conforme os diálogos seguintes também ilustram.

> ***Assistente social A2****: São pessoas [pacientes IPC] que dão muito trabalho lá fora, às vezes a família não tem essa disponibilidade não entende de doença não entende de nada, então o que faz usa o recurso do juiz pra deixar o paciente aqui, né? As vezes ele aprontou alguma coisa que até dentro do contexto da doença dele é normal, pra família acaba não sendo normal, ai manda né pede pro juiz encerrar a vida dele aqui.*
> ***Auxiliar de enfermagem 03 A2****: sabe o que acontece, dá impressão na gente que eles querem limpar, e jogar tudo aqui dentro, mas não é assim gente vamos trabalhar...*
> ***Auxiliar de enfermagem 02 A2****: ou seja é aquele pensamento bem antigo né, que não ta de acordo com a sociedade então vamos esconder em algum lugar...*
> ***Auxiliar de enfermagem 03 A2:*** *vamos esconder, vamos excluir, não é assim não é excluindo que você consegue alguma coisa, você já viu alguém excluído dar tudo certo?*
> *(Unidade A2)*

Nesses trechos, podemos verificar que os participantes criticam um discurso social associado à ICP: o discurso de que os indivíduos que são de alguma forma perturbadores sociais ou não se encaixam na sociedade, devendo ser excluídos e asilados em instituições. O uso de determinadas expressões e termos sugerem, inclusive, que compreendem que esta é uma determinada política, adotada deliberadamente como modo de enfrentamento dos problemas causados por essa população *("dá impressão na gente que eles querem limpar, e jogar tudo aqui dentro").*

Já nos trechos seguintes os profissionais relatam que muitos pacientes que foram internados compulsoriamente acabaram se tornando moradores do Hospital, uma vez que a alta não é concedida pela justiça e outras alternativas da rede e de tratamento de suporte não são articuladas enquanto o paciente se encontra internado. Assim, ele vai se tornando um paciente crônico e, ao mesmo tempo, perde o contato com a família e a rede social a qual pertencia.

Além disso, pacientes portadores de transtornos mentais, que por vezes podem ter histórico de abandono social, falta de suporte familiar, parecem se tornar moradores de hospitais psiquiátricos e muitas vezes eles estão em regime de IPC. Já mencionamos que muitas vezes pessoas nessas condições têm menos acesso aos programas de transferência de renda e de programas de facilitação de acesso à moradia. Sendo assim outro uso que é feito da IPC é o controle de falta de moradia aos pacientes portadores de transtornos mentais. Esse uso já era feito, conforme citado por Amarante (2007), quando os hospitais eram instituição de caridade que assumiam o papel de proteção social.

Por fim, o último uso que apresentamos no que se refere à **IPC** é o de que por vezes ela pode assumir um caráter de **medida de segurança** e, por conseguinte, o hospital especializado

que deveria funcionar como espaço para remissão de crises acaba se configurando em um espaço cujo uso se assemelha ao do manicômio judiciário**.**

> ***Enfermeira B2****: nós temos aqui um paciente, mesma coisa também, um menino menor de idade internado por ordem judicial. É um menor infrator, né? (...)Ele não tá em crise psiquiátrica pra tá aqui numa instituição hospitalar, mas nós temos que lidar com ele até que a juíza entenda isso, até que ela...*
> ***Pesquisadora****: vocês acreditam que ele teria estar aonde?*
> ***Enfermeira B2****: então, essa é outra pergunta também a se fazer né, aonde que cabe uma pessoa assim, né? Que a família não dá conta, que a cidade não deu conta né?*
> *Assistente social B2: não tá em crise, essa é uma questão, complicada essa*
> ***Pesquisadora:*** *é tem...*
> ***Médico Psiquiatra B2****: quer dizer não é da área, pode ser que até tem alguma coisa que tem pé na saúde mental, mas não necessariamente no hospital psiquiátrico, não há que internar, não sei que, mas tem, falta muita coisa que tangencia a saúde, social e que fica sem espaço mesmo, né?*
>
> *(Unidade B2)*

Para os profissionais algumas indicações de IPC se dão não por necessidade clínica, mas por uma falta de espaços capazes de alocar uma população marginalizada que não se enquadra nos perfis das instituições disponíveis hoje. Esse sentido também reitera o hospital psiquiátrico como espaço que deve acomodar aquilo que não se enquadra, conforme já citamos, algo que remente a um discurso social do tempo longo. Assim, pela falta ou desinvestimento nessa população marginalizada e estigmatizada continua sendo encaminhada para hospitais psiquiátricos muitas vezes via IPC. Como a fala dos profissionais evidencia, eles também não saberiam dizer que local seria mais indicado para o cuidado destas pessoas – mas entendem que, certamente, não é uma internação psiquiátrica que dará conta de resolver a questão social. A necessidade de uma melhor articulação entre as áreas social e saúde é enfatizada, sem contudo apresentarem caminhos de como isso poderia se concretizar.

O trecho seguinte ilustra um outro diálogo, desta vez desenvolvido na Unidade A. Neste, os profissionais de saúde falam dos diferentes tipos de pacientes internados via IPC, buscando refletir sobre como se daria o cuidado destes casos no contexto hospitalar:

> ***Auxiliar de enfermagem 01 A2****: basicamente, dentro da internação judicial a gente pode assim, dividir o paciente dependente químico, o paciente com problemas familiares e sociais e o paciente realmente perigoso, vamos dizer criminoso, né? Então, assim, é difícil em um único local atender esses três tipos de internação judicial que deve existir mais, mas eu tenho pouco tempo de (nome do hospital) foi o que deu pra conhecer até agora né? É... com o que é perigoso, na minha opinião precisa de cadeia, precisa de justiça, né? O que tem problema social tem que ser estudado e (o) familiar tem (também) o porquê daquilo é uma coisa bem demorada. E usuário de droga, se ele não quer se livrar da droga, vai fica difícil.*

> ***Pesquisadora***: *tô entendendo que você ta falando assim, vem uma imposição muito grande, uma demanda muito grande.*
> ***Auxiliar de enfermagem 02 A2****: de coisas diferentes*
> ***Pesquisadora:*** *de coisas diferentes e poucos recursos*

No trecho acima, a auxiliar de enfermagem claramente diferencia os pacientes – entendendo que pessoas criminosas devam ser tratadas judicialmente, e que usuários de drogas apenas podem ser tratados de maneira efetiva caso optem pela internação. Além disso, nota-se o entendimento de que questões sociais demandam por outro tipo de intervenção, junto à família, em processos demorados – dificilmente possíveis de serem feitos no contexto hospitalar. Nesse trecho específico, pode-se dizer que há, neste momento, o entendimento de que os profissionais de saúde não se vêm responsáveis pelo cuidado desta população.

Para Coelho e Oliveira (2014) o uso de IPC é inconstitucional no que se refere aos usuários de substâncias; ao passo que de acordo com Masson (2014) para aplicar uma medida de segurança vários critérios devem ser cumpridos para que o acometido por transtorno seja tido como inimputável e por isso deva ser alvo de medida de segurança.

Em outro trecho, os profissionais de saúde discutem como o uso da IPC como recurso para o manejo de pessoas com dificuldades sociais, coloca-os em uma situação de vulnerabilidade. Portanto, temem por sua própria segurança no hospital.

> ***Psicóloga C1:*** *Essa é outra dificuldade, o judiciário envia o paciente pra gente, mas ele não nos dá o respaldo, não pergunta o que que vocês precisam para receber o paciente, vocês precisam de escolta policial, vocês precisam de respaldo em algum sentido? Isso não é questionado pra gente. Então a gente recebe N pacientes, com N dificuldades, e não é questionado pra gente quais são as nossas necessidades pra melhor tratar daquele paciente, a gente não tem segurança, é uma questão que a gente tem trabalhado muito, mas enquanto serviço de saúde que justificação, que justificativa se dá pra contratar serviços de segurança, entendeu?*
>
> (Unidade C1)

Outro sentido que se apresenta no trecho abaixo se refere ao uso da IPC como forma de "burlar" a legislação. Os profissionais afirmam que alguns casos que são encaminhados para IPC são de pessoas que cometeram delitos, mas que para escapar de penalidades conseguem apresentar justificativas que atestem vulnerabilidade emocional. Com isto, estas pessoas tornam-se alvo de tratamento psiquiátrico, e não de punição.

> *Assistente social A2: quando o quadro é clinico num tem essa dificuldade, o que tem essa dificuldade é quando eles tão aqui, tem até o sintoma, mas estão aqui escondidos da grade (...)tão aqui pra não ir preso, tão aqui escondendo de alguma coisa que fez lá fora.*

(Unidade A2)

Outro sentido presente nas práticas discursivas dos profissionais de saúde foi a indicação da IPC como um recurso útil para alguns perfis de pacientes, e não para outros. O trecho abaixo ilustra esse tipo de uso:

> ***Médico Psiquiatra B1****: mas eles têm uma periculosidade também né, diferente da demanda dos nossos pacientes né, tem pacientes que são perigosos. né? E ai a equipe tem que lidar com isso, sem um treinamento policial, dependendo de como, por que tem casos que ele não quer, mas tem casos envolvidos em criminalidade, né? E ai não tem um preparo do hospital pra isso entendeu?(...) Agora, o caso mais grave foi o Gustavo mesmo né, foi o mais perigoso que nós (...)ele foi mandado pra um local que não tinha material humano pra isso né, a gente tem que lidar não só com saúde mas também com...*
> ***Psicóloga B1****: aham...*
> ***Médico Psiquiatra B1****: criminal né...isso impõe a equipe de saúde muito desgaste, né?*
> ***Assistente social B1:*** *rejeição familiar, rejeição do serviço municipal de onde ele veio de origem...*
> ***Psicóloga B1:*** *e na região*
> ***Assistente social B1****:e regional né...*
> ***Médico Psiquiatra B****: por que ele era de (nome da cidade)...*
> ***Assistente social B1****: e toda região não queria mais ele...*
> ***Médico Psiquiatra B1:*** *é o juiz não queria ele naquela região, então ele foi mandado pra essa região, por que o juiz não queria ele...*
> ***Assistente social B1****: aham...*
> ***Médico Psiquiatra B1:*** *então a gente teve que acolher uma pessoa, altamente, que causou muito...na equipe ficou em pânico, né?*
>
> *(Unidade B1)*

Também nesse trecho os profissionais apontam que, por vezes, a falta de estrutura social presente nos municípios e serviços disponíveis na rede assistencial associados ao fato de que muitos pacientes com transtornos mentais podem term questões associadas de criminalidade, eles acabam sendo encaminhados para hospitais psiquiátricos via IPC.

Segundo os profissionais relatam em outros momentos, a depender da forma como o encaminhamento vem expresso, não tem um período definido. Neste caso, a equipe precisa enviar relatórios periódicos, se submetendo a processos burocráticos, ligados ao judiciário, para conseguirem manter sua atuação dentro da legislação e ao mesmo tempo respeitando um princípio ético da não malevolência, que pode ser evitada se as IPC fossem usadas para tratamento e não para sustentar praticas higienistas e de controle social (Couto, 2014; Moreira & Loyola, 2010). É válido ressaltar que esse tipo de prática, em muitos países, como afirma Gil (2013), é controlada como forma de se evitar abusos contra os pacientes e, da mesma maneira, proteger as equipes.

No próximo trecho, que ilustra um diálogo desenvolvido na Unidade C, os profissionais discutem a ausência de consensos nos discursos da saúde e do judiciário. O que acarreta em constatar que muitas vezes a IPC é designada para controle social ou como uma prática de biopoder conforme aponta (Couto,2014). Além disso, salientam que o trabalho desenvolvido em IPC constitui-se, às vezes, em uma ação isolada, descolada de qualquer outra prática de cuidado presente no SUS, e que já deveriam estar mais articuladas conforme afirma a RAPS (Brasil, 2011).

> ***Psicóloga C1****: aproveitando... isso que ela colocou e o que o ele tá falando... Essa eu acho que é uma das grandes dificuldades que a gente enfrenta nos casos de ordens judiciais, eu acho que não existe um conhecimento suficiente dessas pessoas que tão trabalhando no judicial sobre essa questão, entendeu? Da saúde mental, eu acho que ainda existe na cabeça deles, a fantasia de que a doença mental é parecido com a gripe... parecido com a tuberculose... é parecido com qualquer outra doença orgânica que você vai internar o paciente, o paciente tem que ficar curado naquela internação e sair... daquela internação curado e acabou o problema... não é assim né? Eu acho que ainda existe muito dessa fantasia, da solução mágica... de que você vai internar o paciente como qualquer outra doença clínica, e ele vai ficar perfeito, e ele vai sair, e não é assim que acontece. A gente sabe que no caso dos transtornos mentais são outras questões envolvidas, então eu acho que essa é uma dificuldade da gente... de uma falta de conhecimento, né? Uma falta de sensibilização desses, do judiciário pra todo esse contexto, porque eu acho que se houvesse essa sensibilização, tivesse esse conhecimento, talvez eles vão ter esse insight né...olha gente então precisa além do hospital, já acionar o CAPS, já acionar a família, já acionar o CREAS... entende?*
> ***Médica psiquiatra C1****: e também já teve casos nossos que o juiz, pois lá que queria que nós déssemos certificação... que não ia ter recaída.*
> ***Psicóloga C1****: Então, essa conversa, que a gente tá fazendo aqui , eu sempre proponho nas reuniões que a gente tem, que haja essa interface com o judiciário, que a gente vá ter essa conversa com o ministério público, coma defensoria que é quem pede pra ser internado esses pacientes com os juízes que internam esses pacientes, né? Pra gente falar as nossas dificuldades, pra eles verem no que que eles podem ajudar, eu sinto falta da gente trabalhar em conjunto, porque eles trabalham lá na vara e despacham a gente cumpre, a gente manda o paciente de volta e não é assim, num existe uma rede de trabalho, num constrói um trabalho conjunto.*
> ***Auxiliar de enfermagem 01C1****: Uma teia, né?*
> ***Psicóloga C1:*** *isso, a gente não constrói uma teia de trabalho né, uma rede, cada um faz a sua parte o sujeito fica fragmentado nesse sistema, e a gente não consegue produzir um trabalho que realmente seja efetivo na maioria dos casos, por que a gente tá falando de casos que dão certo, mas a gente sabe da nossa frustração, do nosso desgaste emocional da maioria dos casos não dar certo, entendeu?*
>
> *(Unidade C1)*

A exigência de contratos ou certificados de que o paciente não terá recaídas e causar problemas na comunidade de origem deixa claro como o discurso da saúde se diferencia do discurso jurídico que é baseado em produção de evidências. Além disso, parece estranho prever

que não haverá recaídas se a rede de atenção psicossocial não trabalhar de forma articulada na assistência nos pacientes egressos de IPC.

Este diálogo é especialmente interessante porque permite perceber, como parte dos próprios profissionais, o apontamento dos caminhos para a construção de uma assistência melhor para estes casos difíceis: maior diálogo entre a saúde e o sistema judiciário, bem como entre as próprias instâncias de cuidado em saúde e saúde mental. No entanto, parece que este "desabafo" é feito sem, contudo, considerarem como poderiam, desde sua própria prática, iniciar esse processo de transformação.

A seguir, apresentamos o terceiro eixo temático, no qual analisamos de maneira mais específica os sentidos produzidos pelos profissionais de saúde em relação à participação da família no processo de cuidado do paciente em IPC.

4.3 IPC, família e tratamento

A organização dos serviços de saúde brasileiros conferem papel importante ao grupo familiar como parte do cuidado e de atenção em saúde, não só no que se refere à saúde mental, mas também em outras formas de atenção (Martins, 2013). Por isso em nosso corpus sentidos sobre a família dos pacientes em IPC apareciam nas práticas discursivas desenvolvidas durante as entrevistas, e, além disso, esses sentidos pareciam influenciar no tratamento dos pacientes em IPC.

De antemão ressaltamos que em nosso roteiro de entrevista (Apêndice D) não buscávamos propriamente sentidos ou descrições sobre as famílias dos pacientes em IPC e nem mesmo da forma como esses familiares interagem com os profissionais cotidianamente. No entanto, eles se fizeram presentes e estão representados no Quadro 4, a seguir.

Sentidos de família	Participação no tratamento
Família como Recurso	Presença de familiar é positiva para o tratamento em IPC
Família como Desafio	Na ausência no tratamento Boicote ao tratamento Pedidos de IPC para institucionalizaçao

Família como Potencialidade a ser explorada	No pedido de IPC a família poderia ser avaliada Extensão do tratamento por IPC para a família Uso da IPC como forma conseguir assistencia no SUS

Quadro 4: IPC em relaçaões familiares

A participação da família durante a internaçao dos pacientes é tida como um **recurso** na medida em que facilita o trabalho profissional com os pacientes, além de funcionar como um apoio ou suporte que mantém o vínculo do paciente internado com sua realidade exterior e sua rotina socio-familiar. Para Martins, Santos & Guanaes-Lorenzi (2014, p.154) "a inclusão de familiares no tratamento, de pacientes da saúde mental pode ser encarada como uma atividade dialógica, que abre possibilidades à construção conjunta de novas histórias que moldam a vida das pessoas" além de novas formas de relacionamento.

> ***Assistente Social B1****: eu acho que foi feito um diferencial no caso desse paciente, foi chamado até o pastor da Igreja onde ele ia...O Pastor veio fazer uma rede com a gente, e o pastor entendeu o motivo da internação, por que, pra que, quais os objetivos, pra que que servia a nossa medicação, então o pastor ajudou na orientação do paciente disso...O pastor veio constantemente né...faze as visitas... a família (também) faz um vínculo com a gente, liga ai toda hora...*
> *Pesquisadora: entendi...*
> ***Assistente Social B1****:a família acaba criando...acaba tento um apoio que eles não tem nos serviços externos, isso é, uma pena que esse apoio não tinha que ser feito pelo hospital.*
> *(Unidade B1)*

Conforme os profissionais conversam no contexto do grupo, a possibilidade de contar com a rede social do paciente (pastor, família) aparece descrita como um recurso no atendimento dos pacientes em IPC. No caso, a equipe entende que o apoio da família auxilia na construção do vínculo com a equipe, favorecendo o tratamento. No entanto, ressaltam que este apoio da família poderia se dar também em outras instâncias – de maneira que o paciente não precisaria estar internado para isso. Por outro lado, são considerados como **desafios para a prática profissional e desenvolvimento de terapêuticas** a família que se esquiva em participar do tratamento, que nega visitar o parente internado, o que produz uma forma de abandono dentro das intituiçoes, e que prejudica a evolução desses casos, impondo dificuldades às equipes que muitas vezes precisam que o familiar seja presente para a construção do projeto terapêutico.

Os profissionais destacam ainda que a familia por vezes dificulta a recuperação dos pacientes seja de maneira intencional ou como uma forma de entendimento de ajuda ao paciente, levando substâncias ou facilitando fugas. Além disso, os profissionais destacam que a IPC pode funcionar como uma forma dos familiares de alguma forma transferirem a responsabilidade quanto ao cuidado para o Estado (Vecchia & Martins, 2006).

Alguns trechos apresentados a seguir ilustram como estes sentidos aparecem nas práticas discursivas dos profisionais no contexto do grupo:

> ***Médica Psiquiatra C1****: (...)Eu também eu acho assim, que a gente tem que lidar também muito com abandono social, que esses pacientes tem, que a família tem também, sabe? E assim, ao mesmo tempo a gente lidar com o abandono que a família, às vezes causa para o paciente, então, assim, eu vejo com muita frequência, a família não vir...*
> ***Auxiliar de enfermagem 03 CI****: é verdade, agora...*
> ***Psicologa C1****: no dia da ligação desliga o telefone, às vezes a gente só tem contato com o celular das famílias, no dia e no horário da ligação o pessoal percebe (risos) que todos os telefones estão desligados.*

Conforme apresentado pela médica psiquiatra, muitas vezes, a família do paciente também vivencia abandono social, por isso não podendo se implicar no cuidado. Outras vezes, contudo, por este ou por outros motivos, a família tem dificuldades em se implicar no tratamento, gerando o abandono do paciente no serviço. Nestes casos, a equipe insiste sem sucesso, e sente responsabilizada pelo cuidado do paciente, sem o apoio de sua rede social para conseguir desenvolver um trabalho de base mais comunitária.

A recusa em participar o processo de cuidado do paciente ao longo da internação também é tida como um desafio cotidiano ao tratamento no contexto das IPC. Para Pellegrini e d'Oliveira (2015) existe um consenso de que o paciente em crise ou surto deve ser protegido, mas dessa proteção nasce um paradoxo, pois, essa mesma medida que protege o paciente pode afastá-lo de sua rotina sócio familiar, cercear sua liberdade física e afetiva, e nesse momento de crise, o paciente perde a possibilidade de fazer parte do diálogo da construção da sua terapêutica com os profissionais e também com seus familiares.

O trecho seguinte também ilustra outra forma de falta participação do tratamento durante a IPC.

> ***Auxiliar de enfermagem 03 C1****: Então e tem a relação... também sobre... assim é agendamento de visita, foi passado pras famílias assim, que se organiza pra tá vindo sabe? Pra não ficar aquele tumulto... não vem...*
> ***Auxiliar de enfermagem 02 C1:*** *então... não vem. Olha que, que realidade triste!*
> ***Auxiliar de enfermagem 03 C1****: tipo assim, tem uns que não vêm de jeito nenhum, são poucos que vêm.*
> ***Auxiliar de enfermagem 01 C1:*** *já teve até caso da família aqui que se mudou, né?*

Pesquisadora: *como que é?*
Auxiliar de enfermagem 01 C1*: que se mudou só pro paciente, assim, não ter que voltar...*
Pesquisadora: *ela abandonou ele no hospital?*
Todos: *é...*
Psicóloga C1: *mudou de endereço e não informou.*
Auxiliar de enfermagem 04 C1*: é... num informou...*

(Unidade C)

No trecho acima os profissionais, ainda que reconheçam a dificuldade social que algumas famílias têm, eles criticam esta postura de falta de envolvimento da família – de transferência de responsabilidade do cuidado para o hospital (Vecchia & Martins, 2006). A situação de abandono do paciente dificulta, portanto, que a IPC seja um processo transitório, pois cria desafios posteriores à reintegração do paciente à vida comunitária.

Em outros momentos o **desafio** imposto pela família durante o tratamento em IPC se refere a falta de colaboração com ganhos conquistados pelos pacientes durante e após a IPC.Os trechos abaixo ilustram um desses casos.

Psicóloga C1: *é (o) paciente, ele era usuário de bebida, ele ficou super bem aqui na internação, ele conseguiu refletir... estando internado ele conseguiu fazer contato com os antigos empregadores dele, já conseguiu o emprego dele de volta... no momento dele te alta, a mãe veio buscar, acabou com ele.*
Auxiliar de enfermagem 01 C1: *eu lembro aquele menino...*
Auxiliar de enfermagem 03 C1*: é... acabou com ele.*
Psicóloga C1: *acabou com ele na porta, disse que ele não tava pronto, que ele ia voltar a beber, que ele ia beber na primeira esquina, veio ela e o filho dela, também o filho dela veio alcoolizado, eles diminuíram ele, acabaram com a autoestima dele, ele saiu daquela porta ali, quase chorando... aí você vê o seu trabalho todo, de autoestima que você fez com o paciente, o trabalho de autoeficácia, construção ai da autoimagem dele, como uma imagem de como alguém que pode se recuperar, que pode conseguir alguma coisa na vida, que pode voltar a trabalhar...você vê aquilo, né..*
Auxiliar de enfermagem 04 C1*: desmoronar...*
Médica psiquiatra C1*: e é um convite pro retorno, né, à doença*

(Unidade C1)

No trecho acima os profissionais avaliam a dinâmica familiar, estando atentos como a forma como a família lida com o paciente, desvalorizando suas conquistas, tem efeito sobre o processo de cuidado.

Outro sentido que é um desdobramento da falta de participação do familiar durante o tratamento é o uso da IPC como forma de transferência de responsabilidades e cuidados. Não nos cabe desqualificar a eficiência dessas famílias em acolher os parentes com transtornos mentais, mas é válido salientar que esses parentes encontram também pouco apoio para lidar

com uma situação que, além de estressante, tem implicações diversas na estrutura familiar. Nesse sentido, Vecchia e Martins (2006) afirmam que o papel de famílias no cuidado ao portador de transtorno mental sofreu modificações ao longo dos anos. Em estudo que objetivava investigar modificações no cotidiano de familiares de pessoas que passaram por internação psiquiátrica e os significados implicados presentes neste processo, os autores concluíram que, nas famílias, a noção de cura ou recuperação aparece vinculada à capacidade produtiva, sendo os recursos públicos insuficientes ou insatisfatórios; e apontam a insuficiência de políticas adequadas de atenção à família na rede substitutiva. Soma-se a isso o fato de que o cuidado cotidiano fica a cargo dos familiares, sendo que esse não gera apenas desgaste emocional e relacional, mas também financeiro. Os autores também afirmam que os familiares não são, na maioria das vezes, omissos aos parentes com transtornos mentais, e que os pedidos de internação também funcionam como uma forma de pressionar os poderes públicos no que se refere à desassistência nos serviços substitutivos.

Além disso, as estratégias de cuidado nas redes substitutivas são insuficientes quando os próprios pacientes pedem para ser internados para se afastar de conflitos familiares. Estas estratégias poderiam funcionar de forma a amparar o familiar responsável pelo cuidado na forma de subsídios econômicos, culturais, financeiros, instrumentais e psicológicos.

> ***Assistente social B2****: (...)as famílias descobriram esse caminho, que até pouco tempo era raríssimo ter uma...*
> ***Médico psiquiatra B2****: internação judicial*
> ***Psicóloga B2:*** *não dão conta né...*
> *Assistente social B2: num dão conta e procuram logo o juiz, que é muito ruim pra família também num dá conta, e a rede também não dá conta, eles não têm esse suporte da rede.*
>
> *(Unidade B2)*

Por outro lado, existe também por parte das equipes o reconhecimento do **potencial presente na participação do familiar**. Por exemplo, os profissionais de saúde apontam que se os familiares também fossem avaliados, outras medidas não apenas destinadas ao paciente sintomático poderiam ser prestadas à família e, mediante uma avaliação mais criteriosa, outros encaminhamentos poderiam ser oferecidos. Para Sluszki (1997), o cuidado com pacientes com doenças crônicas é de difícil recompensa, pois podem ser percebidos como pouco eficazes e de recompensa insatisfatória. Essa é uma questão que pode explicar a falta de participação dos familiares nos tratamentos. Por sua vez, Salles e Barros (2007) apontam que o período de internação tem um efeito terapêutico no ambiente familiar, que passaria por um período menos

estressante. Por outro lado, isso dificultaria a volta do paciente para casa e manteria a lógica de tratamento baseada em internações.

No trecho seguinte outro sentido aparece, e se refere à IPC como uma forma de proteção social e também como uma forma de amparar uma família que se encontra sem outros recursos que possam proteger o paciente de riscos – ainda que reconheçam que o papel da IPC esteja mais próximo ao de uma prisão do que propriamente a um tratamento.

> ***Assistente social B2:*** *então num é um tratamento adequado, vai ficar aqui, se é dependente químico vai ficar longe das drogas e volta...*
> ***Médico psiquiatra B2****: mas eu acho que apesar de assim ela não ter o tratamento adequado, pra família já um grande passo, o fato dessa pessoa não tá usando droga, e tá aqui digamos que protegida, a gente funciona mais ou menos como uma prisão, né?*
> ***Psicóloga B2:*** *por um tempo, né?*
> ***Médico Psiquiatra****: a gente prende a pessoa*
> ***Psicóloga B2:*** *não significa que tá sendo tratado daquele problema tá longe da droga...*
> ***Médico Psiquiatra****: a família fica confortada, eles conseguem dormir sabendo que não vai entrar qualquer hora, roubar objetos de casa*
> ***Psicóloga B2****: falando do usuário de droga...*
> ***Médico Psiquiatra B2:*** *coisas assim....*
>
> *(Unidade B2)*

No trecho seguinte, voltaremos ao caso de um paciente já citado acima, que foi abandonado pelos familiares no hospital. A cobrança quanto à participação da família nos tratamentos de saúde é algo que perpassa este *corpus* de análise. Neste caso são apresentadas também as medidas que foram tomadas.

> ***Auxiliar de enfermagem 02C1****: O serviço social, né? Entrou em contato com as leis e também com outros familiares.*
> ***Auxiliar de enfermagem 04C1:*** *familiares...*
> ***Auxiliar de enfermagem 02C1****: até conseguir localizar, e aí teve que é.... que o hospital abrir um processo e fazer isso judicialmente pra obrigar a família...*
> ***Psicóloga C1:*** *denuncia no ministério público...*
> ***Auxiliar de enfermagem 02C1****: denuncia pra o ministério público agir com a família, eles foram denunciados por abandono de incapaz...*
> ***Auxiliar de enfermagem 04C1****: e teve casos nossos também que nós fizemos a devolutiva pro juiz... porque o juiz era sóóóó não fica aí, fica aí... o paciente ficava, a gente... o paciente com condição de ir embora, e ai a gente ter feito, é reunimos a equipe e decidimos dar relatório cobrando que a família, se integrasse ao paciente e fizesse um tratamento também...(...)*
> ***Psicóloga C1****: de todos os casos judiciais que a gente recebeu aqui até hoje só uns dois casos, em que o juiz também impetrou uma ordem judicial para a família, para que a família viesse visitar e ai tinha que assinar um termo... alguma coisa...*
> ***Auxiliar de enfermagem 04C1:*** *é... (...)*
> ***Pesquisadora:*** *[...] como é que é pra vocês desenvolverem todo esse trabalho, e devolver esse paciente pra essas famílias?*

Auxiliar de enfermagem 02C1: *frustrante...*
(risos do grupo)
Médica psiquiatra C1*: muito difícil...*
Auxiliar de enfermagem 01C1*: a gente dá até dó. Sabendo que a família é desestruturada, em uma semana ele vai tá aqui de volta...*
Médica psiquiatra C1: *ele volta...*

(Unidade C 1)

Existe nesse caso e em outros já citados uma avaliação da equipe quanto ao tipo de família a que esses pacientes pertencem e também qual deveria ser a função dela como cuidadora. Para o caso citado acima, o hospital acionou o judiciário via ministério público, que impôs uma ordem de visitação na tentativa de vincular o paciente à família. Percebe-se, aqui, uma tentativa de contato e vinculação, mas ao mesmo tempo uma imposição quanto ao papel que as famílias devem assumir no tratamento. Por certo, para que essas tentativas, também compulsórias, sejam mais ou menos eficientes, faz-se necessário uma reflexão sobre qual a função do familiar quanto ao parente adoecido. Cabe também uma reflexão de que potencializar apenas as famílias como cuidadoras ou impor à família a participação traz desafios que precisam ser pensados nesse contexto terapêutico e podem vir a ser insuficientes, uma vez que esses parentes podem não existir ou não terem condições de assumir tal papel.

Scisleski, Maraschin e Silva (2008) em pesquisa em instituições da região sul do Brasil também encontraram relatos de que ausência dos familiares às vezes se faz presente nas internações, quando no caso de menores de idade que são realizadas à pedido do Conselho Tutelar e também nas altas dos pacientes. Este é um fato que as autoras apontam como desafiador, a falta de amparo dos familiares durante a internação e alta.

Já pela perspectiva do paciente e sua família, a partir de análise de prontuários e entrevistas com pacientes psiquiátricos internados, e seus familiares, Salles e Barros (2007) apontam que a percepção sobre os serviços de saúde mental ainda segue uma lógica manicomial, isto é, pautada pela internação e isolamento. Em uma análise de tempo longo, essa lógica retoma as experiências de tratamento baseadas em isolamento mencionados por Amarante (2007) e Freitas (2004).

Para os familiares, o convívio com os pacientes pode ser marcado por dificuldades. O tratamento, assim como a própria doença mental, ainda é vista por uma perspectiva orgânica, o que se reflete na definição do tratamento pós-internação ainda como apenas restrito ao uso de medicação.

De maneira semelhante, Mello e Schneider (2011), em um estudo sobre a expectativa de parentes de pacientes psiquiátricos internados em um hospital geral de Porto Alegre sobre a internação, constataram que há, por parte dessas famílias, a expectativa de que a internação funcione de forma a sanar os sintomas e devolva o paciente a um estado mais integrado de

existência capaz de atuar por si e de conviver socialmente. Por conseguinte, a internação pode ser percebida como iatrogênica para o paciente, estabelecendo uma cisão na vida rotineira. Isso se reflete na dificuldade dos entrevistados em identificar nos centros de tratamento substitutivos a continuidade do tratamento, o que demonstra a falta de articulação entre os hospitais e a rede comunitária. Muitos familiares gostariam de dispor de Hospitais Dia, mas que essa é uma realidade que precisa ser ampliada (Salles & Barros, 2007).

Essa relação da família com os pacientes em IPC frequentemente se mostra difícil. Os pacientes questionam o abuso de poder dos familiares em relação à liberdade e às escolhas de tratamento. Por sua vez, os familiares apontam que a presença dos sintomas, tais como barulho e descuido com a higiene, tornam a vida conjunta um desafio constante (Salles & Barros, 2007).

Com resultados semelhantes, Mello e Schneider (2011) realizaram um estudo sobre a expectativa de parentes de pacientes psiquiátricos internados em um hospital geral de Porto Alegre sobre a internação. A experiência de cuidar e conviver com um familiar com transtorno mental pode ser estressante e influenciar na qualidade do vínculo familiar, além de representar uma sobrecarga emocional e financeira para os cuidadores. Assim, para a família, a internação apresentaria um aspecto positivo, de uma possibilidade de orientação sobre a doença, assim como de apoio emocional, tal como proposto por Martins, Santos e Guanaes-Lorenzi (2014) sobre a possibilidade se trabalhar juntamente com a família e ampliar os vínculos e possibilidades de cuidado. Por outro lado, as famílias mencionam também as dificuldades enfrentadas para dar continuidade ao tratamento.

Novas formas de entendimento e cuidado em saúde mental vêm sendo desenvolvidas e aplicadas. Uma delas é o movimento *"Hearing Voices" (Ouvidores de vozes)* uma prática mais desenvolvida na Europa, especialmente no Reino Unido e Estados Unidos que vem de certa forma propor outros entendimentos sobre o que convencionou-se chamar de sintomas psicóticos, entre eles ouvir vozes. Neste entendimento esse tipo de experiência faz parte da experiência humana. E aqui os pacientes ou ouvidores de vozes são encorajados a conversar com essas vozes e tentar controlar as influências que podem exercer sobre quem as escuta. Nesse novo entendimento, o papel do familiar é tão ou mais importante que o do profissional da saúde mental, sendo por isso chamados de profissionais por experiência. A família aqui é empoderada na capacidade de cuidado, sendo por isso de fundamental importância na atuação junto a pessoas que sofrem pelos efeitos de ouvir vozes. (Muñoz et.al, 2011)

Acreditamos que seja necessário ir além da relação doente-familiar para que novas ações de promoção de saúde sejam colocadas em discussão, pois, com base nos sentidos construídos sobre a relação entre IPC e família, percebe-se um jogo de responsabilidades, em que ora esta

é atribuída à família, ora ao Estado ou ao hospital. No fim, o que temos são famílias sem apoio, que, frequentemente, estão sendo institucionalmente cobradas, e pacientes desamparados. Acreditamos que aqui é um ponto em que a intersetorialidade do SUS precisaria ser trabalhada, para que novos espaços de diálogo e relacionamento se tornem possíveis e novos espaços terapêuticos sejam estudados. No item seguinte exploraremos mais os desafios presentes para a efetivação da RAPS (Brasil, 2011).

4.4 IPC e sua relação com a RAPS

Conforme discutido na introdução deste texto, a Rede de atenção psicossocial RAPS (Brasil, 2011) foi elaborada para suprir as necessidades de saúde mental no SUS e ampliar a assistência para além da lógica manicomial. Neste eixo temático, analisamos de que maneira o uso das IPC se relaciona com efetivação dessa rede de atenção psicossocial, conforme sentidos construídos pelos profissionais de saúde nas práticas discursivas desenvolvidas nas entrevistas.

IPC e sua relação com a RAPS	Implicações
Desafios da IPC nas relações profissionais	A sopreposição de poderes e saberes entre Justiça e Saúde desqualifica e desempodera os profissionais de saúde
Alto uso IPC	Desinvestimento da na assistência ambulatorial associado ao elevado índice de (re)internação e inversão na lógica de assistencia.
Medicaçoes usadas na ipc:	Rede ambulatorial pode não garantir a extensão do tratamento medicamentoso

Quadro 5: A IPC e os sentidos decorrentes para a RAPS.

No trecho seguinte, a profissional da unidade aponta o quanto é importante se estabelecer um espaço de diálogo com a rede assistencial de saúde o qual, em última análise, beneficia o próprio usuário e a sua rede social no momento da alta. Isso porque um paciente bem vinculado aos serviços de saúde em suas localidades pode gerar menos ônus e ter, dentro

das possibilidades de cada paciente, uma vida mais saudável, com menos abandonos e internações.

> ***Psicóloga C1:*** *[...] porque o nosso trabalho aqui é fazer contatos com a rede, mas não resolver os problemas da rede. A gente tem que amarrar os casos com a rede, e aí a partir daí passa a ser responsabilidade da rede tocar e desenvolver esses programas. E é essa a nossa dificuldade, na hora que é o momento da rede tocar e desenvolver esses programas, e a gente até idealiza, até pensa assim nos programas, olha pra esse paciente seria legal que ele trabalhasse, seria legal que ele fosse incluído num projeto de educação. A gente passa isso pra rede, faz essa amarração com, e chega na rede muitas vezes por diversos motivos isso não acontece, o paciente acaba voltando aqui por uma questão social.*
>
> *(Unidade C1)*

Este trecho nos permite ilustrar a importância que a equipe confere à comunicação entre os serviços, assim como as potencialidades que esse recurso poderia ter no cotidiano do paciente. Conforme seu entendimento, a sobreposição de poderes e a dificuldade de encontrar consensos nas ações e prescrições da saúde e da justiça podem configurar-se em tratamentos que não se complementam. Dessa forma, os ganhos obtidos por meio da internação podem ser perdidos devido ao tempo que o paciente fica internado ou pela falta de seguimento no pós-alta.

Machado e Santos (2013), ao investigar as experiências vividas por pacientes no período pós alta com relação aos serviços substitutivos de saúde mental, verificaram que embora tenham reconhecido a qualidade do atendimento prestado nos serviços substitutivos de saúde mental, relataram que estes ainda são insuficientes. Entre outros aspectos, destacaram a ausência de atendimentos noturnos, a falta de atendimento em momentos de crise, brevidade de consultas e longos espaços entre os agendamentos de consultas de acompanhamento, a falta de escuta e atendimentos baseados no controle de medicação. Destacam, ainda, que a insuficiência de respostas às demandas dos usuários nos serviços substitutivos cria lacunas na assistência à saúde mental que são equacionadas por internações psiquiátricas.

Além disso, destacam que os modelos presentes em serviços de saúde mental substitutivos estão baseados na lógica biomédica da remissão de sintomas através do uso de medicações prescritas. Também em relação à rede substitutiva, apontam que os serviços substitutivos são insuficientes por estarem referenciando grandes áreas populacionais, problema que é somado ao fato de não possuírem recursos físicos e humanos para a demanda de pacientes assistidos. Dessa forma, o serviço substitutivo fica fragilizado e a prestação à população também e, como consequência, acontece a (re)internação psiquiátrica. E o ciclo recomeça.

No que se refere às medicações prescritas, muitas vezes as medicações disponíveis no âmbito hospitalar, que podem ser de alto custo (também chamadas de excepcionais ou de uso contínuo), podem não ser garantidas nas redes ambulatoriais de acordo com o diagnóstico do usuário. Essa é uma limitação da legislação que regula esse tipo de medicamento. Dessa forma alguns pacientes que conseguem bons resultados usando uma medicação podem perder esse benefício na alta por não apresentarem o diagnóstico favorecido (Portaria GM n° 204/2007).

Nos trechos seguintes percebemos que as diferentes formas de entendimento (entre justiça e saúde) configuram tratamentos que são confusos para os profissionais que os prestam, pois eles estão habilitados a dispor de seus recursos em um entendimento de promoção de saúde, mas têm dificuldade em conseguir fazer com que a justiça compreenda que esses pacientes têm condições de alta e que não há como dar garantias quanto ao tempo esperado para uma seu processo de recuperação. Com frequência, em seu cotidiano profissional, isso funciona como um entrave no que se refere à liberação de altas. Além disso, enfrentam também situações em que seus recursos são insuficientes às demandas dos pacientes, sendo que outras medidas seriam mais eficientes.

> ***Médico Psiquiatra B2:*** *A situação (acontece) por que é uma inversão de papéis. É um juiz dando parecer numa área que não é a dele... a gente pra dar alta precisa dessa autoridade, o paciente olha pra nós e diz "quem são vocês, vocês não são autoridade", os profissionais de saúde que não podem tomar decisão. Então que história é essa a situação sobre a saúde dele tá fora da instituição, no caso a instituição psiquiátrica, eu acho que é uma inversão de tudo.(...) Uma paciente que tem sintomas psicóticos, mas na época o que mais aparecia era um uso de drogas compulsivo, e já tava assim há cinco, seis meses e a gente fazendo relatório sobre, marcamos um dia, fomos eu, e a assistente social (...)no fórum falar com o promotor né? E ele dizendo assim "que nós tínhamos que dar garantias de que aquela paciente não usaria mais drogas" pra poder autorizar, pra pedir ao juiz a autorização pra ela poder sair da instituição. Então é assim, é eu ir a penitenciária e pedir ao juiz que aquele que me roubou, ele só pode soltar aquele cara, aquele sujeito, quando ele der garantias de que ele não vai roubar mais, (risos) é uma coisa assim esdruxula... Mas o que mais me assusta ainda, e eu nem disse tudo, é essas determinações pra onde, por exemplo, na enfermaria ,nós não temos nenhum trabalho especializado para o tratamento de dependente químico.... Não temos nada especializado (...) O juiz determina que seja internado nessa enfermaria onde nós não temos nenhum trabalho voltado pra isso... (...)*
>
> *(Unidade B2)*

Neste trecho, infere-se que o tempo que a internação perdura vai contra as propostas em saúde mental já regulamentadas. Além disso, existe uma clara diferenciação entre os discursos dos profissionais de saúde e o discurso do poder Judiciário. Esse descompasso de entendimentos gera a sobreposição de saberes de um campo sobre o outro, e pode muitas vezes ferir o que já

é considerado como um direito humano inalienável. Para Santos & Chauí (2014, p.42) "a grande maioria da população mundial não é sujeito de direitos humanos. É objeto de discursos de direitos humanos", visto que pessoas com transtornos mentais são avaliadas em função do déficit ou da doença, o que as descredencia de quaisquer outras capacidades inclusive a de autogoverno, autogestão da própria vida, da participação de fato na sociedade e do exercício de cidadania e no caso de nosso estudo na avaliação quanto ao tipo de tratamento a que são submetidos.

Esse excesso de judicialização nos tratamentos em saúde mental parece sugerir que devido a essa discordância de entendimentos em relação ao tipo de tratamento e o benefício oferecido sugere uma falta de articulação entre esses setores. Isto cria um campo de tensão: no que se refere ao direito à assistência em saúde a IPC parece cumprir este objetivo, mas em termos de direitos humanos talvez a forma como a IPC se configura cotidianamente pode produzir efeitos negativos na vida do paciente, e além disso impõe desafios éticos às equipes de saúde pois, para o cumprimento da medida judicial, experienciam situações desconfortáveis quanto à prestação de serviços éticos baseados na não-maleficência. Além disso, podem ter opiniões diferentes do judiciário quanto à indicação ou não, conforme discutimos nos itens anteriores.

Além disso conforme proposto pela RAPS (Brasil, 2011) os atendimentos deveriam ser concebidos preferencialmente a partir de práticas substitutivas à internação, que deveriam ser acionadas apenas quando todos os outros recursos disponíveis tiverem se mostrado ineficientes ou nos casos em que o paciente oferecer risco a si ou a terceiros.

Nos trechos acima apresentados alguns desafios cotidianos presentes no contexto da IPC ilustram a dificuldade de articulação no que se refere aos serviços e instâncias da RAPS. No que se refere à saúde mental parecem existir grandes desafios para os profissionais da saúde e da justiça buscarem entendimentos ou discursos compartilhados. Essa ausência de convergência ou dificuldade de comunicação entre essas duas esferas de conhecimento faz com que, muitas vezes, seja difícil encontrar um consenso no que se refere ao cuidado, e especialmente naquilo que é compreendido como ideal, ou melhor para o paciente. Soma-se a esse quadro a dificuldade de se estabelecer a intersetorialidade, visto que a própria comunicação entre esses dois setores é feita, em geral, de maneira burocrática por meio de relatórios de saúde e comunicados jurídicos oficiais.

4.5 Sugestões para as políticas públicas em saúde mental

Uma preocupação na elaboração de nosso estudo era de que pudessemos contribuir com as políticas públicas em saúde mental. Sendo assim, a partir desse ponto destacamos o que os profissionais apontam que poderia ser diferente e cujos efeitos decorrentes melhorariam a assistência em saúde mental dentro da RAPS. De maneira especial observamos que estas sugestões visam a que a assistência não fique em apenas um nível de atenção e seja extendida como tratamento no pós alta para o tratamento ambulatorial.

Sugestões	Implicações
Agilidade judicial	Implicaria em facilitação na alta dos pacientes, menos desgaste e sofrimento para o paciente e equipes durante processo de cuidado, e aumentaria a rotatividade dos leitos hospitalares
Alta a critério da equipe de saúde mental	Valorização da equipe como especialista na avaliação da internação como ação em saúde.
Investimento em diálogo intersetorial	Poderia solucionar a diferença de entendimentos que a Justiça e a saúde têm em relação à assistência em Saúde mental
Potencialização das redes de saúde	Permitiria a diminuição das IPC devido à falta de suporte/estrutura das redes de saúde

Quadro 6: Sugestões para as Políticas Públicas em saúde mental

Retomando ao que foi apresentado no item anterior, se houvesse maior compatibilidade no entendimento quanto à alta na relação entre os atores da saúde e do judiciário, e também quanto à função de uma internação psiquiátrica, o retorno do paciente para a comunidade seria facilitado. A alta deveria ser tão bem articulada quanto a internação. Nesse sentido Scisleski, Maraschin e Silva (2008) destacam que o momento da alta tem sido negligenciado e o paciente acaba retornando para a mesma rotina que o levou a ficar internado. Então, afinal, para que serviu a internação psiquiátrica?

Além disso, as autoras vêem pouca possibilidade da instituição hospitalar funcionar **isoladamente** como agente de mudanças. Em nossos resultados esse sentido também apareceu, acompanhado de uma frustração profissional na medida em que o trabalho **não pode ter**

continuidade nos serviços ambulatoriais. Para essas autoras esse funcionamento tem uma lógica de ação individualista, que busca solução pensando apenas no sujeito, mas desconsidera que parte das soluções (ou do tratamento) também deveria operar nos contextos relacionais em que esses indivíduos estão inseridos.

No trecho seguinte, vemos como a necessidade de maior articulação entre os serviços da rede de assistência aparece significada como possível medida para melhorar a assistência do paciente em saúde mental. De maneira específica, vemos a crítica à questão da compulsoriedade de um tratamento aparecer, predominantemente, como prática hospitalar – sendo pouco estendida para os demais níveis de atenção em saúde.

> ***Auxiliar de enfermagem 01C1:*** *ela (IPC) não é pra rede, então se o juiz dá a ordem judicial pro indivíduo ser tratado, ele tinha também que dar um instrumento obrigatório da rede, abraçar essa causa também, a ordem judiciária só vale pra gente, não é obrigada a ir tratar lá no CAPS AD por exemplo. Entende? Então a coisa fica só unilateral não há essa congruência dos serviços, não há essa harmonia, esse intercambiamento do poder judiciário, né? Olhando pra isso e de repente mobiliza todo o sistema para com aquele sujeito. Nós tivemos um caso aqui de um paciente, e ele teve, se eu não me engano, quatro ou cinco internações. Na última conversa que a gente teve com ele, a enfermeira colocou ele na sala ali, eu e ela conversamos com ele, explicamos pra ele, ele tinha tido uma fuga, é... apanhou da polícia, quebrou o braço dele, aí ele voltou com esse braço quebrado e ai a gente conversou com ele, a gente explicou que essa era uma oportunidade que, embora estivesse sendo obrigatória pra ele, era uma oportunidade dele repensar seus valores, suas escolhas por que querendo ou não, um dia a gente morre, e a gente não sabe quando a gente vai morre, então a gente tem que aproveitar melhor dessa vida, né? E aproveitar esse momento né pra da escolher um caminho diferente, então ele fugiu de novo e... duas noites depois que ele fugiu aqui do hospital, ele foi consumir droga num pátio de estacionamento de um supermercado, e ele estava lá com outros rapazes e de repente, parou um tipo de uma caminhonete, o pessoal disparou vários tiros em direção ao grupo, só que só ele foi alvejado e morreu...*

Nossos entrevistados questionavam muito o porquê a IPC ou uma medida compulsória só se aplicava aos serviços hospitalares. Casos de atenção compulsória na rede comunitária existem, conforme apresentado na introdução em diversos países. No que se refere ao Brasil, já existem casos nos quais os serviços ambulatoriais de saúde mental como os CAPS foram acionados compulsoriamente a prestar assistência, mas esses ainda são procedimentos que acontecem em menor proporção do que as IPC, e mais uma vez podem funcionar como uma forma impositiva de cuidado que pode afastar o usuário do serviço ou prejudicar a aliança terapêutica. Por certo esses são procedimentos ainda pouco estudados e que carecem de avaliações quanto à efetividade.

Outra questão é que a IPC sozinha pode ser insuficiente. Sua prescrição funciona de forma impositiva nos serviços sendo que outras medidas parecem ser desconsideradas, como qual o perfil de um hospital especializado? Quais as condições físicas desse espaço? Quais recursos esse espaço oferece? Essas questões parecem ser ignoradas nos encaminhamentos.

Estabelecer conexão do hospital tanto com a rede e como com o judiciário pode ser um recurso relacional, que pode permitir que o paciente siga seu tratamento na rede ambulatorial e facilitar a relação paciente/familiar com a rede de origem. Além disso, pode funcionar como um fator para altas mais rápidas. Aqui serão apresentadas algumas ações e sugestões desenvolvidas pelas equipes de saúde mental do hospital dentro desse contexto.

> ***Assistente Social B1****: [...] quem nem com um paciente que atendemos, lá em [nome do município], eles deram conta, mas o nosso enfermeiro foi lá, falou com a equipe de saúde mental, pra não ter medo dele, falou pra manter remédio entendeu?*
> ***Psicóloga B1:*** *como a rede...*
> ***Pesquisadora****: ele trabalhou a recusa dessa?*
> ***Médica Psiquiatra****: então, a gente trabalhou a recusa da rede, então o menino tá bem.*
> *(Unidade B1)*

Nesse diálogo, é relatado um caso de um paciente que era refratário dos serviços de saúde de origem. Mas, a equipe, ao investir em espaços de diálogo com a rede de saúde municipal, conseguiu manter este paciente fora de internações. Para tanto, buscou trabalhar a recusa ou dificuldade que os serviços tinham perante esses pacientes.

Uma maior agilidade no que concerne às altas expedidas pelo judiciário implicaria em maior agilidade na alta dos pacientes, além de menos desgaste e sofrimento para ele e a equipe, assim como aumentaria a rotatividade e a capacidade dos leitos hospitalares. Assim, as equipes avaliam que, se a morosidade dos processos de internação fosse solucionada, o trabalho com as IPC seria menos desgastante para os profissionais e para os pacientes.

Conforme ilustra o trecho abaixo, caso a decisão pelas altas estivesse menos a critério do judiciário e mais a critério da equipe especializada, haveria maior rotatividade dos leitos e menor presença dos efeitos deletérios de longo prazo de uma internação psiquiátrica. Além disso, também diminuiria a cobrança por parte do judiciário sobre o hospital, quanto a uma garantia de que o paciente não mais apresentaria comportamentos desviantes.

> ***Assistente social A2:*** *não é só, queria que o pessoal transformasse a internação, alta a critério médico, pra facilitar a vida de todo mundo, a critério médico passo o tempo que tiver trata a doença que tiver que tratar e depois vai embora pra onde tem que ir, ou pra casa ou pra outro lugar, que fosse a critério médico e não a critério de juiz que infelizmente juiz não entende de doença*

(Unidade A2)

> ***Psicóloga A1****: depende de como o mandado estive expresso, há juízes que colocam a critério médico a alta, ótimo é o melhor pra nós, por que ai a médica, os médicos fazem o relatório e enviam e nos só espera saber se o juiz recebeu ou não. Quando o juiz não coloca a critério médico, ai é que a gente tem mais problema porque fica um prazo indeterminado.*
>
> *(Unidade A1)*

Essa questão da decisão pela alta dos pacientes em IPC perpassou os diálogos desenvolvidos em todas as entrevistas, individuais e em grupo. É importante refletir sobre quem estaria mais apto a desempenhar tal função, e, ao mesmo tempo dar visibilidade às exigências que vão além da competência das equipes especializadas, no que se refere às garantias necessárias para a liberação das altas por parte do judiciário. Além disso, cabe destacar o quanto as equipes sentem-se desqualificadas na medida em que seus relatórios e pedidos de alta não são efetivados pela justiça.

Essa nova prática em saúde mental baseada na internação compulsória vem ganhando *status* de política pública, e perde o caráter de último recurso que tinha anteriormente, quando as IPC eram indicadas para os casos em que nenhuma das alternativas existentes se mostravam eficiente para dar conta do paciente. Conforme já foi exposto, medidas imediatistas não dão conta de sanar as questões de saúde mental, e ações e agendas conjuntas deveriam ser pensadas para dar conta dessa demanda clínica e social, visto que existe uma diferença de inteligibilidade entre o discurso e linguagem jurídica, com o discurso e a linguagem das políticas públicas em saúde mental.

Dentro desse quadro geral, nota-se a necessidade ou de um agente/instância que pudesse atuar como mediador ou facilitador dos diálogos entre o hospital e os setores jurídicos, ou de um melhor diálogo entre essas duas partes, a fim de que os processos sejam solucionados de forma mais rápida e menos conflituosa, o que certamente diminuiria os casos de institucionalização e cronificação dos pacientes em IPC.

As equipes avaliam que caso fosse dada prioridade ao uso de Internações Psiquiátricas Involuntárias (IPI) sobre as Compulsórias (IPC), ação que já é prevista pela lei 10.216, haveria uma maior facilidade no processo de altas e ao mesmo tempo protegeria o paciente de longos períodos de internação. As IPI são de acordo com esta lei, aquelas feitas contra a vontade do usuário, mas a pedido de um terceiro. Aqui teríamos um efeito no que tange às altas, pois, nesse tipo de internação, cabe ao médico ou ao responsável pelo pedido de internação decidir e pela alta do paciente. Certamente, esta questão não resolve o impasse ético citado em diversos

momentos deste texto – uma vez que o princípio da autonomia e liberdade continuam não sendo considerados.

> ***Psicóloga A1****: É... eu acho que são vários aspectos da internação compulsória, a gente pode falar desse tipo de internação, usando vários focos... né? um deles é... que eu penso é que se os médicos, no caso é que a internação é um ato médico, se os médicos se valessem um pouco mais da internação involuntária nos casos de risco, eu acho que a gente evitaria um contingente das internações compulsórias também, usa-se pouco esse instrumento né...é raro... acontecer a involuntária de fato legalizada por que é um documento especifico. Tem que informar o ministério público, como eu falei,,, Olha que eu tô trabalhando aqui faz 13 anos, e essa recente de uma paciente, pra mim, que eu estivesse trabalhando, foi a primeira (internação involuntária) em 13 anos.*
>
> *(Unidade A1)*

Esse tipo de internação é pouco utilizada. Caso fosse priorizada, poderia ter o efeito de proteger pacientes que se colocam em risco, mas sem ter que deixá-los à mercê da cronificação e institucionalização. Assim, quando o paciente estivesse de alta clínica, poderia retomar à sua rede de origem. Porém, consideramos que esse não deixa de ser um ponto sensível no que diz respeito às liberdades individuais dos pacientes, na medida em que essas internações são mais facilmente realizadas, pois independem do Judiciário. Por outro lado, as IPI possibilitam que, sanadas as questões de saúde mental, o paciente possa seguir ambulatoriamente o tratamento, saindo da internação com mais facilidade e rapidez.

De acordo com as equipes, a falta de suporte e estrutura das redes de saúde mental é responsável pelo grande número das IPC. Assim, uma solução para esse problema seria um maior investimento público em níveis menos complexos de assistência, potencializando as redes de saúde em bases territoriais. Para Dimenstein (2011) é preciso superar também a dependência que os pacientes da saúde mental que ficam restritos aos CAPS, devendo este cuidado fazer parte também dos serviços menos complexos, conforme também é proposto pela RAPS (Brasil, 2011)

> ***Médica Psiquiatra B1****: [...] então assim, como o sistema, a rede não dá conta entendeu, as famílias não tem respaldo, não tem políticas públicas, não tem o básico mesmo entendeu? As coisas caem no hospital... (...) Como a rede não funciona quem nem... com aquele paciente em [nome do município] eles deram conta, mas o nosso enfermeiro foi lá, falou com a equipe de saúde mental, pra não ter medo dele, falou, falou pra manter remédio, entendeu?*
> ***Psicóloga B1****: como a rede...*
> ***Pesquisadora:*** *ele trabalhou a recusa dessa?*
> ***Médica Psiquiatra B1:*** *então, a gente trabalhou a recusa da rede, (...) Agora existe um sofrimento da população por que não tem uma resposta, não tem um preparo entendeu, a rede não dá conta, então na verdade eles usam essa via judicial, usando essa via judicial, já entupiu o Hospital, tem fila hoje pra ordem judicial, se o cara é ou não*

> *criminoso, se tem ou não indicação pra compulsória ele tem que esperar na fila... Então, assim, é muito complicado assim num tá dando conta a rede, então acaba que o hospital também num dá conta, por que a gente não dá alta... fica um ano e meio aqui, a fila não anda...*
> ***Pesquisadora**: você proporia alguma coisa diferente?*
> ***Médica Psiquiatra B1**: a rede né...*
> ***Pesquisadora:** a rede ser mais atuante?*
> ***Médica Psiquiatra B1:** é, porque como que o hospital, com pouca equipe dá conta do paciente e ele estabelece vínculo com a gente, ele... a gente garante tomada de medicação, né? Por aqui a gente garante tomada de medicação, avaliação, as meninas TOs fazem tratamento ,né, então assim... Mas aqui é muito pouco eu vejo pro paciente, mas que tá dando conta, ele estabelece vínculo (...)*
>
> *(Unidade B1)*

Conforme apresentado nas sugestões dos profissionais do hospital psiquiátrico pesquisado, as soluções para equacionar os desafios da saúde mental já são previstas em lei, mas ao que parece ainda são poucos os casos que tiveram sucesso e foram absorvidos pelas redes comunitárias e ambulatoriais.

Além disso, a questão da alta ser concedida pela justiça diante a apresentação de um relatório ou após um prazo estipulado parece desqualificar o entendimento dos profissionais de saúde que herdam em seus discursos e práticas a noção de reforma psiquiátrica, de luta antimanciomial, de reinserção dos pacientes nos centros urbanos e a garantia de tratamentos menos restritivos com vistas não apenas à remissão de sintomas mas também de qualidade de vida e de portadores de direitos humanos e também civis.

Ainda assim, eles não desqualificam o uso da internação psiquiátrica, mas fica presente que esta deveria ser usada para casos de surto, com forte indicação clínica, ou para os casos em que o risco presumível justifique uma intervenção – na qual entendem que ainda que o paciente se oponha à IPC, ela se justifica pelos ganhos que o paciente pode obter, e assim que estiver apto para o retorno ao seu local de origem deve receber a alta e ser imediatamente integrado às redes de apoio em saúde substitutivas.

5 CONSIDERAÇOES FINAIS

No intuito de conhecer melhor os sentidos da prática cotidiana das equipes de saúde mental de um hospital psiquiátrico no que se refere ou manejo de internações psiquiátricas compulsórias construímos este estudo qualitativo, baseado em entrevistas individuais e grupos focais. De antemão ressaltamos que este estudo não pretende ser generalizável e que seus resultados sejam estanques. Visto que o sentido é algo elaborado a partir de práticas dialógicas, eles não são únicos e estáveis, e podem se transformar ao se conectarem a outras possibilidades de significado. Essa forma de realizar pesquisa, de acordo com McNamee (2012), está embasada em processos relacionais de significação, que são únicos, localizados e específicos de um determinado momento, e que permitem a construção de realidades possíveis, descritas a partir de determinada tradição cultural.

Dois grandes objetivos guiaram nosso estudo: compreender de que maneira as equipes de saúde mental do hospital pesquisado significavam a relação do paciente internado compulsoriamente; conhecer o que esses profissionais significavam como potencialidades e dificuldades no contexto de tratamento das internações psiquiátricas compulsórias.

Com base na literatura nacional e internacional pudemos perceber que o campo de trabalho que envolve as Internações Psiquiátricas Compulsórias, é atravessado por diferentes discursos sociais, os quais sustentam diferentes práticas no campo da saúde mental. Em alguns momentos os discursos referentes à ética foram mais evidentes, implicando em críticas às internações compulsórias por ferirem direitos de liberdade e autonomia individual; em outros, o discurso da necessidade de se garantir a saúde se sobrepõe, justificando a compulsoriedade de um tratamento como forma de garantir a proteção do paciente e sua recuperação. Tais discursos, conforme a literatura pesquisada, se presentificam na relação com os profissionais de saúde, interferindo na maneira como lidam com o processo de cuidado de um paciente que chega no serviço por uma IPC. Além destes aspectos, a literatura também ressalta a necessidade de ações intersetoriais, sobretudo considerando o trânsito necessário entre questões de saúde mental e de justiça.

Em nosso entendimento discursos não se constroem ao acaso, eles guardam relação com discursos sociais mais amplos, construídos ao longo da história e em nossa experiência de socialização – tal como sugere a perspectiva temporal proposta por Spink e Medrado (2004). Por isso, é comum perceber tantas formas de compreender o usuário de substâncias psicoativas e os pacientes acometidos por transtornos mentais. No contexto atual, na ausência de outros

recursos ou possibilidades terapêuticas, a internação psiquiátrica compulsória vem se apresentando cada vez mais como um fenômeno clínico e social recorrente tanto para profissionais como para usuários – encontrando, justamente nesses discursos sociais, justificativas para seu uso.

Em nossos resultados percebemos que os três tipos de internação psiquiátricas previstas pela Lei 10.216 (Brasil, 2001) (a voluntária, a involuntária e a compulsória), em termos de tratamento oferecido, seguimento e encaminhamentos no pós alta, são significados de maneira semelhante pelos profissionais de saúde. Segundo eles, a atividade de cuidado que desenvolvem independente da forma como o paciente chega ao serviço. Porém, no que se refere ao processo de admissão, a forma de encaminhamento configura situações distintas, visto que em muitos casos de internação psiquiátrica compulsória o paciente chega desinformado no hospital, sem saber que passará por uma internação que pode ser contra sua vontade; além disso, muitos desses pacientes são trazidos de suas comunidades com escolta policial e ambulâncias, o que os expõem, muitas vezes, a situações constrangedoras, e que podem dificultar a adesão do paciente ao tratamento. Especialmente no que se refere aos usuários de substâncias, estes muitas vezes não estão dispostos a passar por períodos de abstinência, sobretudo por não terem sido esclarecidos sobre o tratamento e suas condições. Já, para os pacientes que chegam em surto ou crise psicótica, esse estranhamento inicial na maior parte dos casos é superado com a evolução do tratamento e pela remissão de sintomas.

Um outro complicador que aparece no que se refere às internações psiquiátricas compulsórias, é que, em muitos casos, a Autorização de Internação (AIH) vem com a prescrição de que a alta pode não ser a critério da equipe, caracterizando uma competência do juiz que realizou o encaminhamento. Nesse tipo de caso ,a internação pode perdurar por um longo período, o que pode ser prejudicial para o paciente - visto que muitas vezes, para os profissionais de saúde, o paciente está de alta clínica e poderia retornar ao seu local de origem e seguir o tratamento em níveis menos complexos de atenção, mas por não ter a autorização do judiciário segue em uma unidade fechada e com pacientes que chegam em surto ou sofrimento psíquico intenso. Conviver dentro dessa realidade pode resultar em experiências negativas, que influenciam os possíveis ganhos alcançados durante o tratamento (efeito iatrogênico).

Outro sentido que aparece no uso da Internação Psiquiátrica Compulsória é o de que ela poderia ter uma ação de proteção no que se refere às situações de abandono e risco eminente. Nestes casos, o hospital passaria a assumir uma outra função, que é a de “abrigo”, o que remete a discursos sociais historicamente construídos (tempo longo), quando os hospitais funcionavam como instituições de caridade. Aqui, também problematizamos o fato do hospital perder seu

caráter e função primordial, para suprir uma demanda social, que poderia ou deveria ser solucionada fora de instituições psiquiátricas, tendo em vista que o paciente tem o direito de viver em liberdade.

Esses sentidos construídos pelos profissionais de saúde para o uso e recomendação das internações compulsórias produzem efeitos, isto é, sustentam determinadas práticas sociais. Se, por um lado a IPC for usada para tratar pacientes que são refratários sociais, isso pode representar uma banalização quanto ao uso de internações, além de justificar um certo higienismo e controle social, cumprindo a função de afastar indivíduos perturbadores ou fora de padrões tido normais dos espaços urbanos.

Outro sentido recorrente do uso das IPC é que a hospitalização ou internação sejam mais eficazes aos olhos da mídia e da família, o que desempodera toda a rede de serviços substitutivos.

No que se refere ao uso de IPC e sua relação com a família dos usuários internados pudemos perceber que, em alguns casos, a família é tida como recurso substancial para a recuperação do paciente, sendo considerada uma parte importante nos projetos terapêuticos. Por outro lado, a família também pode se apresentar como um desafio ao longo do tratamento - seja por sua ausência ou falta de participação, ou por boicotar os ganhos obtidos pelos pacientes durante a IPC; seja porque a família muitas vezes tenta, por meio da IPC, institucionalizar o paciente, abandonando-o na instituição ou não procurando por recursos extra-hospitalares.

Por outro lado, a família também representa um recurso potencial para os tratamentos em IPC, pois juntamente com o paciente a ser internado via IPC, poderiam avaliar as condições sócio familiares e apontar possíveis recursos para instrumentalizar essas famílias. Por fim no que se refere à família que busca pela IPC ela pode estar também necessitando de ajuda e acolhimento, estando sobrecarregada com os cuidados de seu membro doente.

Ainda de acordo com os profissionais participantes de nosso estudo, a efetivação da Rede de atenção Psicossocial (RAPS, Brasil, 2011) apresenta desafios no que se refere às relações profissionais, pela sobreposição de poderes entre justiça e saúde, o que leva os profissionais a se sentirem desempoderados de suas funções de prestadores de cuidado. Além disso o alto uso de IPCs acaba por prejudicar que a RAPS se estabeleça como alternativa palpável para os usuários, o que inclusive gera uma inversão na lógica da assistência, que deveria começar dos níveis menos complexos atuando em estratégias de prevenção e controle, e não o contrário.

Além das dificuldades apontadas, os profissionais de saúde também refletiram sobre como melhorar o cuidado em saúde mental. Entre as sugestões por eles apontadas, destacamos: a necessidade de maior agilidade da justiça ao regularem o tempo de internação, diminuindo a exposição do paciente ao ambiente hospitalar e permitindo ao paciente manter seus vínculos sociais e familiares; e um maior diálogo entre o sistema de justiça e a saúde – sobretudo de maneira a fazer valer a alta por critérios clínicos, em substituição à alta por uma indicação única do sistema judiciário. Para os profissionais, a judicialização nos casos da saúde mental parece demonstrar a falta de diálogo entre setores que deveriam atuar, necessariamente, de maneira conjunta.

Os profissionais de saúde de nosso estudo discutiram que o alto uso de IPCs reflete a falta de instituições e medidas sócio educativas capazes de atuar preventivamente na saúde mental, evidenciando a presença, em nosso cotidiano, de discursos sociais que constroem o doente mental ou usuário de substâncias como perturbadores da ordem, os quais devem ser afastados do convívio social e dos espaços urbanos.

Por fim, apontamos algumas limitações de nosso estudo, que podem vir a ser exploradas em estudos futuros. Produzimos, em nossa pesquisa, uma grande quantidade de informações, a partir de entrevistas individuais e em grupos, realizadas com grande número de profissionais, considerando a natureza qualitativa do estudo. Estas entrevistas integram um Banco de Dados, e permitem análises futuras, visando o melhor aprofundamento de algumas questões. Entre elas, seria interessante analisar especificidades dos discursos dos profissionais de diferentes unidades dentro da instituição; e particularidades referentes aos discursos dos profissionais de saúde no caso específico das internações psiquiátricas compulsórias no caso de usuários de drogas. Para outras pesquisas, pensamos ser importante conhecer também o cotidiano de profissionais de saúde mental que lidam com internações psiquiátricas compulsórias em outros contextos, como clínicas particulares ou comunidades terapêuticas; bem como conhecer a realidade de serviços públicos de nível secundário em saúde mental.

Esperamos que o presente estudo, por meio das análises e discussões realizadas, permita reflexões sobre o cotidiano das IPC, de maneira a contribuir com a melhor organização do cuidado aos portadores de transtornos mentais, e com a prática profissional.

REFERÊNCIAS

Alexius, B., Berg, K., & Aberg-Wistedt, A. (2002). Psychiatrists' perception of psychiatric commitment. *International Journal of Law and Psychiatry*, (25), 109–117.

Amarante, P. (2007). Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Barros, D. M., & Serafim, A. P. (2009). Parâmetros legais para internação involuntária no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(4), 175-7.

Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1999). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Borges(2015). Inspeção nos manicômios brasileiros. Relatório Inspeção.ed: Brasília.

Brasil. Câmara dos Deputados (1934). *Decreto 24.559/1934*, que dispõe sôbre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessôa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Recuperado em 26 fev. 2013, de http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html

Brasil, Casa Civil**,** Subchefia para Assuntos Jurídicos (1990). Lei 8.080/1990, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado em 24 mar. 2016, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

Brasil, Ministério da Saúde (1996). *Resolução n.º 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde (2002). *Portaria n.º 2391/GM*, de 26 de dezembro de 2002, que Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002. Recuperado em 26 fev. 2013, de http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm

Brasil. Presidência da República. Casa Civil (2003). *Lei n. º 10.708*, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Recuperado em 24 jan. 2015, de_http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm

BRASIL, Ministério da Saúde (2005). Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.

Brasil. Ministério da Saúde (2009). *Portaria n.º 1.190*, de 4 de junho de 2009, que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Recuperado em 10 mar. 2013, de http://bvsms. saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.htm

Brasil, Ministério da Saúde (2011). *Portaria n. º 3.088*, de 23 de dezembro 2011, que 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. Recuperado em 10 mar. 2013, de http://www.brasilsus.com.br/ legislacoes/gm/111276-3088.html

Brasil, Ministério da Saúde (2012). *Resolução nº 466/2012*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.

Brasil, Presidência da República. Casa Civil(2015) institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Recuperado em 20 mar. 2015, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm

Brêda, M. Z., & Augusto, L. G. da S. (2001). O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), 471-480.

Carvalho, N. R. de, & Costa, I. I. da (2008). Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, 20(1), 153-164.

Coelho, I. & Oliveira, H, B, de. (2014) internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. *Saúde e debate*, 38 (101),359-367.

Conselho Regional de Psicologia (2014). É Tempo de pressa para a saúde mental. Plenário Regional de Psicologia, agosto 2014.

Corradi-Webster, C.(2014). Ferramentas teórico-conceituais do discurso construcionista. In: Guanaes-Lorenzi, C., Moscheta, M. S., Corradi-Webster, C. M., & Souza, L. V. e (Orgs.). *Construcionismo Social: discurso, prática e produção do conhecimento* (pp. 73-89). Rio de Janeiro: Instituto Noos.

Correia L.M; Lima, I.S.O; Alves V.S. (2007) Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. *Cad, de saúde pública.* 23(9) 1995-2012.

Couto, B.N.A., Lemos, C.S.F. & Couto, B.B.M.(2013). Biopoder e Práticas Reguladoras do Uso de Drogas no Brasil: Algumas Análises de Projetos de Lei. *Polis e Psique,* 3(2), 132-150.

Dal Poz, M. R., Lima, J. C. de S., & Perazzi, S. (2012). Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 22*(2), 621-639.

De Tílio, R. (2007). "A querela dos direitos": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. *Paidéia*, 17(37), 195-206.

Dornelles, R. D. (2015). O círculo do alienista, reflexões sobre o controle penal da loucura (Medidas de segurança e Internações Compulsórias). Curitiba: Appris.

Evans, S., Huxley, P., Webber, M., Katona, C., Gately, C., Mears, A., Medina, J., Pajak, S., & Kendall, T. (2005). The impact of 'statutory duties' on mental health social workers in the UK. *Health and Social Care in the Community*, 13(2), 145–154

Eytan, A.; Chatton A; Safran E; Khazaal Y. (2013). Impact of psychiatrists´qualification on the rate of compulsory admission. *Psychiatr Q*.84 (1) 73-80

Ferreira Neto, J.L.(2011) Psicologia, Políticas públicas e o SUS. São Paulo: editora Escuta.

Fleury, S. (2009). Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 743-752.

Fortes, H. M. (2010). Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10 (Supl. 2), S321-S330.

Frank, A. W. (2005) What is dialogical reseah and why we should do it? *Qualitative Health Research*,15 (9), 964-974.

Furtado J. P, Moreira, M.I.B, Nozabielle S., Rodrigues T. F & Montesano, (2013) Desenvolvimento de questionário dirigido às condições de moradia de usuários de CAPS. *Saúde em Debate Rio de Janeiro*, v. 37, n. 96, p. 62-75,

Gergen, K. J. (2009). O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. *Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis*, 6(1), 299-325.

Gil, G. B. (2013). Tratamento ambulatório involuntário em psiquiatria: uma revisão desde a bioética. *Revista de bioética y Derecho*. (29), 109-121. Barcelona- Espanha.

Guanaes, C. (2006). A construção da mudança em terapia de grupo: um enfoque construcionista social. São Paulo: Vetor.

Guanaes, C., & Japur, M. (2008). As contribuições da poética social à pesquisa em psicoterapia de grupo. *Estudos de Psicologia*, 13(2), 117-124.

Guanaes-Lorenzi, C., Santos, M. V., Brunini, F. S., Ishara, S., Tofoli, S. M. C., & Real, E. M. (2012). A construção de um programa de assistência familiar em um hospital-dia psiquiátrico: desafios e potencialidades. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 43, 54-72.

Hall, W.,Babor, T. Edwards, Laranjeira, R., Marsdem, J. & WeSt.R (2012).. Editorial: Compulsory detention, forced detoxification and enforced labour ate not ethically acceptable or effective ways of treat addiction. *Addiction*(107), 1891-1893.

Holzinger A., Kaup B., & Gutierrez-lobos K.(2002) Potentially dangerous behavior in the mentally ill: attitudes of journalists and medical. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 46(4):445-52.

Høyer, G, Kjellin, L., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., Nilstun, T., Sigurjónsdóttir, M., & Syse, A. (2002). Paternalism and autonomy: a presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25, 93-108.

Kind, L. (2004). Notas para o trabalho com técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*, 10(15), 124-136.

Kisely S.R & Campbell L.A. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev; 12: CD004408, 2014.*

Leung, W.C.(2002). Why the professional-Client Ethic is Inadequate in Mental Health Care. *Nurs Ethics* (9) 51-60,

Macedo, E. (2006). Por uma política da diferença. *Cadernos de Pesquisa*, (36), 128,327-353.

Mann,F. Fisher H.L. & Johnson, S.(2014). A systematic review of ethnic variations in hospital admission and compulsory detention in first-episode psychosis.*J Ment Health;* 23(4): 205-11.

Muñoz, N. M, Serpa, Jr.O. D., Leal, E. M., Dahl, C. M. & Oliveira, I. C. (2011). *Estudos de Psicologia*, 16(1), 83-89.

Mattos, R.A. (2009). Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Comunicação saúde educação* v.13(1) p.771-80.

Martins, P. P. S. (2013). A participação da família no tratamento em Saúde Mental como prática no cotidiano do serviço. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, USP.

Martins, P. P. S., Santos, M. V. dos, & Guanaes-Lorenzi, C. (2014). Participação da família no tratamento em saúde mental: histórias sobre diálogo e inclusão. In: Guanaes-Lorenzi, C., Moscheta, M. S., Corradi-Webster, C. M., & Souza, L. V. e (Orgs.). *Construcionismo Social: discurso, prática e produção do conhecimento* (pp. 153-171). Rio de Janeiro: Instituto Noos.

Masson, C.(2014). Direito penal esquematizado. São Paulo :MÉTODO.

McNamee,S. (2014). Construindo conhecimento/ construindo investigação: coordenando mundos de pesquisa: In: Guanaes-Lorenzi, C., Moscheta, M. S., Corradi-Webster, C. M., & Souza, L. V. e (Orgs.). *Construcionismo Social: discurso, prática e produção do conhecimento* (pp. 105-132). Rio de Janeiro: Instituto Noos.

Mello, R. M. de, & Schneider, J. F. (2011). A família e a internação psiquiátrica em hospital geral. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2), 226-233.

Moreira, L. H. de O., & Loyola, C. M. D. (2010). A internação psiquiátrica involuntária: as implicações para a relação enfermagem/paciente. *Revista Enfermagem UERJ*, 18(4), 632-637.

Moreira, L. H. de O., & Loyola, C. M. D. (2011). Internação involuntária: as implicações para a clínica da enfermagem psiquiátrica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *45*(3), 692-699.

Marit, F. S., Jim A. N. (2014). Perceived humiliation during admission to a psychiatric emergency service and its relation to socio-demography and psychopathology. *BMC Psychiatry.* vol. 13.

Moscheta, M. S. (2014). A pós-modernidade e o contexto para a emergência do discurso construcionista social. In: Guanaes-Lorenzi, C., Moscheta, M. S., Corradi-Webster, C. M., & Souza, L. V. e (Orgs.). *Construcionismo Social: discurso, prática e produção do conhecimento* (pp. 23-48). Rio de Janeiro: Instituto Noos.

Novaes, P. S. (2014) O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo*, 17(2), 342-356.

Oda, A.M.G.R. & Dalgalarondo, P. (2005) História das primeiras instituições para alienados no Brasil. História das primeiras instituições para alienados no Brasil.*História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, *12*(3), 983-1010

Pellegrini, A. F. P. B.C & d´Oliveira A. F. P. (2015) A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, *19*(52), 33-44

Pessoti, I. (1994) A loucura e as épocas. Rio de Janeiro: Ed.34.

Spink, P. .K. (2003) Pesquisa de campo em Psicologia Social: uma perspectiva pós-construcionista. Psicologia & Sociedade, 15(2),18-42

Pinheiro, R. L. (2012). *A prática do agente comunitário de saúde com redes sociais na Estratégia Saúde da Família.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Prandoni, R. F. S., & Padilha, M. R. C. de S. (2004). A reforma psiquiátrica no Brasil: eu preciso destas palavras. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 13(4), 633-640.

Requião, M. (2015) Estatuto da Pessoa com Deficiência altera regime civil das incapacidades. *Revista Consultor Jurídico. Recuperado em 20 de mar. de 2015, disponível em http://www.conjur.com.br/2015-jul-20/estatuto-pessoa-deficiencia-altera-regime-incapacidades*

Rios, T. A. (2011). Ética e competência. São Paulo: Cortez.

Rodrigues, C. R., & Figueiredo, M. A. de C. (2003). Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 117-125.

Romans S; Dawson J; Mullen R; Gibbs A. (2004). How mental health clinicians view community treatment orders: a national New Zealand survey.*Aust N Z J Psychiatry;* 38(10): 836-41.

Silva, G. M., & Rasera, E. F. (2014). A construção do SUS-problema no jornal Folha de S. Paulo.*História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, *21*(1), 61-76.

Salgado, M. A. (2014). Como e por que as internações compulsórias de crianças e adolescentes são decididas? Uma análise de casos em hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

Santos & Chauí (2013). Direitos humanos democracias e desenvolvimento. São Paulo: Cortez.

Salles, M. M., & Barros, S. (2007). Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 41(1), 73-81.

Santos J. E. & Cardoso M.C.S. (2011) Narrativas e experiências acerca da loucura: uma reflexão de profissionais de comunicação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, *15*(38), 727-740

Scisleski, A. C. C., & Maraschin, C. (2008). Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 457-465.

Shao Y., Xie, B.& Wu, Z.(2012) Psychiatrists' attitudes towards the procedure of involuntary admission to mental hospitals in China.*Int J Soc Psychiatry*. 2012 Jul;58(4):440-7.

Sluzki, C. E. (1997). A rede social: proposições gerais. In: Sluzki, C. E. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas* (pp.37-65). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sjöstrand M; Sandman L; Karlsson P; Helgesson G; Eriksson S; Juth N.(2015) Ethical deliberations about involuntary treatment: interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Med Ethics; 16: 37, 2015*.

Spink, M. J. P., & Frezza, R. M. (2004).Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social. In M. J. P. Spink (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 93- 122). São Paulo: Cortez.

Spink, M. J. P., & Lima, H. (2004). Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In M. J. P. Spink (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 93- 122). São Paulo: Cortez.

Spink, M. J. P., & Medrado, B. (2004). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. P. Spink (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 41- 62). São Paulo: Cortez.

Spink, M. J. P & Spink, P.K. (2014). Produzir conhecimento não é um ato banal: um olhar (pós) - construcionista sobre a etic em pesquisa. In: Guanaes-Lorenzi, C., Moscheta, M. S., Corradi-Webster, C. M., & Souza, L. V. e (Orgs.). *Construcionismo Social: discurso, prática e produção do conhecimento* (pp. 133- 153). Rio de Janeiro: Instituto Noos.

Spink, P.K. (2003). Pesquisa de Campo em Psicologia Social: Uma perspectiva pós construcionista. *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 18-42

Tan, J., & Elphick, M. (2002). Competency in the use of mental health act. *Psychiatric Bulletin*, 26, 104-106.

Trobec, I., Herbst, M., & Zvanut, B. (2009). Differentiating between rights-based and relational ethical approaches. *Nursing Ethics*, 16(3), 283-291.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Entrevista individual)

Você está sendo convidado a participar do estudo intitulado "Sentidos construídos com equipes saúde mental sobre o cotidiano das internações compulsórias", realizado pela estudante de mestrado Maria Lucia Piccinato Fatureto e orientado pela Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi, docente e pesquisadora do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

Sua participação acontecerá através de uma entrevista, realizada pela estudante Maria Lúcia, que terá duração prevista de uma hora. A entrevista será gravada em áudio e posteriormente transcrita, sendo usada apenas para estudo científico. Sua identidade será mantida em sigilo, sobretudo na divulgação dos resultados.

Essa pesquisa pretende descrever e analisar de que maneira as equipes que atuam com internações psiquiátricas compulsórias significam a relação com os pacientes durante o cuidado terapêutico, as cobranças institucionais e o trabalho que desenvolvem com esses pacientes. Para isso, buscaremos compreender quais são suas atividades diárias nessa função, bem como quais são as potencialidades e dificuldades percebidas por você em a sua prática profissional.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária, não havendo nenhum tipo de remuneração. Você poderá desistir de participar em qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo a você e ao serviço que desenvolve. Essa pesquisa não apresenta riscos à sua saúde ou ao trabalho que você desenvolve. Durante qualquer momento, você poderá entrar em contato conosco para solicitar informações sobre a pesquisa, esclarecer dúvidas ou discutir algo de seu interesse, associado aos temas discutidos na entrevista.

Esclarecido e concordando com o que foi colocado: **Eu, _____, profissional de equipe de saúde mental do Hospital [redacted], aceito participar da pesquisa *"Sentidos construídos com equipes de saúde mental sobre o cotidiano das internações compulsórias".***

Ribeirão Preto, ___ de _____ de _____.
Assinatura: _____
Participante: _____
Endereço para contato:_____ Telefone:
Assinatura:_____ Assinatura:_____
Pesquisadora: **Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi** Pesquisadora: **Maria Lucia P. Fatureto**

Endereço para contato com as pesquisadoras: Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP Departamento de Psicologia. Avenida dos Bandeirantes, 3900. CEP: 14040-901 Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP. Telefone: (016) 3602-4446

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto–USP. Bloco 3, Sala 16.Av. Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto-SP. CEP: 14040-901.Telefone: (16) 3602-4811.E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O GRUPO

Vocês estão sendo convidados a participar do estudo intitulado "Sentidos construídos com equipes saúde mental sobre o cotidiano das internações compulsórias", realizado pela estudante de mestrado Maria Lucia Piccinato Fatureto e orientado pela Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi, docente e pesquisadora do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

Essa pesquisa pretende descrever e analisar de que maneira as equipes que atuam com internações psiquiátricas compulsórias significam a relação com os pacientes durante o cuidado terapêutico, as cobranças institucionais e o trabalho que desenvolvem com esses pacientes. Para isso, buscaremos compreender quais são suas atividades diárias nessa função, bem como quais são as potencialidades e dificuldades percebidas por vocês na prática profissional.

A participação de vocês acontecerá através de uma entrevista em grupo, realizada pela estudante Maria Lúcia, que terá duração prevista de uma hora e meia. A entrevista será gravada em áudio e posteriormente transcrita, sendo usada apenas para estudo científico. A identidade dos participantes será mantida em sigilo, sobretudo na divulgação dos resultados.

A participação de vocês nessa pesquisa é voluntária, não havendo nenhum tipo de remuneração. Vocês poderão desistir de participar em qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo a vocês e ao serviço que desenvolvem. Essa pesquisa não apresenta riscos à saúde de vocês ou ao trabalho que vocês desenvolvem. Durante qualquer momento, vocês poderão entrar em contato conosco para solicitar informações sobre a pesquisa, esclarecer dúvidas ou discutir algo do interesse de vocês, associado aos temas discutidos na entrevista.

Esclarecido e concordando com o que foi colocado:

Eu, _____, profissional de equipe de saúde mental do Hospital [redacted], aceito participar da pesquisa *"Sentidos construídos com equipes de saúde mental sobre o cotidiano das internações compulsórias".*

Ribeirão Preto, ___ de _____ de _____.

Assinatura: _____

Participante: _____

Endereço para contato:_____ Telefone:

Assinatura:_____ Assinatura:_____

Pesquisadora: **Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi** Pesquisadora: **Maria Lucia P. Fatureto**

Endereço para contato com as pesquisadoras: Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP Departamento de Psicologia. Avenida dos Bandeirantes, 3900. CEP: 14040-901 Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP. Telefone: (016) 3602-4446 **Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa**: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Bloco 3, Sala 16.Av. Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP.CEP: 14040-901.Telefone: (16) 3602-4811.E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CONSTITUIÇÃO DE BANCO DE DADOS

Você está sendo convidado a participar da pesquisa "Sentidos construídos com equipes de saúde mental no cotidiano das internações compulsórias", realizada pela estudante de Mestrado Maria Lucia Piccinato Fatureto e orientada pela Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi, ambas do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

Essa pesquisa pretende descrever e analisar de que maneira as equipes que atuam com internações psiquiátricas compulsórias significam a relação com os pacientes durante o cuidado terapêutico, as cobranças institucionais e o trabalho que desenvolvem com esses pacientes. Para isso, buscaremos compreender quais são suas atividades diárias nessa função, bem como quais são as potencialidades e dificuldades percebidas por você em sua prática profissional.

Os registros dessa entrevista passarão também a fazer parte de um banco de dados, para possível utilização em estudos futuros, sempre sob responsabilidade da Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi e mediante aprovação de conselho de ética. O armazenamento dessas informações no banco de dados também será feito de modo a preservar sua identidade, sobretudo na publicação ou divulgação dos resultados das pesquisas.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária, não havendo nenhum tipo de remuneração. Você poderá desistir de participar em qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo ou retaliação. Essa pesquisa não apresenta riscos à sua saúde, ou qualquer outro dano previsto. Durante qualquer momento, você poderá entrar em contato conosco para solicitar informações sobre a pesquisa, esclarecer dúvidas ou discutir algo de seu interesse, associado aos temas discutidos na entrevista.

Esclarecido e concordando com o que foi colocado:

Eu,_____, **profissional de equipe de saúde mental do Hospital [redacted], aceito participar da pesquisa *"Sentidos construídos com equipes de saúde mental no cotidiano das internações compulsórias"*, e aceito, também, que as informações coletadas nessa pesquisa sejam arquivadas em um banco de dados e utilizadas para estudo científico posterior, sempre de modo a não me identificar.**

Ribeirão Preto, ___ de _____ de _____.

Assinatura: _____

Participante: _____

Endereço para contato:_____ Telefone

Assinatura:_____ Assinatura:_____

Pesquisadora: **Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi** Pesquisadora: **Maria Lucia P. Fatureto**

Endereço para contato com as pesquisadoras: Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP Departamento de Psicologia. Avenida dos Bandeirantes, 3900. CEP: 14040-901 Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP. Telefone: (016) 3602-4446 **Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa**: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Bloco 3, Sala 16.Av. Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP.CEP: 14040-901.Telefone: (16) 3602-4811.E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

APÊNDICE D

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Como a equipe vivencia a internação psiquiátrica compulsória no cotidiano do serviço?

2. Quais são os principais desafios para a construção da relação terapêutica?
   - Em que momentos fica mais difícil?
   - Pode citar algum momento marcante?

3. Quais recursos identificam em suas práticas cotidianas que facilitam a construção da relação terapêutica?
   - Pode citar algum momento marcante de sucesso?
   - O que você identifica nesses momentos que foi um facilitador para obtenção desses resultados?

4. Com relação à construção das políticas públicas em saúde mental, você propõe outras alternativas, diferentes da internação psiquiátrica compulsória?

ANEXO

ANEXO A

Ofício de aprovação do comitê de ética em pesquisa

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Campus de Ribeirão Preto

Of.CEtP/FFCLRP-USP/070-vjmc

Ribeirão Preto, 30 de setembro de 2013

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado **"SENTIDOS CONSTRUÍDOS COM EQUIPES DE SAÚDE MENTAL SOBRE O COTIDIANO DAS INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS"** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 124ª Reunião Ordinária, realizada em 26.09.2013, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE n.º 16485813.6.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas, e que relatórios parciais e final sejam entregues, via Plataforma Brasil, conforme os itens X.1.3.d e XI.2.d, da Res. CNS nº 466/2012.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª ANDRÉIA SCHMIDT
Coordenadora

Á Senhora
Maria Lucia Piccinato Fatureto
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP - USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP
Fone: (16) 3602-4811
Fax: (16) 3633-2660 (direto) ou 3633-5015
Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 3 - sala 16 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: http://www.ffclrp.usp.br - e-mail: coetp@ffclrp.usp.br