

IVC - INSTITUTO VALE DO CRICARÉ  
UNIVC - CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO CRICARÉ  
CURSO DE PSICOLOGIA

CARLA NEIVA ARAGÃO

**INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS DE SAÚDE MENTAL: “CAMINHO NAS  
PEDRAS” OU “PEDRAS NO CAMINHO”?**

SÃO MATEUS

2022

CARLA NEIVA ARAGÃO

**INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS DE SAÚDE MENTAL: “CAMINHO NAS  
PEDRAS” OU “PEDRAS NO CAMINHO”?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Psicologia do Centro Universitário Vale  
do Cricaré, como requisito parcial para obtenção  
do grau de Bacharel Psicologia.

Orientador: Prof. Me. Vinicius Zocatelli.  
Co-orientadora: Me. Carolina Fonseca Dadalto

SÃO MATEUS

2022

CARLA NEIVA ARAGÃO

**INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS DE SAÚDE MENTAL: “CAMINHO NAS  
PEDRAS” OU “PEDRAS NO CAMINHO”?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**PROF. ME. VINICIUS ZOCATELLI  
CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO  
CRICARÉ  
ORIENTADOR(A)**

---

**PROF.  
FACULDADE VALE DO CRICARÉ**

---

**PROF.  
FACULDADE VALE DO CRICARÉ**

SÃO MATEUS

2022

A todos os engajados no Movimento da  
Luta Antimanicomial.

## AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus, sempre, pelas oportunidades na vida e esta é mais uma, que recebo como prova da Sua imensa graça e compaixão.

Ao meu esposo, por acreditar em meu potencial, pelo incentivo na realização desse sonho, por se orgulhar de mim, pela paciência em aguardar meu tempo ocupado, agora, com as atividades acadêmicas; isso é amor em atos e a recíproca é verdadeira. Amo-te.

À minha família, pois mesmo distantes, torcem muito pela minha felicidade e sucesso.

Vinícius e Carol, orientador e co-orientadora deste trabalho. Obrigada pelas dicas, incentivo, debate, compartilhamento das experiências. Sou “fãzaça” do profissionalismo, da generosidade, do entusiasmo, do conhecimento; enfim, das pessoas que vocês são!

Às amigadas que nasceram nessa jornada acadêmica e que seguirão no curso da vida. Pelos corredores, pelas salas, pelas mesas da cantina, rimos, choramos, cantamos, discordamos, enfurecemos, militamos, compartilhamos angústias e intimidades; aprendemos, nos fortalecemos e crescemos coletivamente com cada experiência. Iara, obrigada por tanto! Talvez nem imagine o quanto, principalmente no que tange à alteridade.

Aos usuários da saúde mental que tive a honra de conhecer e cuidar nos serviços que trabalhei. Bendito o dia em que nossos caminhos se cruzaram! Vocês me incentivaram a querer desbravar, ainda mais, este “universo” do cuidar. Se esse trabalho puder contribuir, mesmo que um pouquinho, para dar voz a vocês, já me sinto feliz.

Aos profissionais de Psicologia com quem tive e, ainda tenho, bons encontros nessa vida e que são inspiração para seguir trilhando o caminho dessa profissão: Carolina Dadalto, Alice Pessotti, Tatiana Lecco, Tullio Brotto, Julio Horta, Claudia Claire, Natalia Pozzatto, Vinícius Zocatelli, Anny Mota, Felipe Chaves. Posso dizer que alguns se tornaram amigos, jóias preciosas na minha trajetória de vida.

Aos profissionais apaixonados pela saúde pública, pela saúde mental e pela RAPS, que tive o prazer de encontrar e conviver; alguns convivendo... O convívio com vocês me fortalece e me oxigena a seguir.

Às "meninas" dos mandados, Marcellly, Edneia e Juliana, que permitiram que eu adentrasse no setor de mandados judiciais da Superintendência Regional de Saúde. Vocês foram preponderantes para a realização da pesquisa, tirando minhas dúvidas na coleta de dados e manuseio do sistema.

Às "meninas" do café e do grupo TRAMMA, pelos momentos de pausa para a prosa, de incentivo, de troca e de respiro nessa jornada acadêmica.

Aos profissionais participantes dessa pesquisa.

Aos mestres dessa graduação e da vida por não cederem ao ostracismo e compartilharem seus saberes com humildade e entusiasmo e se permitirem aos afetos.

A todos que contribuíram de modo direto ou indireto para a conclusão desse estudo.

## “ROUBARAM NOSSA VOZ

Eu, Danielle, usuária em tratamento há quase 10 anos no caps tenho visto diariamente a luta de algumas pessoas para termos um tratamento digno na saúde mental. Como usuária convivo e converso diariamente com pessoas iguais a mim e a certeza que tenho é que nem eu nem elas temos voz.

Sim!!!

Roubaram nossa voz!

Roubam nossa voz quando nos assumimos paciente em tratamento mental. Roubam nossa voz quando nos internam em hospitais psiquiátricos onde você pode até ter uma medicação, que muitas vezes você não saiba nem se é sua, mas você não tem voz.

Roubam nossa voz quando seu familiar te expõe ao extremo como se você não fosse nada, esquecendo que você é um ser humano em tratamento e não um demente cheio de remédio, fazendo assim que o descrédito seja presença constante em sua vida.

O pior é que enquanto roubam a sua voz, que pra mim é o bem mais importante que um usuário pode ter gritam em alto bom tom: é para o seu bem.

A certeza é que começam a roubar sua voz dentro de casa quando por muitas vezes você não consegue dizer ao seu médico ou ao profissional de saúde que te acompanha o que sente, afinal você é um paciente psiquiátrico e não tem nada a dizer. Assim somos obrigados a sentar diante do profissional e assistir familiares contando sua vida, muitas vezes acompanhada de exageros e inverdades...

Calados!

Diante dessa mudez absurda que a sociedade nos impõe não adianta hospitais, remédios, e médicos extremamente competentes se um paciente mental é desacreditado ao extremo, ao ponto de não ter voz.

Hoje a luta é que todo paciente tenha dignidade ao ser tratado, mas a importância de ser ouvido tem sido deixada em segundo plano.

Dignidade e liberdade sem voz?

Por isso, antes de qualquer outra coisa: devolvam nossa voz!”

(Danielle Cristina Lima, 2022. Extraído do Livro “A arte do inconsciente”)

## RESUMO

Esse estudo tem a sua temática principal inserida no âmbito da Política de Saúde Mental. Especificamente, as internações compulsórias, como instrumento jurídico presente no campo das práticas em saúde mental, na sua interface com as práticas jurídicas. Na perspectiva da saúde mental, estudamos esse fenômeno na “antiga” região de saúde Norte do estado do Espírito Santo (ES), buscando investigar como essas internações têm se dado nos municípios que compõem essa região; se as mesmas têm seguido os padrões estabelecidos pelas legislações vigentes, de modo a contribuir para uma atenção psicossocial efetiva e o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); ou têm contribuído para reforçar a lógica manicomial e hospitalocêntrica. E ainda, o que os profissionais de Psicologia, inseridos em serviços da RAPS desses municípios, percebem desse dispositivo. O poema de Carlos Drummond de Andrade “Pedras no Caminho” é inspiração para a analogia com o fenômeno, pretendendo compreender se esse instrumento jurídico tem se tornando uma “pedra” na caminhada da atenção psicossocial, que é antimanicomial, baseada na ética do cuidado e integral; ou um “caminho nas pedras”, apoiando a Reforma Psiquiátrica. A pesquisa, portanto, foi de campo, bibliográfica e documental. Levantamos dados de processos judiciais das internações compulsórias em saúde mental dos anos de 2019 e 2020, obtidos no sistema de registro estadual utilizado pelo setor de mandados judiciais da Superintendência Regional de Saúde. Os dados obtidos foram categorizados e analisados à luz do arcabouço teórico congruente aos objetivos e situações problemas elencadas. Além disso, na entrevista com os profissionais de Psicologia, captamos por meio de seus relatos orais, as percepções dos mesmos acerca do fenômeno, considerando seus cotidianos de trabalho na RAPS, e foram analisadas buscando – se “analisadores”, conceito da Psicologia Institucional. Concluímos tanto pelos dados processuais, quanto pelas narrativas dos profissionais, que existem situações que definimos como positivas e outras negativas no exercício das ICSM. Não obstante às situações positivas e negativas neste processo, os profissionais de Psicologia deixaram contribuições valiosas, imprimindo propostas, planos, projetos sobre as ICSM. Percebemos que as ICSM pouco têm contribuído para uma atenção psicossocial efetiva e o fortalecimento da (RAPS) e têm se mostrado mais ao serviço da lógica manicomial e hospitalocêntrica. Em referência ao poeta – não “tinha uma pedra no meio do caminho”, “essa pedra ESTÁ no caminho.” Longe de esgotar o estudo, a intenção foi contribuir para mais estudos no tema, provocar o diálogo e a aproximação entre profissionais da saúde mental e do judiciário e reafirmar o compromisso da Psicologia com a Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial e o Fortalecimento da RAPS.

Palavras-chave: Internações compulsórias; Política de Saúde Mental; Rede de Atenção Psicossocial.



## ABSTRAT

This study has its main theme within the scope of the Mental Health Policy. Specifically, compulsory hospitalizations, as a legal instrument present in the field of mental health practices, in its interface with legal practices. From the perspective of mental health, we studied this phenomenon in the “old” northern health region of the state of Espírito Santo (ES), seeking to investigate how these hospitalizations have taken place in the municipalities that make up this region; whether they have followed the standards established by current legislation, in order to contribute to effective psychosocial care and the strengthening of the Psychosocial Care Network (RAPS); or have contributed to reinforce the asylum and hospital-centric logic. And yet, what Psychology professionals, inserted in RAPS services in these municipalities, perceive this device. The poem by Carlos Drummond de Andrade “Pedras no Caminho” is inspiration for the analogy with the phenomenon, intending to understand if this legal instrument has become a “stone” in the path of psychosocial care, which is anti-asylum, based on the ethics of care and integral; or a “path in the stones”, supporting the Psychiatric Reform. The research, therefore, was field, bibliographical and documentary. We collected data from legal proceedings of compulsory mental health hospitalizations for the years 2019 and 2020, obtained from the state registration system used by the judicial order sector of the Regional Health Superintendence. The data obtained were categorized and analyzed in the light of the theoretical framework consistent with the objectives and problem situations listed. In addition, in the interview with Psychology professionals, we captured through their oral reports, their perceptions about the phenomenon considering their daily work at RAPS, and were analyzed seeking – if “analysers”, a concept of Institutional Psychology. We concluded, both from the procedural data and from the professionals' narratives, that there are situations that we define as positive and other negative in the exercise of ICSM. Despite the positive and negative situations in this process, Psychology professionals left valuable contributions, printing proposals, plans, projects on the ICSM. We realized that the ICSM have contributed little to effective psychosocial care and the strengthening of the (RAPS) and have shown themselves to be more at the service of the asylum and hospital-centric logic. In reference to the poet - not "there was a stone in the way", "that stone IS in the way." Far from exhausting the study, the intention was to contribute to further studies on the subject, to provoke dialogue and rapprochement between mental health professionals and the judiciary, and to reaffirm Psychology's commitment to Psychiatric Reform, the Anti-Asylum Struggle and the Strengthening of RAPS.

Keywords: Compulsory admissions; Mental Health Policy; Psychosocial Care Network.

## LISTA DE SIGLAS

AVAI	Anos de vida ajustados por incapacidade
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos Sociais
CID	Código Internacional de Doença
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DPES	Defensoria Pública do Espírito Santo
EMAESM	Equipe Multiprofissional Especializada de Saúde Mental
GEDEJ	Gerência Estadual de Demandas Judiciais
GERA	Gerência de Regulação e Atenção à Saúde
GM	Gabinete Ministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSM	Internação Compulsória de Saúde Mental.
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MP	Ministério Público do Espírito Santo
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NERI	Núcleo Estadual de Regulação de Internação
NT	Nota Técnica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PGASS	Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde
PGE	Procuradoria Geral do Estado
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial.

REME	Movimento de Renovação Médica
RT	Residência Terapêutica
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
SRSSM	Superintendência Regional de Saúde de São Mateus.
SUS	Sistema Único de Saúde
STJ	Supremo Tribunal de Justiça
WHO	World Health Organization

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Total de solicitações de mandados judiciais para internação compulsória em saúde mental inseridas no sistema OnBase, no período de 2019 e 2020.....	45
Gráfico 2 - Solicitações de mandados judiciais para internação compulsória em saúde mental válidas no sistema OnBase, no período de 2019 e 2020.....	45
Gráfico 3 - Total de solicitações válidas inseridas no sistema OnBase, por município de residência, ano 2019.....	46
Gráfico 4 - Total de solicitações válidas inseridas no sistema OnBase, por município de residência, ano 2020.....	46
Gráfico 5 - Total geral de solicitações válidas inseridas no sistema OnBase, por município de residência, anos 2019 e 2020.....	47
Gráfico 6 - Percentual, por sexo dos requeridos, de solicitações válidas inseridas no sistema OnBase, ano 2019.....	50
Gráfico 7 - Percentual, por sexo dos requeridos, de solicitações válidas inseridas no sistema On Base, ano 2020.....	50
Gráfico 8 - Percentual, por sexo dos requeridos, de solicitações válidas inseridas no sistema On Base, anos 2019 e 2020.....	51
Gráfico 9 - Percentual, por faixa etária dos requeridos, de solicitações válidas inseridas no sistema OnBase, anos 2019.....	52
Gráfico 10 - Percentual, por faixa etária dos requeridos, de solicitações válidas inseridas no sistema OnBase, anos 2020.....	52
Gráfico 11 - Percentual Geral, por faixa etária dos requeridos, de solicitações válidas inseridas no sistema OnBase, anos 2019 e 2020.....	52
Gráfico 12 - Percentual por tipo de representante dos processos válidos para ICSM, nos sistema OnBase, ano 2019.....	54
Gráfico 13 - Percentual por tipo de representante dos processos válidos para ICSM, nos sistema OnBase, ano 2020.....	54
Gráfico 14 - Percentual por tipo de representante dos processos válidos para ICSM, no sistema OnBase, anos 2019 e 2020.....	55
Gráfico 15 - Percentual por origem dos laudos (SUS ou Privado) dos processos válidos para ICSM, no sistema OnBase, ano 2019.....	58
Gráfico 16 - Percentual por origem dos laudos (SUS ou Privado) dos processos válidos para ICSM, no sistema OnBase, ano 2020.....	58
Gráfico 17 - Natureza dos serviços executantes das internações compulsórias de saúde mental, ano 2019.....	78
Gráfico 18 - Natureza dos serviços executantes das internações compulsórias de saúde mental, ano 2020.....	79

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Solicitações para ICSM, no sistema OnBase, por região de saúde do estado do Espírito Santo, nos anos de 2019 e 2020.....	44
Tabela 2 - Ranking dos municípios demandadores, em números absolutos, de solicitações inseridas no sistema OnBase para ICSM, nos anos de 2019 e 2020.....	47
Tabela 3 - Proporção de solicitações inseridas no sistema OnBase para ICSM, por número de habitantes (censo IBGE 2010) dos municípios da região de saúde Norte, por cem mil habitantes; anos 2019 e 2020.....	48
Tabela 4 - Caracterização de sintomas nos laudos médicos das solicitações de ICSM no sistema OnBase, ano 2019.....	62
Tabela 5 - Caracterização de sintomas nos laudos médicos das solicitações de ICSM no sistema OnBase, ano 2020.....	63
Tabela 6 - Caracterização de sintomas nos laudos médicos das solicitações de ICSM no sistema OnBase, anos 2019 e 2020.....	64
Tabela 7 - Comparativo das categorias de sintomas descritos e descrições da NT nº 11/2022.	65
Tabela 8 - Quantitativo de relatórios de equipes multiprofissionais inseridas nos processos das ICSM, por área/serviço que originário, anos 2019 e 2020.....	71
Tabela 9 - Comparativo de qualificadores de classificação de risco em saúde mental e categorias presentes nos laudos (isolado).....	72
Tabela 10 - Classificação, por CID 10, dos laudos médicos das solicitações para ICSM válidas no sistema OnBase, no período de 2019.....	74
Tabela 11 - Classificação, por CID 10, dos laudos médicos das solicitações para ICSM válidas no sistema OnBase, no período de 2020.....	75
Tabela 12 - Tempo médio de espera (em dias) entre a decisão judicial e a entrada no sistema OnBase, por municípios da região de saúde Norte, anos 2019 e 2020.....	76
Tabela 13 - Tempo médio de espera (em dias) entre a entrada no sistema OnBase e a data da liberação da vaga pelo NERI, por municípios da região de saúde Norte, anos 2019 e 2020.....	77
Tabela 14 - Intercorrências dos mandados judiciais de internações compulsórias de saúde mental, anos 2019 e 2020.....	80

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>166</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>20</b>
2.1 QUESTÕES DE SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE .....	20
2.2 A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM FOCO: NOÇÕES FUNDAMENTAIS ATUAIS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL .....	22
2.3 PRINCIPAIS MARCOS HISTÓRICOS E LEGAIS CONTRIBUTIVOS PARA O MODELO ASSISTENCIAL ATUAL EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL .....	26
2.4 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS).....	30
2.5 JUDICIALIZAÇÃO DAS INTERNAÇÕES EM SAÚDE MENTAL: ALGUNS APONTAMENTOS .....	34
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>39</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>43</b>
4.1 O QUE OS DADOS PROCESSUAIS REVELAM DAS ICSM?.....	43
4.1.1 Mediadores das ICSM .....	53
4.1.2 Compulsoriedade das internações em saúde mental no SUS/RAPS .....	57
4.1.3 Categorização das principais sintomatologias descritas nos laudos .....	62
4.1.4 Análise das categorias de sintomas segundo NT (nº 11/2022 SESA/SSAS/GEPORAS/NEAE SAÚDE MENTAL .....	65
4.1.5 Análise das categorias de sintomas segundo Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental .....	71
4.1.6 Caracterização dos laudos por descrição de Código Internacional de Doença (CID 10).....	74
4.1.7 Compulsoriedade das internações em saúde mental e urgência: sinônimos? .....	76
4.1.8 ICSM e serviços executantes .....	78
4.1.9 Intercorrências para execução do mandado judicial .....	80

4.2 O QUE AS NARRATIVAS DOS PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA MOSTRAM SOBRE AS ICSM? .....	81
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>100</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>111</b>
ANEXO A – PARECER TÉCNICO APROVAÇÃO PLATAFORMA BRASIL .....	111
ANEXO B – NOTA TÉCNICA 11/2022 SESA/SSAS/GEPORAS/NEAE SAÚDE MENTAL.....	115
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>124</b>
APÊNDICE A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE .....	124
APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	125
APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS.....	126
APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO. ....	128

## 1 INTRODUÇÃO

*No meio do caminho tinha uma pedra. Tinha uma pedra no meio do caminho  
Tinha uma pedra. No meio do caminho tinha uma pedra.*  
(Carlos Drummond de Andrade)

Servimo-nos das palavras de Carlos Drummond de Andrade, no poema “Pedras no Caminho”, para iniciar a contextualização da situação das Internações Compulsórias de Saúde Mental (ICSM<sup>1</sup>), tema geral desenvolvido neste estudo.

Por mais de duzentos anos, a primazia pelas longas internações em hospitais psiquiátricos caracterizou a relação que a sociedade ocidental estabeleceu com as pessoas em sofrimento mental (AMARANTE, 2013a).

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, concomitante ao movimento de Reforma Sanitária, demarcou as novas perspectivas para o cuidado em saúde mental. Muito foi feito, desde a década de 70, a partir desses movimentos. Vários manicômios foram fechados, por meio de inúmeras denúncias de maus tratos e desrespeito aos direitos humanos. A aprovação da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 representou um grandioso marco desse processo, pois assegura os direitos das pessoas com transtornos mentais, reorienta o modelo assistencial, define as modalidades de internações psiquiátricas, reafirma o cuidado digno e respeitoso, com a promoção de ambiente terapêutico de cuidados minimamente invasivos e, preferencialmente, de base comunitária e territorial, tendo a internação como excepcionalidade de cuidado, após o esgotamento dos demais recursos (BRASIL, 2001).

No entanto, a internação em saúde mental, nas suas três modalidades (voluntária, involuntária e compulsória), amparadas na Lei, ainda se configura como forma exclusiva de intervenção em saúde mental, tendo notoriedade e representatividade nos espaços institucionais de saúde, da rede intersetorial, bem como familiares esociedade em geral (BRASIL, 2005).

Na caminhada das práticas de saúde mental, na sua interface com o Direito, nos deparamos, portanto, com a modalidade das internações compulsórias como

---

<sup>1</sup> Utilizaremos a sigla “ICSM” daqui por diante para nos referirmos à expressão “internação compulsória de saúde mental”



instrumento jurídico, cercada de questionamentos no campo da saúde mental e dos direitos humanos, como por exemplo: “na prática, em ações de internação compulsória, dificilmente há avaliação de equipe de saúde com laudo que aponte a necessidade de internação como única medida aplicável ao caso, caracterizando seus motivos” (DUARTE et al., 2012, p 169).

Apesar de a Lei 10.216/2001 prever as condições para a ICSM, percebemos que a sua operacionalização ganha diversos contornos. Muito ainda há de se avançar nesse campo, fato que, aqui, conjecturamos como “*a caminhada*”.

O caminho da Reforma Psiquiátrica é um percurso latente, uma construção, realizada “*no caminho*” das práticas de saúde mental. A Luta Antimanicomial<sup>2</sup> não findou, mesmo com todo aparato legal e todos os avanços das políticas públicas mediante os movimentos para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o cuidado em liberdade.

Interesses econômicos e políticos espreitam e cruzam esse caminho, tentando saquear a carga da defesa dos direitos humanos, buscando levar aos trechos de precipício que remontam a década de 60, quando tais interesses exclusivistas e privatistas dominavam a saúde pública. O manicômio ainda é realidade, mesmo após o desmantelamento das suas estruturas físicas, talvez na sua mais perversa versão, que é a ideológica.

Nessa viagem, questionamos algumas situações e, voltando ao ponto de partida (nossa temática principal), um questionamento central é intrigante: a busca pela Justiça para acessar o dispositivo da ICSM, tem garantido a efetividade da atenção psicossocial, segundo a real necessidade de pessoas em sofrimento mental (“*caminho nas pedras*”), ou sustenta uma lógica manicomial (“*pedras no caminho*”)?

Motivos não faltaram para a jornada desse estudo e alguns deles foram: a possibilidade de contribuir para a Luta Antimanicomial, de fortalecer a musculatura para caminhar mais uma milha no trajeto da Reforma Psiquiátrica em prol de

---

<sup>2</sup>Caracteriza-se por “Luta Antimanicomial” a afirmação e reafirmação do movimento antimanicomial - movimento de vários atores sociais, em diversas dimensões (política, social e institucional) que desprivilegia todo o “conjunto simbólico que a prática e o saber psiquiátrico tornaram visíveis no “*locus manicomial*”, ou seja, no manicômio concretizando a metáfora da exclusão que a modernidade produz na relação com a diferença.” (AMARANTE, 2013b, p. 47)

colaborar para consolidar os direitos e a dignidade de pessoas em sofrimento mental, e hastear a bandeira de defesa da RAPS.

Outra motivação nasceu com a leitura do livro “Criminologia e Subjetividade” da autora Cristina Rauter (2003) no curso da disciplina Psicologia Jurídica, em 2021. A empolgação com os escritos de Rauter (2003), de certo modo, foi estimulante para pretender mergulhar nesse mar da Psicologia Jurídica e dos fenômenos que surgem na interface Psicologia e Direito.

Destacamos, ainda, o contexto estadual de saúde, onde milhões são gastos a cada ano com ICSM<sup>3</sup>. Estudar o fenômeno, regionalmente, pretendeu fornecer elementos para a construção de estratégias para a efetividade das práticas em saúde mental e parcerias intersetoriais; assim como, contribuir para que mais recursos sejam destinados à RAPS estadual, visto o montante significativo investido neste dispositivo no estado do Espírito Santo (ES).

Buscando, portanto, compreender aspectos das ICSM em uma região de saúde do estado do ES e as percepções de profissionais de Psicologia a respeito do fenômeno, em seus cotidianos de trabalho, nos municípios que compõem essa região, é que delimitamos a “antiga” região de saúde Norte (que compreende quatorze municípios adscritos à Superintendência Regional de Saúde de São Mateus<sup>4</sup> (SRSSM), a saber: Água Doce do Norte, Boa Esperança, Barra de São Francisco, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pinheiros, Pedro Canário, Ponto Belo, São Mateus e Vila Pavão) como campo da pesquisa.

E, de modo mais específico, apresentamos um panorama regional das ICSM, ampliando conhecimentos da atenção psicossocial, demonstrando alguns aspectos importantes nesse campo de práticas. Dessa forma, pensamos nas possibilidades de diálogos e aproximações entre profissionais da saúde mental e do judiciário, reafirmando, também, o compromisso da Psicologia com a Reforma Psiquiátrica, a

---

<sup>3</sup> Os gastos com as internações compulsórias saltaram de 1,6 milhões em 2011, para 26,8 milhões em 2017, segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. (ESPÍRITO SANTO, 2018).

<sup>4</sup> Atualmente, fala-se Região Central Norte após aprovação do novo PDR de 2020 – Resolução CIB nº 153 de 08 de dezembro 2020 (ANEXO B). Mas, aqui nesta pesquisa, iremos considerar os municípios adscritos à Superintendência Regional de Saúde de São Mateus/ES, a antiga Região de Saúde Norte (PDR 2011).

Luta Antimanicomial e o fortalecimento da RAPS, constatado por meio de manifesto em Nota de Repúdio, do Conselho Federal de Psicologia (2019, s.p.), contra a Nota Técnica Nº 11/2019 intitulada “Nova Saúde Mental”, publicada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde.

Hipoteticamente sugerimos que “embora a prática da ICSM esteja amparada pela Política Nacional de Saúde Mental, em sua principal legislação, a Lei 10.216, sua efetividade é cercada de desafios que perpassam a gestão e administração no SUS, a relação com o judiciário, a organização dos serviços de saúde mental, a cultura manicomial, bem como mentalidades manicomiais das práticas em saúde mental e sociais”.

Neste capítulo introdutório, apresentamos o tema geral, a delimitação da temática de estudo (ICSM e seu contexto na região de saúde do ES, por meio dos dados e dos relatos orais dos profissionais de Psicologia da RAPS municipal). Elencamos as motivações, os objetivos, as questões norteadoras, bem como a possível hipótese para o estudo. No segundo capítulo, apresentamos o arcabouço teórico, onde descrevemos brevemente sobre as questões de saúde mental na contemporaneidade, as noções fundamentais atuais para o cuidado em saúde mental, principais marcos históricos e legais contributivos para o modelo assistencial atual em saúde mental no Brasil, a RAPS e alguns apontamentos sobre a judicialização das ICSM; ou seja, assuntos vinculados à temática central, bem como suas conexões com objetivos, justificativas, hipóteses e questões norteadoras. No terceiro capítulo, descreveremos o percurso metodológico que seguimos, com tipologia de pesquisa, instrumentos e técnicas utilizados, fontes, cronograma de execução, modo de organização dos dados, bem como aspectos éticos.

Esperamos que não se esgotem os estudos sobre o fenômeno, sendo este um disparador para novas pesquisas. Que o trabalho se projete como instrumento para reflexão e ampliação de saberes e práticas efetivas de cuidado em saúde mental e que, de fato, a internação, não importe a sua modalidade, seja recurso excepcional, tendo-se esgotadas todas as possibilidades do cuidado em liberdade.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

*Nunca me esquecerei desse acontecimento. Na vida de minhas retinas tão fatigadas  
Nunca me esquecerei que no meio do caminho tinha uma pedra  
Tinha uma pedra no meio do caminho. No meio do caminho tinha uma pedra.  
(Carlos Drummond de Andrade)*

### 2.1 QUESTÕES DE SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE

Segundo o Relatório sobre a Saúde no Mundo da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), 25% da população em certo momento de sua vida, será afetada por alguma perturbação mental ou comportamental. Em 10% da população adulta, em qualquer momento, esses transtornos estão presentes.

Aproximadamente 20% das pessoas atendidas pelos profissionais de cuidados primários de saúde têm uma ou mais perturbações mentais e comportamentais. Provavelmente, uma ou mais famílias terão pelo menos um membro com uma perturbação mental ou comportamental. Além do apoio emocional e físico, essas famílias também sofrem o impacto do estigma e da discriminação que envolve as questões de saúde mental (OMS, 2001).

Até 2020, previa-se um crescimento do peso representado por essas perturbações mentais de 15% do total de anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI). A OMS estima ainda que 30% das pessoas que trabalham apresentam transtornos mentais menores e 5 a 10% desta população, com transtornos mentais graves (OMS, 2001).

No período de doze meses, avalia-se que 5,8% dos homens e 9,5% das mulheres passaram por um episódio depressivo, variando em menores ou maiores taxas em diferentes populações. Ainda foi observado pela OMS que o número de pessoas com Transtornos Mentais Comuns está crescendo mundialmente; em 2015, pelo menos 4,4% da população mundial sofria com depressão e 3,6% com ansiedade e, muitas pessoas vivenciam ambas as condições simultaneamente. Cerca de 50% dos pacientes que apresentam episódios depressivos iniciam o quadro entre 20 e 50 anos de idade. Estudos recentes têm apontado um aumento de episódios depressivos ocorrendo em jovens com menos de 20 anos (OMS, 2001).

No contexto do uso de álcool e outras drogas, o tabaco e o álcool são as substâncias mais utilizadas em todo o mundo e são as substâncias que trazem as mais graves consequências para a saúde pública. A prevalência de transtornos mentais entre adultos por uso de álcool (uso nocivo e dependência) foi estimada em 1,7% em todo o mundo, sendo 2,8% para o sexo masculino e 0,5% para o sexo feminino. Observa-se a relação entre o uso de tabaco e álcool durante a juventude e o uso futuro de outras drogas ilícitas. Em relação às esquizofrenias, estima-se que 0,4% das pessoas venham a apresentar esquizofrenia (OMS, 2001).

É importante dizer que muitas outras condições podem ser relacionadas às estimativas de saúde mental como suicídio e outras condições neurológicas que demandam cuidados em saúde mental, que não foram aqui enfatizadas. Além disso, é extremamente válido considerar que a saúde mental é multideterminada, ou seja, vários fatores influenciam na prevalência, no início e desenvolvimento dos transtornos mentais e comportamentais. Desemprego, pobreza, conflitos sociais, desastres naturais e outras condições sociais e econômicas, bem como fatores demográficos, exercem forte impacto na saúde mental das pessoas e populações (OMS, 2001).

Um exemplo disso, podemos citar a Pandemia da COVID 19, que vem trazendo fortes preocupações por parte da OMS no que tange aos impactos na saúde mental das pessoas. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2022, s.p) destaca:

O aumento dos sintomas psíquicos e dos transtornos mentais durante a pandemia pode ocorrer por diversas causas. Dentre elas, pode-se destacar a ação direta do vírus da Covid-19 no sistema nervoso central, as experiências traumáticas associadas à infecção ou à morte de pessoas próximas, o estresse induzido pela mudança na rotina devido às medidas de distanciamento social ou pelas consequências econômicas, na rotina de trabalho ou nas relações afetivas e, por fim, a interrupção de tratamento por dificuldades de acesso. Esses cenários não são independentes. Ou seja, uma pessoa pode ter sido exposta as várias destas situações ao mesmo tempo, o que eleva o risco para desenvolver ou para agravar transtornos mentais já existentes.

Os dados de prevalência, associados à situação da Pandemia e seu impacto na saúde mental de pessoas em todo o mundo, como retratado acima, levam-nos à reflexão das condições políticas e de serviços para esse cuidado.

É frustrante saber que “mais de 40% dos países têm falta de políticas de saúde mental e mais de 30% não têm programas nessa esfera. Mais de 90% dos países não têm políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes”.

(OMS, 2001, p.30). Segundo WHO (2017 apud ESPÍRITO SANTO, 2018, p. 21), “menos da metade das pessoas afetadas recebe tratamento adequado, seja pela falta de recursos, falta de capacitação dos profissionais, estigmas associados ao adoecimento psíquico e dificuldades na avaliação/diagnóstico desses casos”.

Preocupações, também, são evidentes quando, diante desse cenário de prevalência dos transtornos mentais e comportamentais, vivemos historicamente no Brasil e no mundo, atravessamentos de uma insistente ideologia e cultura de cuidado exclusivamente manicomial e hospitalocêntrico, como já fora exposto no capítulo 1 deste estudo.

A OMS (2001) apresenta dez recomendações para ações em saúde mental dos países: proporcionar tratamento em cuidados primários; disponibilizar medicamentos psicotrópicos; proporcionar cuidados na comunidade; educar o público; envolver as comunidades, as famílias e os usuários; estabelecer políticas, programas e legislação nacionais; preparar recursos humanos; estabelecer vínculos com outros setores; monitorizar a saúde mental na comunidade e apoiar mais a pesquisa. É muito interessante considerar que, entre todas as recomendações que a OMS cita neste documento, a pesquisa é uma delas. Sendo assim, pensamos no como é relevante a realização deste estudo, de modo a corroborar na realização, ampliação e qualificação das ações de saúde mental.

## 2.2 A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM FOCO: NOÇÕES FUNDAMENTAIS ATUAIS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A humanidade convive com a loucura há séculos; no entanto, a forma de conceber a loucura e lidar com as pessoas “ditas loucas” sofreu variações ao longo da história. Foucault (1972), em seu livro “A história da Loucura na Idade Clássica”, retrata esse contexto dos modos de perceber e lidar com o fenômeno, desde a idade média até as sociedades modernas.

Segundo Foucault (1972, p.12), o modo de lidar com a loucura antes de sua apropriação pelo saber médico ocupa o lugar da lepra no imaginário social do medo, suscitando “reações de divisão, de exclusão, de purificação que, no entanto, lhe são aparentadas de uma maneira bem evidente.”

De modo geral, Foucault (1972, p.13) delimita essas formas de abordar a loucura, em períodos demarcados por contextos históricos e culturais, que imprimiram mudanças. O primeiro momento compreende a era do Renascimento, na Idade Média, entre os Séculos XV e XVI aproximadamente, na qual se pode considerar certa indiferenciação das pessoas “ditas loucas”, uma vez que sua diferença era notada, no entanto, não segregada da convivência das demais pessoas. Sua figura era de uma pessoa extravagante e mais errante, porém circulante nas Peregrinações religiosas. “Os loucos tinham então uma existência facilmente errante.”

Conforme Foucault (1972), entre os séculos XVII e XVIII aproximadamente, o modo de lidar com o fenômeno da loucura passa a ser a segregação. Por meio da contribuição de Descartes a as reflexões sobre a razão, essas pessoas foram consideradas como sem razão. A loucura se associa, portanto, ao sonho e principalmente ao erro. “Se o louco aparecia de modo familiar na paisagem humana da Idade Média, era como que vindo de um outro mundo. Agora, ele vai destacar-se sobre um fundo formado por um problema de ‘polícia’, referente à ordem dos indivíduos na cidade.” (FOUCAULT, 1972, p.72). Por essa razão, as práticas de enclausuramento tornaram-se evidentes. Os loucos foram segregados, assim como os pobres, os portadores de doenças venéreas e pessoas incapazes para o trabalho.

É a partir do Século XVIII e início do século XIX que o saber médico se apropria da loucura, dando-a status de doença, e como tal, necessita ser dominada e controlada por tratamentos. Inicia-se o internamento como prática terapêutica, como lugar do tratamento médico, da medicalização da doença e do ajuste normativo, denotando, também, o caráter da moralidade, além da doença já citada (FOUCAULT, 1972).

Philippe Pinel e a psiquiatria do século XIX encontraram os loucos e, segundo Foucault (1972, p.55): “eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos ‘libertado’. A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural”.

Paulo Amarante (2013b, p. 24), define esse momento como a institucionalização da loucura pela medicina, para tratar daqueles que se tornaram

perigosos e representantes potenciais do risco: “a caracterização do louco, enquanto personagem representante do risco e periculosidade social, inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional”.

Para Amarante (2013b, p. 27), “o período pós-guerra torna-se cenário para o projeto de reforma psiquiátrica contemporânea, atualizando críticas e reformas da instituição asilar.” A partir daí, muitas experiências são empreendidas no sentido dessa mudança de tratamento da loucura, algumas citadas por Amarante (2013b): Comunidade Terapêutica na Inglaterra; Psicoterapia Institucional e Psiquiatria de Setor na França; Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos.

Todos esses movimentos foram importantes para provocarem mudanças na assistência às pessoas em sofrimento mental no mundo e também no Brasil. No entanto, é na década de 60 que dois movimentos contribuem significativamente para mudanças no modelo de atenção, que provocaria mudanças de paradigmas de cuidado. Amarante (2013b, p. 42) cita os movimentos da “antipsiquiatria na Inglaterra e a desinstitucionalização na tradição basagliana e a psiquiatria democrática italiana como movimentos de desconstrução e invenção”. Tais movimentos influenciam na desconstrução do modelo biomédico asilar de cuidado para o modelo de atenção psicossocial, apesar de apresentarem a limitação de apenas reformulação de serviços, conforme cita Amarante (2013b, 62-63):

Em algumas delas, assistimos às tentativas de humanizar o hospital, de introduzir-lhes novas técnicas e tratamentos para transformá-lo em instituição terapêutica. Em outras, vimos o esforço de criação de serviços externos que minimizassem os efeitos nocivos do hospital ou que evitassem as internações, procurando fazer com que o hospital fosse um recurso utilizado somente em último caso. Em ambos os casos, foram mudanças restritas aos serviços que dominaram a atenção e a agenda dos profissionais e dirigentes.

A desconstrução do modelo biomédico, assistencial, asilar (manicomial) tornou-se urgente, em muitos lugares do mundo, e não foi diferente no Brasil. Mediante situações de maus tratos e violação de direitos, um novo modelo de atenção para a loucura no Brasil tornou-se imperativo, com muito movimento de resistência.

No Brasil, o Movimento de Reforma Psiquiátrica tem na Lei 10.216 de 2001 seu principal marco, constituindo-se na legislação que demarca a mudança no modelo assistencial às pessoas em sofrimento mental. A partir dela, muitas outras



legislações, que constituem a Política Nacional de Saúde Mental, são instituídas no sentido de provocar as mudanças das práticas de cuidado e a consolidação do modelo de atenção à saúde mental.

Nesse contexto, as internações psiquiátricas não foram proibidas, mas não se constituem mais a base do modelo assistencial. O modelo de atenção psicossocial atual prevê o cuidado de base comunitária, territorial, sendo a internação o último recurso, após esgotados todos os recursos extra-hospitalares, conforme artigo 4º da Lei 10.216. Para corroborar com essa lógica de cuidado por meio de ações e serviços, em 2011, é publicada a Portaria GM/MS nº 3088 que institui RAPS, onde estão estabelecidas as ações e os serviços imprescindíveis para o cuidado, respeitadas as especificidades populacionais de cada município. Nota-se, por meio da referida Portaria, que o cuidado de pessoas em sofrimento mental precisa encontrar nas unidades básicas de saúde sua porta de entrada, entendendo que deve se dar próximo do território de vida delas.

Compreende-se, portanto, que a mudança de paradigma da doença mental para a saúde mental implica num olhar mais ampliado de cuidado, não específico apenas de uma área do saber, por exemplo, a psiquiatria. Nesse sentido, é importante considerar que o cuidado em saúde mental é um campo complexo, que exige ações plurais, intersetoriais e transversais a outros campos de saberes. (AMARANTE, 2013a).

Assim, o campo da saúde mental passou por revisões (que ainda são necessárias) para a consolidação do paradigma da atenção psicossocial, que agrega os princípios dos Direitos Humanos, com práticas intersetoriais, inclusivas e comunitárias (ESPÍRITO SANTO, 2018). O paradigma da atenção psicossocial se constitui num modo de produzir o cuidado em saúde mental que: “rompe com alguns paradigmas predominantes antes do processo da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica.” (ESPÍRITO SANTO, 2018, p. 28).

A atenção psicossocial, portanto, não se caracteriza por trabalho desenvolvido por categorias profissionais específicas, nem um conjunto de técnicas específicas especializadas. Caracteriza-se por um modo de produzir o cuidado em saúde mental que é desenvolvido em equipe multiprofissional, atuando de modo interdisciplinar e buscando colocar o sujeito como foco do cuidado e não a técnica

ou a patologia. Implica em considerar essa pessoa que está em sofrimento mental como sujeito desejante e possuidora de direitos (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Considera-se que “a Atenção Psicossocial pauta-se, assim, numa ética de relação com a alteridade e de respeito radical às singularidades, buscando, no contato com cada sujeito, a construção das estratégias de cuidado” (ESPÍRITO SANTO, 2018, p. 29). Constituem-se, então, noções fundamentais para o cuidado em saúde mental na atualidade, considerando o paradigma da atenção psicossocial: acolhimento, abordagem familiar, a noção do trabalho em rede, intersetorialidade, matriciamento, diagnóstico diferencial, redução de danos, projeto terapêutico singular, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, avaliação integral em saúde mental, estratificação e classificação de risco, urgência e emergência em saúde mental, vigilância em saúde. (ESPÍRITO SANTO, 2018).

### 2.3 PRINCIPAIS MARCOS HISTÓRICOS E LEGAIS CONTRIBUTIVOS PARA O MODELO ASSISTENCIAL ATUAL EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Diversos foram os acontecimentos, historicamente no Brasil, até chegarmos ao modelo assistencial atual em saúde mental. Segundo Devera e Costa-Rosa (2007), desde permitir que os “loucos” fizessem parte da “paisagem urbana” como tipos de rua e não como internos do hospício, até ao modelo hospitalocêntrico, e, ainda, após críticas, denúncias e reivindicações sustentarem as mudanças que levaram ao que se percebe, atualmente, nas práticas de atendimento à saúde mental.

É, em 1852, meados do século XIX, que a assistência psiquiátrica inicia-se no Brasil, sob a influência européia, com a inauguração do primeiro hospício brasileiro (Pedro II), iniciando o modelo hospitalocêntrico, com a lógica de proteger a sociedade dos ditos “loucos”, considerados perigosos e casos de polícia (SILVA, 2019, p. 175).

Devera e Costa - Rosa (2007) descrevem duas situações que marcaram o início da história da Psiquiatria no Brasil. Em um primeiro momento, o imperador, Dom Pedro II, inaugura um hospício que levava seu nome, em 1852, e no segundo momento, em 1889, se aliançaram a ciência psiquiátrica e os projetos estatais de controle social.

Após algumas décadas, já no século XX, “com a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), em 1923, no Rio de Janeiro surge o Movimento de Higiene Mental”, quando se acreditava no controle dos fatores sociais, a ponto de alteração de raças no aspecto físico e, também, mental; bem como ter a profilaxia como resposta às questões de saúde mental (SILVA, 2019).

Segundo Seixas, Mota e Zilberman (2009), o propósito de médicos psiquiatras que compunham a Liga em nome da modernização da assistência psiquiátrica era, na verdade, a tentativa de “normalizar” a população e “controlar” os deficientes mentais:

Os princípios da eugenia e da higiene mental incentivavam psiquiatras que pretendiam colaborar para a criação de uma nação próspera, moderna e mais saudável. “O que queremos é gente de saúde mental e físico forte [..]. Eugenisemos o brasileiro, selecionemos os tipos arianos que nos procuram, escapemos à infiltração de nova dose de sangue mongólico [..]”. (SEIXAS, MOTA, ZILBERMAN, 2009, s.p)

Nesse contexto, entra em cena a experiência dos hospitais colônias, como rede de serviços hospitalares complementares aos hospitais tradicionais existentes. Resende (1987, p. 47) afirma que, nessa época, “o trabalho passou a ser ao mesmo tempo meio e fim do tratamento.” O Brasil, portanto, adota a lógica “Pineliana” de que pacientes tratados com o trabalho pareciam mais ativos, menos bestificados e mais tranquilos, estabelecendo a atividade agrícola como atividade desenvolvida nos hospitais colônia.

Na década de 30, grupos e instituições privadas, organizados por empresas ou categorias profissionais, são incorporados ao Estado e organizados em Institutos de Aposentadoria e Pensões. A assistência psiquiátrica, porém, é incorporada como uma dessas especialidades já ofertadas, somente na década de 50, mais tardiamente (RESENDE, 1987).

Na década de 50, o cenário é caótico, como relata Resende (1987, p.54): “superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, condições de hotelaria tão mais ou piores do que nos presídios”. Resende (1987) acrescenta que, com isso, novos hospitais e a ampliação dos existentes era pauta frequente dos especialistas, bem como o aumento de investimentos nesse tipo de tratamento.

É em 1964, após a Ditadura Militar, que a assistência psiquiátrica ganha novos rumos, motivada pelo movimento privatista nas políticas sociais, conforme afirma Silva (2019, p. 176): “na década de 60, mais especificamente com a ditadura militar no Brasil, a saúde mental transforma-se num verdadeiro objeto de lucro,

tendo em vista a privatização da assistência psiquiátrica pelo Estado”. Cresce, nesse período, a chamada “indústria da loucura”, com o Estado financiando leitos em serviços privados e, conseqüentemente, ampliando o rol de enfermidades (SILVA, 2019).

Segundo Silva (2019), para controlar a “indústria da loucura” é criado pelo Estado a DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental, como órgão governamental responsável pela formulação das políticas de saúde mental na época “com características preventivas, pautado na ambulatorização da assistência psiquiátrica e na redução de internações” (SILVA, 2019, p. 176). Apesar dos esforços governamentais, o grande investimento em leitos hospitalares privados por meio de convênios com o poder público continuou, afirma Silva (2019).

É justamente o episódio da “Crise da DINSAM” que se torna o estopim para o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 2013b). Por meio de denúncia de três profissionais médicos bolsistas, as irregularidades na unidade hospitalar, tornaram-se públicas e mobilizaram profissionais de outras unidades, segundo Amarante (2013b). Tal fato recebe apoio do Movimento da Renovação Médica (REME) e do Centro de Estudos Brasileiros em Saúde (CEBES); “neste movimento, são organizados o Núcleo de Saúde Mental, do Sindicato dos Médicos, já sob a primeira gestão do REME, e o Núcleo de Saúde Mental do CEBES. [...] Assim nasce o MTSM [...]” (AMARANTE, 2013b, p. 52).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) é um importante marco histórico para mudanças efetivas na assistência em saúde mental no Brasil. Segundo Amarante (2013b, p. 51), “é o ator a partir do qual originalmente emergem as propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico”.

Amarante (2013b) cita, ainda na década de 70, outros eventos de grande importância para a consolidação de um novo modelo de assistência em saúde mental no Brasil: o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (outubro de 1978), que passa a ter a participação de movimentos em saúde mental em eventos, até então, conservadores; o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (outubro de 1978), que trouxe ao Brasil os principais mentores da Rede de Alternativas à Psiquiatria, do Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, da Antipsiquiatria, nomes importantes do pensamento crítico em saúde mental

(Basaglia, Guattari, Catel, Goffman e outros); I Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (janeiro de 1979), cuja pauta era “uma nova identidade profissional”.

Encontros importantes ocorrem na década de 80, citados por Amarante (2013b): I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental, no Espírito Santo (1985); I Encontro Estadual de Saúde Mental no Rio de Janeiro (1986); I Conferência Estadual de Saúde Mental no Rio de Janeiro (1987).

Vale ressaltar que em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco da constituição do nosso Sistema Único de Saúde, fruto da militância e resistência do movimento de Reforma Sanitária e que trouxe consigo alguns avanços importantes no que diz respeito à Reforma Psiquiátrica no país:

- A reafirmação dos princípios da participação da sociedade civil no processo decisório.
- A substituição do modelo hospitalocêntrico por serviços extra-hospitalares, pautado no trabalho com equipes multiprofissionais.
- A extinção dos leitos psiquiátricos asilares em substituição por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos, ou mesmo outros serviços, como hospital-dia, hospital-noite e lares protegidos.
- A retomada dos princípios democráticos quanto à realização dos concursos públicos.
- A devolução dos direitos das pessoas com transtorno mental no que se refere a sua cidadania plena. (SILVA, 2019, p. 177).

Diante do cenário de abertura democrática e de tantos avanços realizados, a I Conferência Estadual de Saúde Mental, em 1987, foi realizada sem a convocação do Ministério da Saúde, sem a certeza da possibilidade de realização de uma Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo tema central foi “a política nacional de saúde mental na reforma sanitária” (AMARANTE, 2013b). Nota-se, pelo tema, uma estreita relação entre os Movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica.

Muitos acontecimentos importantes seguiram-se para a consolidação de um novo modelo de atenção em saúde mental, entre os quais podemos destacar: a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial, em São Paulo, e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial em Santos, a Associação Loucos pela Vida de Juqueri, a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89 do deputado Paulo Delgado e a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (AMARANTE, 2013b).

Em 1990, houve a Conferência em Caracas, na Venezuela, intitulada “Reestructuracion de La Atencion Psiquiátrica em La Region”, promovida pela Organização Pan Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde, e contou

com a participação de muitos profissionais e militantes brasileiros (AMARANTE, 2013b). A Declaração de Caracas fortalece a organização da atenção em saúde mental nos países participantes e representa um marco nas reformas da saúde mental nas Américas.

Em 1992, por meio da Portaria GM/MS nº 224, o Ministério da Saúde regulamenta os CAPS/NAPS, afirmando o modelo substitutivo ao modelo manicomial, legislação que vem ser reformulada com a Portaria GM/MS nº 336 de 19 de Fevereiro de 2002.

Somente após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, em 2001, o Projeto de Lei Paulo Delgado é aprovado e torna-se a Lei nº 10216. Como coroação de todo o esforço empreendido pelos militantes da Luta Antimanicomial, por uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde mental.

Derivando-se de todo esse movimento e da promulgação da Lei 10.216, muitas outras ações foram empreendidas e ainda continuam a ser, levando em consideração que muito ainda precisa ser feito para que a chamada “indústria da loucura” não se fortaleça, apesar de continuar coexistindo com a lógica de cuidado antimanicomial. Por mais que conquistas tenham sido presentes nesse processo, não se pode ignorar que o isolamento trazido pelo “Modelo Asilar” – no qual o hospício Pedro II, e claro os que vieram a seguir deste, como local de “vigilância, regulação de tempo e repressão”, cristalizaram-se no atendimento à saúde mental no Brasil (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 61 e 62).

O Brasil continua passando por transformações nesse campo, mas é possível perceber a força da mobilização que contou, em grande parte, com usuários dos serviços e seus familiares e que proporcionou mudanças na assistência em saúde mental, trazendo ao horizonte a possibilidade de cuidado numa sociedade sem o manicômio. (JESUS, 2017).

#### 2.4 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Como já explicitado no item 2.1 deste capítulo, a atenção psicossocial, como ética de cuidado, é imprescindível na atualidade para o cuidado em saúde mental. A atenção psicossocial é a superação do paradigma da saúde-doença no campo da saúde mental e, como modo de cuidado em saúde mental, precisa encontrar lugar

privilegiado nas práticas atuais. É uma mudança de paradigma, tendo em vista que ainda persistem práticas pautadas na doença mental, focalizadas, individualizadas, não contextualizadas, na perspectiva apenas curativa.

Na perspectiva de ampliar a atenção psicossocial da população em geral, dentre outros objetivos é que, em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ao publicar a Portaria GM/MS nº 3088, conforme afirma Amarante (2013a, p.99):

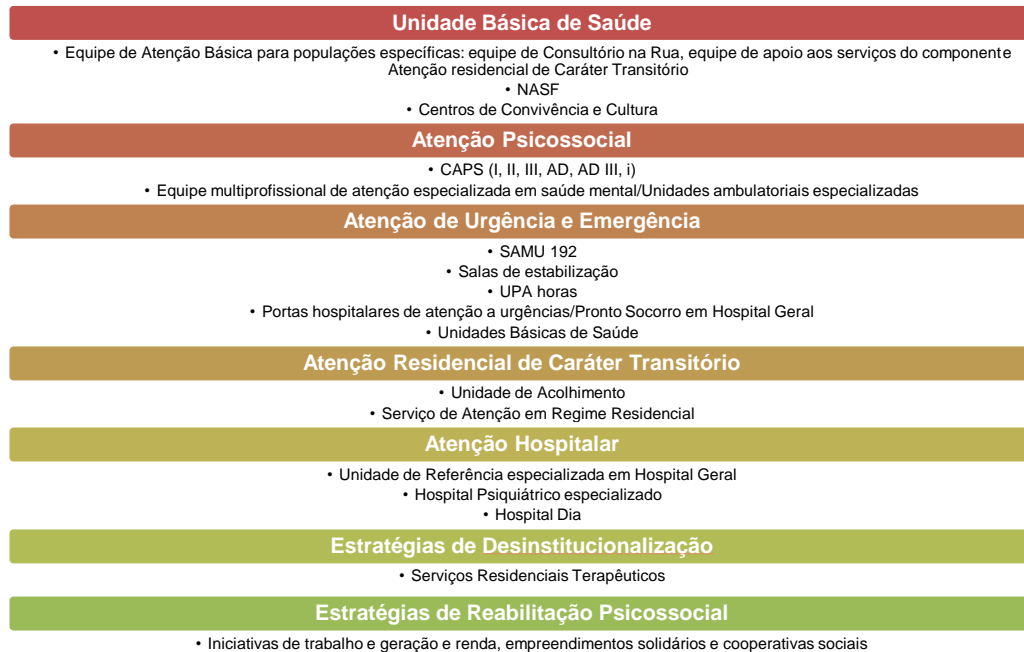
Com os objetivos de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da portaria n.3088 de 23 de dezembro de 2011.

A RAPS, além dos serviços, estabelece as diretrizes para o seu funcionamento, que são, conforme Art. 2º da Portaria de Consolidação nº 03 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017): respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; promoção de estratégias de educação permanente; e desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

A Portaria GM/MS nº 3088, que instituiu a RAPS, define os pontos de atenção para o cuidado em saúde mental, que define como componentes. Os componentes para esse cuidado compreendem desde os serviços da atenção básica, à atenção

especializada e estratégica, bem como estratégias de reabilitação psicossocial. Cabe ressaltar, que para cada componente da RAPS, são instituídas portarias específicas que os regulamentam. Assim, constituem-se componentes da RAPS:

**Figura 1 – Componentes da RAPS**



FONTE: Portaria GM/MS nº 3088/2011 e Portaria GM/MS nº 3588/2017

É importante considerar que não apenas serviços são importantes, mas também o olhar estratégico para o desenvolvimento do modelo de atenção psicossocial operacionalizado por meio das práticas. “[...] atentos aos valores e crenças que embasam suas práticas e permeiam seu cotidiano, buscando rever posturas, se essas não forem inclusivas, atentos ao que Pelbart (2001) chama de ‘manicômios mentais’, que consistem no desejo presente em nós de controlar, tutelar e subjugar o outro.” (ESPÍRITO SANTO, 2018, p. 60).

Portanto, é no fazer que se consolida o modelo e que exige uma mudança de mentalidade por aquele que faz. Talvez, esse seja o grande desafio para o fortalecimento e consolidação da RAPS, da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica. Adotar o modelo de atenção psicossocial exige a compreensão dos profissionais de que a pessoa em sofrimento mental é um sujeito de direitos e um



sujeito de desejo e isso diz respeito não apenas à implantação de serviços, mas também à mudança de mentalidades e posicionamentos (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Nesse sentido, é importante considerar que a operação da atenção psicossocial não se dá apenas em serviços especializados como os próprios Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são serviços estratégicos para a RAPS e para o modelo de atenção psicossocial. Muitas ações de saúde mental são realizadas sem que os profissionais as percebam ou as considerem como tal. A escuta qualificada, por exemplo, se constitui como uma ferramenta cuidado, que possibilita o estabelecimento de vínculo, empatia e relação de confiança entre o usuário e o profissional, aspectos fundamentais para o cuidado em saúde mental, como afirma Espírito Santo (2018).

Então, não precisa estar em um CAPS para produzir cuidado em saúde mental. Nesse contexto ampliado, praticam a atenção psicossocial os profissionais que operacionalizam o cuidado de modo ético, intersetorial, integral, com alteridade e respeito à dignidade humana. No entanto, o CAPS, do ponto de vista da RAPS, representa seu componente estratégico, não mais importante que os demais, mas porque além de oferecer o tratamento especializado às pessoas com transtornos mentais e comportamentais ou grave sofrimento mental, precisa articular e ativar uma rede de cuidados e proteção; essa rede inclui família, comunidade, os demais serviços de saúde e da rede intersetorial e a sociedade (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Com um papel estratégico, de referência e de cuidado na promoção da “vida comunitária e da autonomia dos usuários”, esses espaços não podem ser vistos apenas como um “lugar” no sentido “geográfico”, mas sim como território para a busca do “exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares” (BRASIL, 2015, p. 09 – 10).

Em se tratando das ações realizadas pelos CAPS, estas, podem ser feitas tanto em grupos, quanto individuais. Há também ações comunitárias e outras que são destinadas às famílias, mas vale lembrar, que elas devem ser realizadas nos espaços específicos e “contextos reais de vida das pessoas” (BRASIL, 2015, p. 10). As estratégias de um CAPS devem estar pautadas de acordo com a Portaria MS/SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012, por: acolhimento inicial; acolhimento diurno e/ou noturno; atendimento individual; atenção às situações de crise; atendimento em grupo; práticas corporais; práticas expressivas e comunicativas;

atendimento para a família; atendimento domiciliar; ações de reabilitação psicossocial; promoção de contratualidade; fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares; ações de articulação de redes intra e intersetoriais; matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência; ações de redução de danos; acompanhamento de serviço residencial terapêutico; apoio a serviço residencial de caráter transitório.

Com tais estratégias, é possível um ambiente acolhedor no atendimento aos indivíduos com “transtornos psíquicos graves e (assim) evitando as internações hospitalares”, sendo imprescindível, portanto, que os objetivos buscados através dos CAPS estejam sendo atingidos (SCHNEIDER, 2009, p. 81). Nesse sentido, é essencial compreender e perceber que

A noção de cuidado exerce a função de anunciar a renovação das práticas técnico-assistenciais na direção apontada pelo movimento de Luta Antimanicomial, de restituição à pessoa em sofrimento psíquico de seu estatuto de sujeito jurídico-político. A política de saúde mental, por sua vez, avançou na estruturação de uma rede de cuidados substitutiva aos hospitais psiquiátricos, deslocando o cuidado das instituições de características asilares para as redes comunitárias de abrangência territorial e intersetorial, pressupondo práticas que se distanciem da medicalização dos sofrimentos cotidianos (BARBOSA et al, 2016, p. 925).

Entretanto, mesmo com todo o processo de mudanças e transformações que fazem parte da história e dos avanços das políticas de saúde mental, dificuldades e desafios em torno da consolidação e da efetivação dos cuidados em saúde mental são persistentes, seja no âmbito do próprio cuidado ou da institucionalização existente. Além disso, ainda há “a fragilidade na articulação intra e intersetorial, o estigma atribuído ao sujeito em sofrimento mental e as dificuldades de (re) inserção social” (SAMPAIO; JÚNIOR, 2021, p. 02).

## 2.5 JUDICIALIZAÇÃO DAS INTERNAÇÕES EM SAÚDE MENTAL: ALGUNS APONTAMENTOS

A saúde é um direito constitucional garantido no artigo 196 da Constituição Federal de 1988. No entanto, é um campo complexo, multidimensional e a sua efetividade é permeada de inúmeros contextos sociais, políticos e econômicos. A busca pela efetividade da saúde e a saúde mental, como uma de suas dimensões,

tem levado inúmeras pessoas a acessar os dispositivos da justiça para a garantia desse direito.

Segundo estudos do IPEA (2019), as demandas judiciais relativas à saúde aumentaram 130% entre 2008 e 2017, enquanto o número total de processos judiciais cresceu 50%. O mesmo estudo retrata que, segundo o Ministério da Saúde, os gastos com demandas judiciais, em sete anos, cresceram aproximadamente 13 vezes, atingindo R \$1,6 bilhão em 2016 (MUSSE; PESSOA; SOUZA, 2019).

Vários apontamentos podem ser feitos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à crescente das demandas judiciais, entre as quais podemos citar “ineficiências na atuação da autoridade pública de saúde, que não executa a contento a política pública de saúde, ou, em contraposição, de pedidos individuais solicitando procedimentos e tratamentos não incluídos na política de saúde” (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019, p.14)

Na saúde mental, em relação às internações compulsórias, a tendência é a mesma. O estado do Espírito Santo apresenta aumento vertiginoso das ICSM desde 2014:

Ainda que as internações por transtornos mentais e comportamentais venham apresentando tendência de queda nos últimos dez anos, o Espírito Santo vem vivenciando um aumento vertiginoso das internações compulsórias desde 2014, principalmente para tratamento de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras SPA. Para fazer frente a essa demanda, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) realiza compra de leitos na rede privada. (ESPÍRITO SANTO, 2018, p.25)

Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde – GERA/NEASA (ESPÍRITO SANTO, 2018), os gastos com ICSM de 2011 a 2017 foram, em milhões de reais: 1,6 (2011); 4,2 (2012); 11,7 (2013); 25,6 (2014); 35 (2015); 33 (2016) e 26,8 (2017). As informações obtidas pela Secretaria Estadual de Saúde (ESPÍRITO SANTO, 2018) ainda revelam que, a maioria das internações é por uso de álcool e outras drogas. Em números absolutos, no ano de 2017, foram registrados o total de 724 internações compulsórias por motivo de saúde mental. Destas, 684 foram por uso de substâncias psicoativas (SPA).

Nota-se, portanto, um grande investimento em internações compulsórias que poderiam ser destinado na implantação e implementação de serviços da RAPS, principalmente os seus componentes estratégicos que são os Centros de Atenção Psicossocial, como preconiza a atual Política Nacional de Saúde Mental.

No Brasil, no campo da saúde mental, a Lei 10.216 de 2001 descreve, dentre as três modalidades de internação, a internação compulsória definindo-a (Art. 9º) como: “determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários” (BRASIL, 2001). A Lei ainda especifica que, para ambas, é necessário laudo médico circunstanciado e, além disso, que sejam solicitadas após terem se esgotado as possibilidades de cuidado ambulatorial. (BRASIL, 2001).

Segundo Azevedo e Souza (2017, p. 11-12), em diversas pesquisas, foi possível perceber que a internação compulsória tem sido, no Brasil, uma “saída” muito utilizada pelas “políticas de combate ao uso do crack”. Porém, esse agenciamento de internações, não só na relação do combate ao uso de drogas, têm parecido passar por “uma modalidade de poder de normalização” tanto dentro da Psiquiatria quanto do Direito. Esses mesmos autores relembram que a internação compulsória, com a Lei 10.216/01, é pensada estrategicamente como lugar periférico de retaguarda e não como centralidade/prioridade. (AZEVEDO; SOUZA, 2017).

A internação compulsória por dependência química tem ganhado notoriedade na mídia e, conseqüentemente, repercute na opinião pública, demandando a resolução do problema pela justiça para a dependência química e as situações das cracolândias, como afirma Fatureto; Paula-Ravagnani; Guanaes-Lorenzi (2020).

Com a nova legislação sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas, a Portaria 13.840, de 05 de junho de 2019, se acentuou a discussão sobre as internações compulsórias e involuntárias por dependência química, uma vez que a referida Lei traz um trecho bastante polêmico, colocando o servidor público da saúde, da assistência social ou dos órgãos integrantes do SISNAD, a solicitar a internação na ausência de um familiar ou responsável legal. Esse trecho da Lei dá abertura para interpretações e controvérsias, apesar do texto completo da Lei e do referido artigo, se referenciar ao artigo da Lei 10.216/2001 sobre as modalidades e condições para as internações em saúde mental.

Segundo Ferreira (s.a., p. 09), Promotor de Justiça do Ministério Público do Paraná, há questões relacionadas às internações compulsórias que vão além do

preconceito existente nos serviços da rede e da falta de leitos disponíveis. Há um aumento nas solicitações de internações psiquiátricas compulsórias, que, dentro de sua análise no texto “O Ministério Público diante da procura por internações Psiquiátricas”, são indevidas quando estão sendo utilizadas como medida de segurança, como medida de proteção com previsão no Estatuto da Criança e do Adolescente e a medida de proteção, com previsão no Estatuto do Idoso.

O promotor ainda faz uma relação das possíveis causas do aumento dessas internações psiquiátricas pela via compulsória. Essa relação vai desde o “preconceito” - sendo a ideia do isolamento histórica; logo, a ideia de manter um indivíduo dito “louco” longe das relações sociais era/é a melhor opção; “ausência de processos terapêuticos eficazes” – nessa via relaciona à falta de eficácia do serviço, principalmente, com relação ao abuso de álcool e drogas; “ausência de serviços em rede” – ligado à falta de “comunicação” nos serviços disponíveis e “ausência de leitos hospitalares” – o autor faz uma relação da diminuição dos leitos hospitalares sem um aumento da disponibilidade do serviço aberto (FERREIRA, s.a., p. 01-02).

Levando em consideração que, no processo histórico das políticas de saúde mental, propõem-se mudanças que saem do “modelo hospitalocêntrico para um modelo baseado na excepcionalidade da internação e na prevalência da assistência extra-hospitalar”, nota-se, porém, conforme Bartolomei e Rezende (2017, p. 95), que essa política do governo não tem ocorrido como deveria, e sim ao contrário. Ou seja, não há diminuição das internações.

Reafirmando essa condição, Azevedo e Souza (2017, p. 13) percebem o “investimento contrário às perspectivas da Atenção Psicossocial e da Reforma Psiquiátrica Brasileira”, acentuando-se nos casos de pessoas em situação de rua, cuja internação compulsória representa o fracasso do Estado e das Políticas de Saúde.

O autor Ferreira (s.a., p. 04) afirma ainda que há “aplicação abusiva da internação compulsória” e que esse número crescente de pedidos tem-se utilizado é um desrespeito ao Devido Processo Legal Substantivo, insculpido no art. 5º. II da Carta Política de 88, que assegura a liberdade individual de opção, “senão em virtude de lei” e acrescenta ainda que esse tipo de solicitação se torna uma violação do Princípio de Dignidade.

Um estudo com profissionais de saúde mental que lidam com internação compulsória em seu cotidiano, em um hospital público psiquiátrico de uma cidade de médio porte do interior de São Paulo, retrata alguns desafios no que diz respeito às internações. Fatureto; Paula-Ravagnani; Guanaes-Lorenzi (2020, p. 03), relatam que a literatura mostra que “as equipes que lidam com a IPC enfrentam desafios em seu trabalho, tais como os critérios para encaminhamento e questões éticas do processo de decisão, as condições de trabalho das equipes e a relação com o sistema judiciário”.

Várias situações problemáticas são relatadas neste estudo desde a admissão até a alta do paciente da internação compulsória, exemplos: a desinformação do paciente quanto à internação, que acontece contrária a sua vontade; escolta policial para a admissão da internação que pode ser constrangedor para família, equipe hospitalar e outros pacientes; no caso de usuários de substâncias, a não disposição à abstinência; a chegada ao hospital, perpassada por enganos e dissimulações. Tais fatos costumam gerar aversão e a baixa adesão ao tratamento hospitalar proposto. (FATURETO; PAULA-RAVAGNANI; GUANAES-LORENZI, 2020).

Relatam, também, as possíveis iatrogenias pela alta condicionada à autoridade judiciária; fuga do hospital devido limitação de recursos terapêuticos hospitalares com a melhora do paciente; analogia com prisão considerando o longo tempo das internações; o desvio da finalidade hospitalar com internações para abrigamento de populações que não dispõem desses recursos no território;

Ferreira enfoca a importância e essencialidade no aprofundamento das reflexões sobre o tema, pois o aumento das internações, sejam elas voluntárias, involuntárias ou compulsórias, envolve questões administrativas e da gestão do SUS, além de questões éticas e da justiça. Nesse sentido, reforça que, seria possível resolver grande parte dos casos sem que os mesmos fossem levados às internações – principalmente compulsórias.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

Este é um estudo de abordagem qualitativa e quantitativa. Realizamos a pesquisa de campo de modo a gerar conhecimentos sobre um problema, testando hipóteses e provocando novas descobertas sobre o fenômeno (FERRÃO; FERRÃO, 2007). De modo descritivo, relacionamos fatos correspondentes ao fenômeno estudado, registrando o que foi observado, segundo a avaliação do pesquisador correlacionando com os objetivos propostos.

A pesquisa bibliográfica, com a busca de artigos, livros, e outros acervos bibliográficos sobre a temática abordada (GIL, 2016), subsidiou o referencial teórico e a contextualização dos dados obtidos.

O campo de pesquisa foi o setor de mandados judiciais da Superintendência Regional de Saúde de São Mateus/ES (SRSSM), ao acessarmos o sistema estadual de registro e acompanhamento das demandas judiciais - OnBase<sup>5</sup>, para coleta de dados. E, também, os serviços municipais da RAPS, de municípios adscritos à SRSSM, para realização da entrevista com profissionais de Psicologia que nestes atuam, obtendo informações dos respectivos relatos orais.

Segundo Rigotto (1998), as técnicas de relato oral têm sido utilizadas amplamente em estudos qualitativos. Tais técnicas “partem da experiência de vida dos indivíduos para desvelar as relações sociais e a cultura nas quais se insere.” (RIGOTTO, 1998, p. 116). Este método de pesquisa busca compreender a sociedade (o fenômeno) sob o olhar de quem o vivencia, estabelecendo relações entre o geral e o particular através da análise comparativa das versões e testemunhos. (ALBERTI 1989 apud RIGOTTO, 1998).

A pesquisa se deu em duas etapas. A primeira etapa consistiu na coleta de dados sobre as ICSM, acessados no sistema, com a respectiva liberação de acesso da instituição coparticipante (APÊNDICE A). A utilização desses documentos caracteriza a pesquisa documental, que segundo Gil (2006, p.51): “vale-se de

---

<sup>5</sup>O sistema OnBase é um sistema de informação estadual, onde são cadastradas todas as demandas judiciais gerenciadas pelos setores de mandados judiciais da Secretaria Estadual de Saúde e das Superintendências Regionais de Saúde.

materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.”

Coletamos informações do período de 01 de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2019 e 01 de janeiro de 2020 a 31 de dezembro de 2020, ou seja, um período de dois anos (2019 e 2020), de documentos de processos judiciais para ICSM. Optamos por esse período porque, em março de 2019, o estado do ES emitiu uma Nota Técnica (NT) 02/2019, contendo orientações sobre internações em saúde mental, sendo amplamente divulgada nos grupos condutores regionais da RAPS. Essa NT foi reformulada e relançada em 2022 (a utilizaremos para contextualizar alguns resultados) e foi preponderante para provocar atualizações neste contexto.

A ênfase na análise das informações coletadas se deu no âmbito da saúde e não analisamos o teor das sentenças, as argumentações jurídicas, os tipos de instrumentos jurídicos utilizados e outros, ou seja, questões da prática jurídica.

Notamos, ao acessar os processos judiciais no sistema, uma forma de organização dos documentos e informações. As servidoras do setor de mandados judiciais da SRSSM informaram, grosso modo, que para o processo regulatório das internações em saúde mental, o Núcleo Estadual de Regulação de Internação (NERI) da Secretaria Estadual de Saúde (SESA/ES) organiza e se orienta pelos seguintes documentos, escaneados: a) mandado judicial (sentença/decisão); documentos das partes (documentos pessoais, cartão nacional do SUS, comprovante de residência, documentos judiciais dos requerentes e laudo médico circunstanciado emitido nos últimos 6 meses); documentos pertinentes a Procuradoria Geral do Estado (PGE) – caso tenha e respostas sobre a regulação e a internação do NERI ao juizado do caso. Segundo informações dadas por elas, tais documentos tem respaldo nos art. 4º e 6º da Lei nº 10.216/2001, Resolução CFM 2057/2013 e o Ato Normativo nº 33/2015 publicado pelo Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo.

Os dados foram planilhados em EXCEL e referem-se à: município de residência, total de demandas no período, nome do paciente, tipo de representação do mandado judicial, sexo, idade (data de nascimento) no ano, data da decisão/sentença judicial; data da entrada no sistema de regulação estadual; caracterização dos laudos (SUS ou não; data do laudo; CID 10; descrição categorizada dos principais sintomas do laudo); caracterização da liberação ou não



da internação pelo NERI; tempo médio entre decisão e entrada no sistema; tempo médio entre decisão judicial e liberação da internação; estabelecimento executante e intercorrências no processo regulatório. Analisar esses dados foi importante para correlacionar aspectos da atenção psicossocial.

Cumprir informar, que mesmo sendo uma demanda judicial, o SUS preconiza a Regulação Assistencial, que segundo a Portaria GM/MS nº 1559/2008: “tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS”. Essa é uma função estadual estabelecida para a garantia do acesso aos serviços adequados às necessidades dos cidadãos e em tempo oportuno, operacionalizada por Complexos Reguladores, neste caso, pelo NERI, pois “abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização”.

A segunda etapa consistiu nos encontros presenciais e online com os profissionais de Psicologia, para realização da escuta, pretendendo captar a percepção dos mesmos sobre o fenômeno e como ele se operacionaliza em seu cotidiano de práticas. O convite foi realizado pela própria pesquisadora na exposição da pesquisa em reunião do Grupo Condutor da RAPS da região de saúde Norte, viabilizando o contato inicial com eles, uma vez que participam desse fórum de discussão da política de saúde mental regional. Depois desse momento, foi feito o convite individualizado, via contato telefônico, para livre participação e posterior agendamento do encontro presencial ou on-line, conforme escolha do profissional.

Pretendíamos realizar, ao menos, a entrevista com um profissional de cada município, totalizando, assim, quatorze relatos. Porém, pelo tempo dado para a conclusão da pesquisa e a autorização para a realização das mesmas pelo Comitê de Ética, só foi possível realizar oito encontros; portanto, 57% do total previsto.

Para condução da história oral, seguimos um roteiro de entrevista focalizada (APÊNDICE B), que permite a fala livre do entrevistado no assunto proposto, sendo estimulado pelo entrevistador o retorno ao tema ao se desviar, respeitando “o foco de interesse temático sem que isso implique conferir-lhe maior estruturação”. (GIL, 2016, p. 112). Todas as entrevistas foram gravadas e os dias e horários dos encontros previamente acordados entre os profissionais, incluindo o tipo de

plataforma de webconferência que fosse de melhor adaptação para o entrevistado. Usamos ora a plataforma ZOOM, ora Google Meeting.

As narrativas dos profissionais foram analisadas sob a perspectiva de “analísadores” (Psicologia Institucional). Caracteriza-se por "analísadores" qualquer situação que se coloca como disparador para se repensar o processo de análise de qualquer realidade institucional. Pode-se dizer que é qualquer situação que vem à tona no processo de análise e que dá novo tom e novos rumos na análise, como uma força motriz e potencializadora das mudanças de rumos e novas perspectivas. (ROSSI; PASSOS, 2014).

No que se refere ao cronograma de execução da pesquisa, seguimos da seguinte forma: elaboração do projeto de abril a junho de 2022; pesquisa bibliográfica de abril a junho de 2022 para elaboração do projeto, com continuidade ao longo da pesquisa; pesquisa de campo em setembro e outubro de 2022; sistematização dos dados coletados em outubro de 2022; formatação final do trabalho: novembro de 2022; entrega da pesquisa: dezembro de 2022 e apresentação da pesquisa em banca examinadora em dezembro de 2022.

No tocante aos aspectos éticos para o estudo, submetemos a pesquisa ao Comitê de Ética, via Plataforma Brasil e o início da pesquisa se deu após aprovação, conforme parecer técnico (ANEXO A). Seguimos todas as etapas de inserção das informações necessárias à avaliação do Comitê, como análise de riscos e termos essenciais, principalmente o de utilização de dados (TCUD – APÊNDICE C) e o de consentimento e livre esclarecido (TCLE – APÊNDICE D) que descreve os aspectos éticos de sigilo profissional, respeito às expressões, não identificação nominal dos participantes, processos de armazenamento das informações, entre outros.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 O QUE OS DADOS PROCESSUAIS REVELAM DAS ICSM?

Nessa pesquisa, em grande parte das categorias analisadas, colocamos, em alguns momentos, os dados separadamente, por cada ano, antes da informação totalizada do período analisado, para possibilitar aos municípios perceberem evoluções ou retrocessos quantitativos e realizarem as suas reflexões, conforme interesse e necessidade.

Antes da apresentação e análise dos dados coletados no OnBase, referente às ICSM, informamos que os registros nesse sistema levam em conta as demandas onde o estado do ES compõe o “pólo passivo”, ou seja, o estado é arrolado como responsável por garantir o atendimento da demanda judicial em questão, sob risco de multa e demais penalidades, caso atrasos ou não cumprimento. A municipalidade, na maior parte das vezes, não é citada como parte do processo.

Considerando, portanto, os registros de entrada no OnBase de solicitações de ICSM, foram computadas no ES, em 2019, 1.453 solicitações e em 2020, 774 solicitações. Nesse cenário, as ICSM representam uma parcela frente às outras demandas judiciais que o estado recebe, entre elas medicamentos, cirurgias, consultas, exames, internações clínicas e informações. Em estudo recente para o planejamento regional de saúde, a Gerência Estadual de Demandas Judiciais (GEDEJ) da Secretaria Estadual de Saúde (SESA/ES), apresentou dados das demandas judiciais para ICSM, nos anos de 2019, 2020 e 2021, que representaram na região Central Norte 13,65% frente ao conjunto das demais demandas judiciais, 6,64% na região metropolitana e 17,77% na região sul. Sendo assim, as ICSM representam no ES cerca de 12% das demandas judiciais como um todo, mas, apesar disso, revelam grande impacto financeiro no estado. Pelo Plano Estadual de Saúde 2020-2023 (ES/SESA, 2020, p. 61), “Vale destacar que as internações por motivo de saúde mental representaram 21,4% das despesas com mandados judiciais no período compreendido entre 2015 e 2018, sendo o terceiro maior montante gasto pela SESA”.

No tocante às demandas registradas no sistema para ICSM, nos anos de 2019 e 2020, separando, por regiões de saúde do ES, temos o seguinte panorama (tabela 1):

Tabela 1 - Solicitações para ICSM, no sistema OnBase, por região de saúde do estado do Espírito Santo, nos anos de 2019 e 2020

REGIÃO DE SAÚDE	ANO 2019	PERCENTUAL	ANO 2020	PERCENTUAL	TOTAL NO PERÍODO
<b>NORTE</b>	109	7,51%	77	9,95%	186
<b>CENTRAL</b>	343	23,60%	135	17,44%	478
<b>METROPOLITANA</b>	459	31,58%	295	38,11%	754
<b>SUL</b>	542	37,31%	267	34,50%	809
<b>TOTAL</b>	1.453	100%	774	100%	2.227

Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

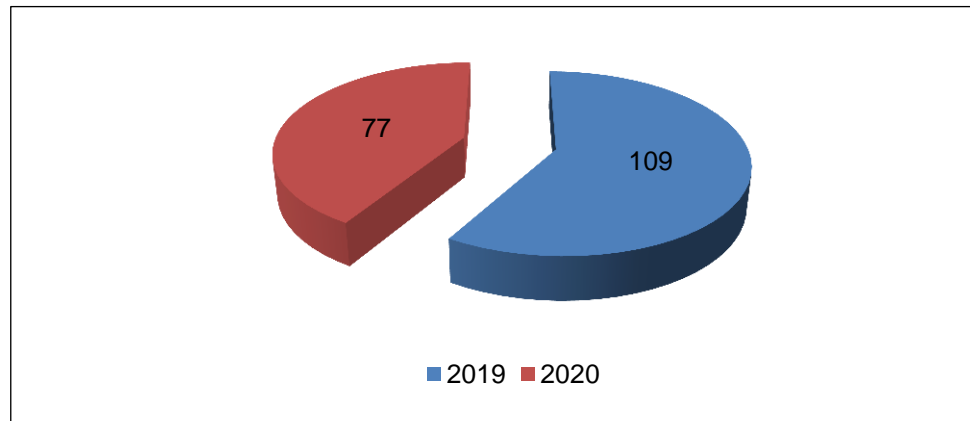
Nota-se, então, que das regiões de saúde do ES, a região de saúde Norte é a que representa menor volume em ambos os anos.

Hoje, no cenário da regionalização da saúde do estado do ES, já vigora um novo PDR (2020) conforme já informado no capítulo 1, sendo os municípios da antiga região de saúde Norte, unificada aos municípios da antiga região Central, passando a ser denominada região Central Norte, agora com 29 municípios. Portanto, nos atentaremos apenas aos dados na antiga região Norte (14 municípios), e continuaremos assim denominando-a ao longo desse estudo.

O objetivo dos dados acima foi contextualizar a região de saúde Norte, no cenário estadual, frente às demais regiões de saúde. Filtrando os dados dessa região de saúde, apresentamos no gráfico 1 o total geral de solicitações de ICSM, que entraram no sistema OnBase, nos anos de 2019 e 2020.

Observando o gráfico 1, percebemos uma queda no ano de 2020 (77 solicitações) em comparação ao ano anterior (109 solicitações). Importante frisar que a Pandemia da COVID 19 teve o marco inicial no Brasil em março de 2020, o que dificultou consideravelmente o deslocamento de pessoas e, conseqüentemente, o acesso aos bens e serviços de saúde, bem como jurídicos.

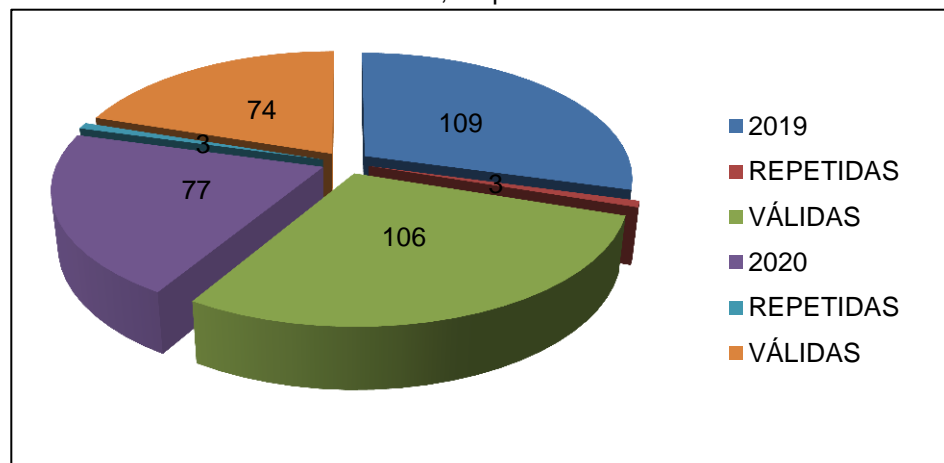
Gráfico 1 - Total de solicitações de mandados judiciais para internação compulsória em saúdemental inseridas no sistema OnBase, no período de 2019 e 2020



Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Importante considerar que, das 109 solicitações inseridas em 2019, 106 foram válidas, pois 3 estavam repetidas (do mesmo período e do mesmo cidadão requerido). E das 77 solicitações inseridas em 2020, 74 foram válidas, com 3 repetidas, conforme gráfico 2, abaixo.

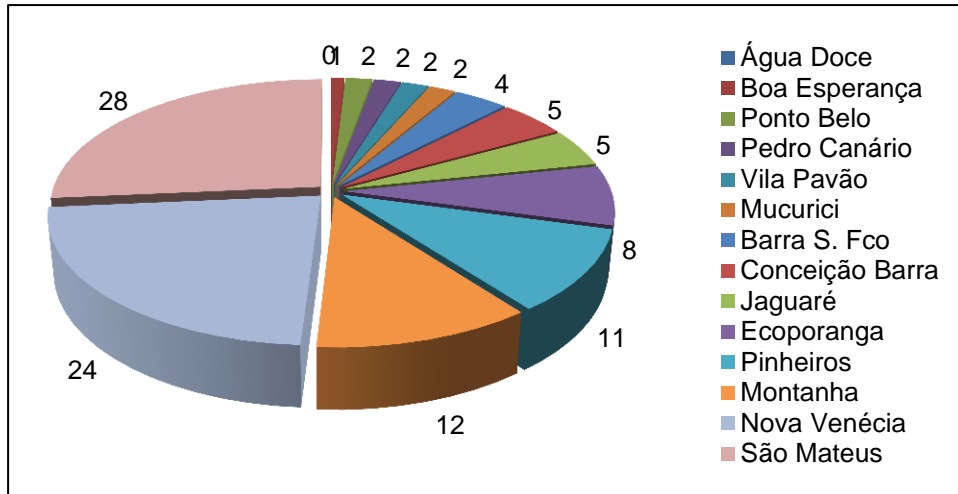
Gráfico 2 - Solicitações de mandados judiciais para internação compulsória em saúde mental válidas no sistema OnBase, no período de 2019 e 2020



Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

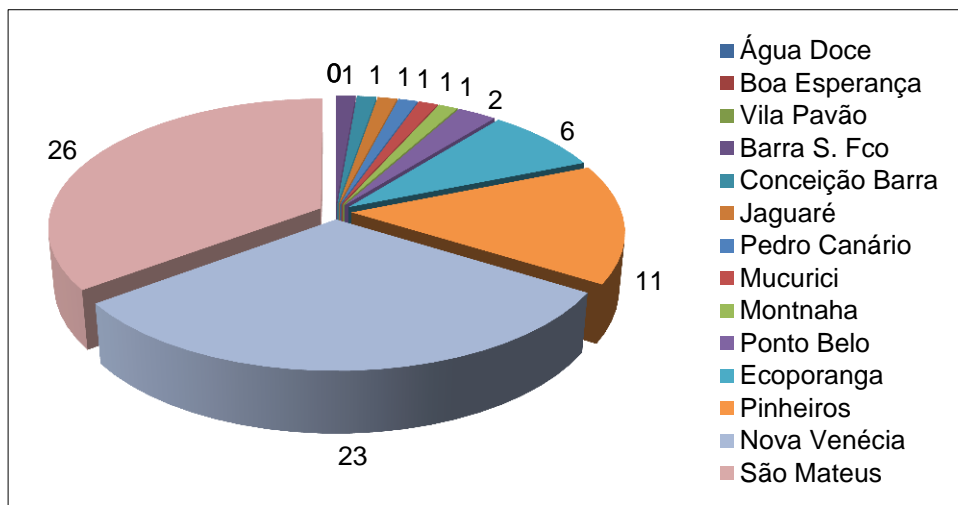
No recorte de solicitações válidas, por município de residência do cidadão requerido do mandado judicial, tivemos o seguinte panorama, conforme gráficos 3, 4 e 5 que seguem:

Gráfico 3 – Total de solicitações válidas inseridas no sistema OnBase, por município de residência, ano 2019



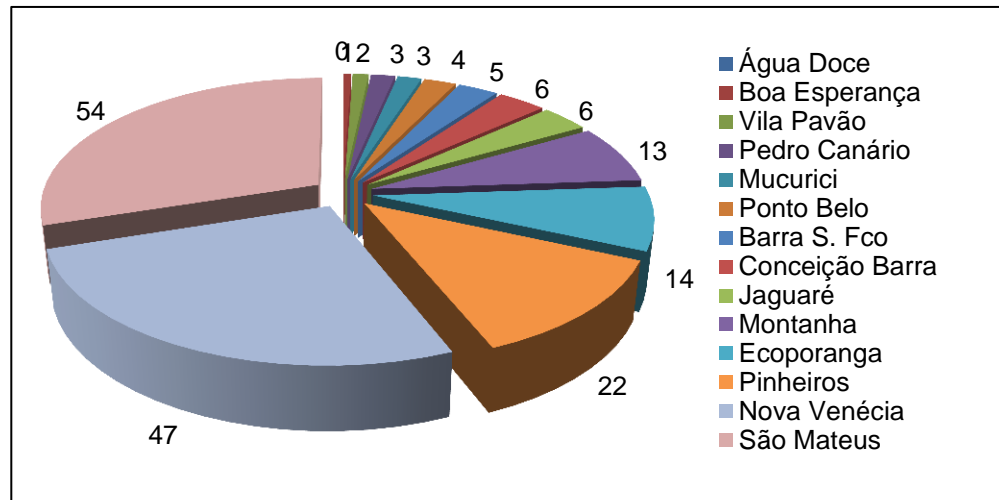
Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Gráfico 4 – Total de solicitações válidas inseridas no sistema OnBase, por município de residência, ano 2020



Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Gráfico 5 – Total geral de solicitações válidas inseridas no sistema On Base, por município de residência, anos 2019 e 2020



Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

No ranking, em números absolutos, dos cinco maiores demandadores das solicitações válidas, no período analisado, tivemos os municípios de São Mateus (54), Nova Venécia (47); Pinheiros (22); Ecoporanga (14) e Montanha (13), representando 84,45% do total das solicitações válidas no período, como se pode constatar na tabela 2 do ranking de todos os municípios.

Tabela 2–Ranking dos municípios demandadores, em números absolutos, de solicitações inseridas no sistema OnBase para ICSM, nos anos de 2019 e 2020

Ranking	Município	Total geral	Percentual
1	São Mateus	54	30%
2	Nova Venécia	47	26,12%
3	Pinheiros	22	12,22%
4	Ecoporanga	14	7,78%
5	Montanha	13	7,22%
6	Jaguaré	6	3,33%
7	Conceição da Barra	6	3,33%
8	Barra São Francisco	5	2,78%
9	Ponto Belo	4	2,22%
10	Mucurici	3	1,67%
11	Pedro Canário	3	1,67%
12	Vila Pavão	2	1,11%
13	Boa Esperança	1	0,55%
14	Água Doce Norte	0	0,00%

Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Mas, se contabilizarmos em proporcionalidade populacional (IBGE, 2010) de solicitações, considerando o número de habitantes (IBGE, 2010), por municípios da respectiva região de saúde, obtivemos, no ranking dos cinco municípios maiores

demandadores das solicitações válidas, no período, os municípios de Nova Venécia (102,10), em primeiro lugar; Pinheiros (92,06), em segundo lugar; Montanha (72,83), em terceiro lugar; Ecoporanga (60,31), em quarto lugar e Ponto Belo (57,31), em quinto lugar, conforme demonstração na tabela 3 abaixo:

Tabela 3 - Proporção de solicitações inseridas no sistema OnBase para ICSM, por número de habitantes (censo IBGE 2010) dos municípios da região de saúde Norte, por cem mil habitantes; anos 2019 e 2020

Ranking	Município	População IBGE 2010	Total de solicitações 2019 e 2020	Proporção por 100.000 hab.
1	Nova Venécia	46.031	47	102,10
2	Pinheiros	23.895	22	92,06
3	Montanha	17.849	13	72,83
4	Ecoporanga	23.212	14	60,31
5	Ponto Belo	6.979	04	57,31
6	Mucurici	5.655	03	53,05
7	São Mateus	109.028	54	49,52
8	Jaguaré	24.678	06	24,31
9	Vila Pavão	8.672	02	23,06
10	Conceição da Barra	28.449	06	21,09
11	Pedro Canário	23.794	03	12,60
12	Barra São Francisco	40.649	05	12,30
13	Boa Esperança	14.199	01	7,04
14	Água Doce do Norte	11.771	00	0,00

Fontes: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022 e CENSO IBGE 2010

Esse dado de proporcionalidade é bastante interessante para reflexões mais abrangentes, se pensarmos nos modos como os municípios operam a atenção psicossocial, incluindo seus fluxos de ICSM. Várias conjecturas, portanto, são possíveis, diante desse panorama, tais como: quais os serviços da RAPS estão disponíveis nestes municípios? Entre os componentes da RAPS presentes no território, como os mesmos realizam a atenção psicossocial? Como esses serviços se articulam para atenção às demandas presentes no território para ICSM.

Aprofundando um pouco mais na análise desse ranking da proporcionalidade, em cruzamento com as informações obtidas na análise dos laudos médicos, a seguir, é possível presumir hipóteses, e uma delas refere-se aos serviços substitutivos estratégicos existentes no território, que são os CAPS. Quando pensamos nos municípios de Nova Venécia e Ecoporanga, que possuem CAPS 1, nos perguntamos se a existência desse dispositivo é suficiente para a garantia da internação como último recurso a ser viabilizado, quando todas as demais tentativas ambulatoriais estiverem esgotadas. No município de Nova Venécia (primeiro lugar),



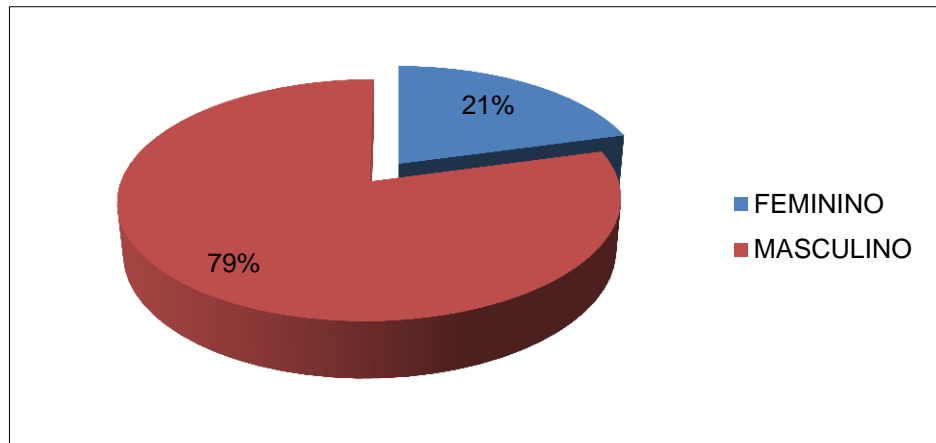
por exemplo, percebemos que 98% dos laudos de internação compulsória são emitidos por este serviço. Das 47 solicitações totais desse município, 45 foram emitidos pelo CAPS1. Nesses laudos, 37 estavam descritas as indicações “*necessita internação compulsória*”; 3 estavam descritas “*necessita internação involuntária*” e 1 com descrição “*necessita voluntária*”.

No município de Pinheiros, o segundo lugar no ranking de proporcionalidade, notamos algo interessante. Em 2019, 11 solicitações (100%) tiveram como representante advogados da assistência jurídica municipal e em 2020, 09 solicitações (82%) desse órgão. Em entrevista com profissional desse município, nesta pesquisa, descobrimos que o município possui uma assistência jurídica municipal que presta assistência jurídica gratuita à população, atendendo várias demandas, incluindo a elaboração de documentos jurídicos para ajuizamento das ICSM. Foi ainda relatado que houve, recentemente, interlocução com esse setor para organizar o fluxo de atendimento a essas demandas no município, principalmente que concerne à comunicação com a equipe de referência em saúde mental e uso das normatizações estaduais pertinentes.

Ao olharmos o terceiro lugar (Montanha) e o quinto lugar (Ponto Belo), por exemplo, são municípios que estão na tentativa de garantir a estruturação de serviços da RAPS, segundo os parâmetros ministeriais e decisões da gestão municipal. Essa informação se confirma por meio da recente oficina da RAPS na Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), promovida pela SESA/ES, em julho de 2022 (dados internos da SRSSM), onde houve compromisso dos 14 gestores municipais da região na implantação e implementação de serviços e ações estratégicas da RAPS em seus territórios. Vemos que, em ambos os municípios citados, há inexistência de equipes estruturadas em saúde mental no território, vislumbrando a necessidade de efetivação desse compromisso pactuado, mas que, também, não é garantia para uma atenção psicossocial efetiva, considerando que existem municípios que não tem serviços e equipes multiprofissionais de referência em saúde mental, mas que conseguem se articular entre profissionais de saúde para garantir a atenção em saúde mental com qualidade. A garantia de serviços é excelente proposição, porém não é a única medida para a efetividade da atenção psicossocial.

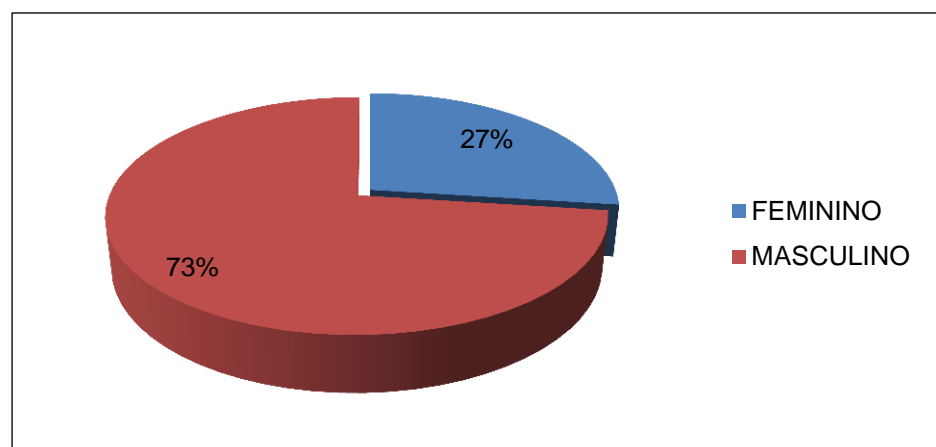
Em relação ao sexo dos requeridos, temos majoritariamente o sexo masculino no período analisado. Totalizaram nesse período de dois anos, 77% do sexo masculino, e 23% do sexo feminino (gráfico 8). Desmembrando o dado por ano, e comparando-os, verificamos que não houve grande variação do ano de 2019 para o ano de 2020; em 2019, foram 22 requeridos do sexo feminino, representando 21% e 84 requeridos do sexo masculino, representando 79%. E no ano de 2020, foram 20 requeridos do sexo feminino, representando 27% e 54 do sexo masculino, representando 73%, conforme demonstrado nos gráficos 6, 7, abaixo:

Gráfico 6 – Percentual, por sexo dos requeridos, de solicitações válidas inseridas no sistema OnBase, ano 2019



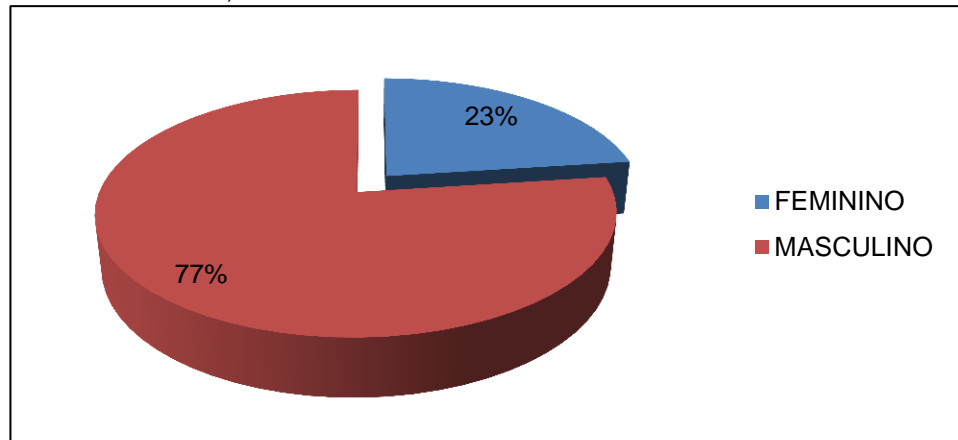
Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Gráfico 7 – Percentual, por sexo dos requeridos, de solicitações válidas inseridas no sistema OnBase, ano 2020



Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Gráfico 8—Percentual, por sexo dos requeridos, de solicitações válidas inseridas no sistema OnBase, anos 2019 e 2020



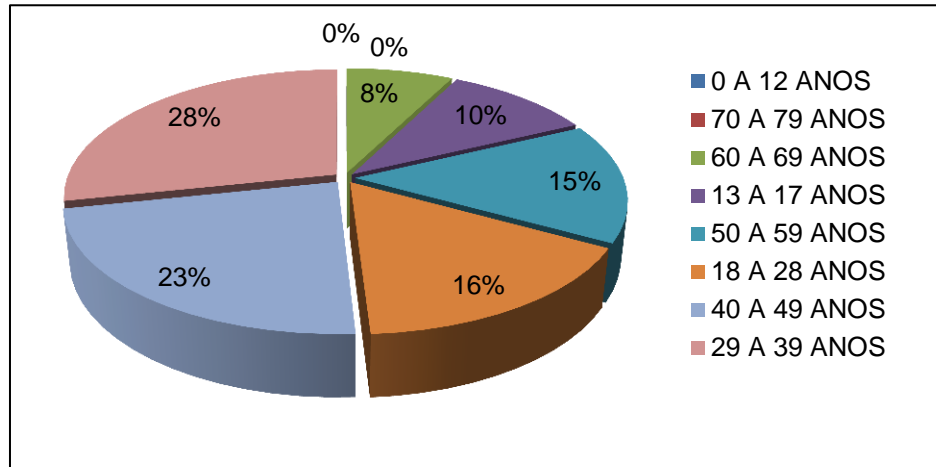
Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Analisando os dados do estado do ES de internações por transtornos mentais e comportamentais, de 2008 a 2017, obtidos do Ministério da Saúde pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (DATASUS), por sexo (ESPÍRITO SANTO, 2018, p. 25), percebemos que nas ICSM, os dados evidenciam a predominância do sexo masculino.

Para a classificação da faixa etária dos requeridos, foi feita a divisão em oito faixas etárias: de 0 a 12 anos; 13 a 17 anos; 18 a 28 anos; 29 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos e 70 a 79 anos. Ressaltamos que as idades referem-se ao ano no qual o mandado judicial teve entrada no sistema.

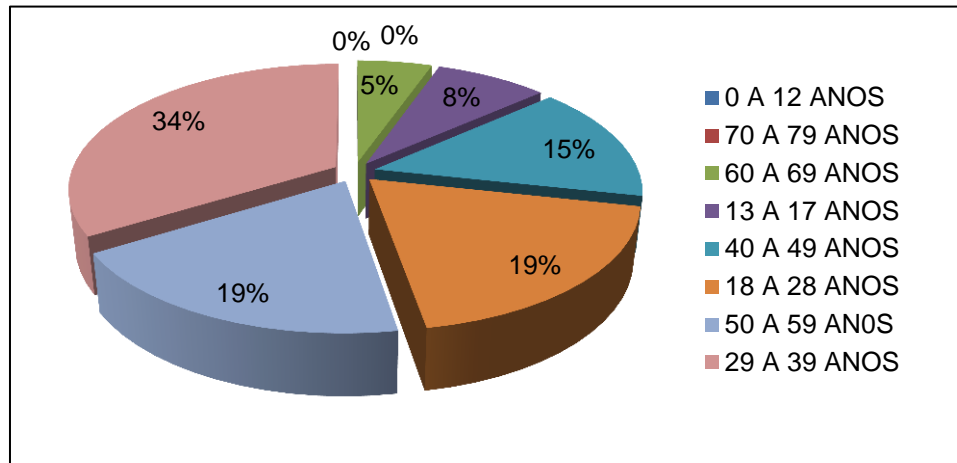
Em 2019, obtivemos os seguintes dados, 0 nas faixas etárias de 0 a 12 anos e 70 a 79 anos; 08 na faixa etárias de 60 a 69 anos; 11 na faixa etária de 13 a 17 anos; 16 na faixa etária 50 a 59 anos; 17 na faixa etária de 18 a 28 anos; 24 na faixa etária de 40 a 49 anos e 30 na faixa etária de 29 a 39 anos. Em 2020, tivemos 0 nas faixas etárias de 0 a 12 anos e 70 a 79 anos; 04 na faixa etária de 60 a 69 anos; 06 na faixa etária de 13 a 17 anos; 11 na faixa etária de 40 a 49 anos; 14 na faixa etária de 18 a 28 anos e 50 a 59 ano e 25 na faixa etária de 29 a 39 anos. Os gráficos 9 e 10 representam esses quantitativos em percentual e o gráfico 11 demonstra, no período dos dois anos, o percentual geral. No total dos dois anos, nota-se que a faixa etária mais demandadora foi a de 29 a 39 anos (31%). Somando as três maiores faixas etárias demandadoras tivemos a faixa etária de 29 a 59 anos, totalizando 67% do total nesse período.

Gráfico 9 – Percentual, por faixa etária dos requeridos, de solicitações válidas inseridas no sistema OnBase, anos 2019



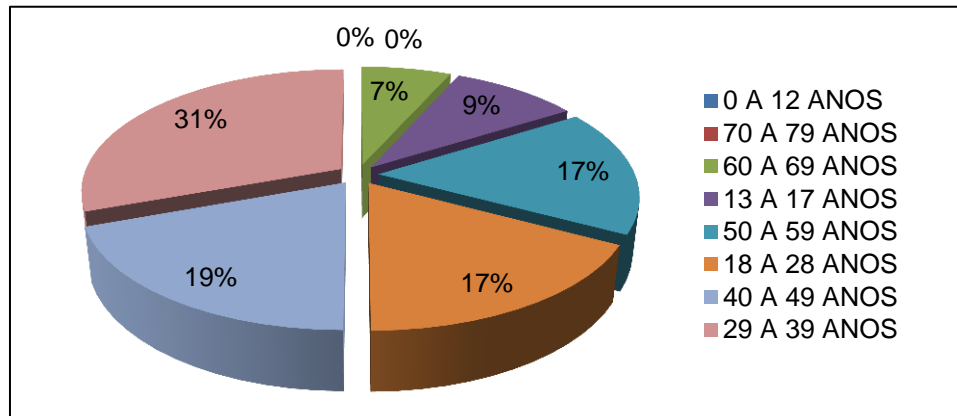
Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Gráfico 10 – Percentual, por faixa etária dos requeridos, de solicitações válidas inseridas no sistema OnBase, anos 2020



Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Gráfico 11 – Percentual Geral, por faixa etária dos requeridos, de solicitações válidas inseridas no sistema OnBase, anos 2019 e 2020



Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Nos chama atenção a faixa etária de 13 a 17 anos (adolescência) representando 9% do total geral no período, conforme gráfico 11. Como um alerta, precisamos lembrar que saúde mental infanto juvenil é um campo recente em termos de políticas públicas. Pensando nas políticas públicas para crianças e adolescentes no mundo, visando o olhar das necessidades e proteção dos direitos de crianças e adolescentes, é preponderante dizer da Convenção das Nações Unidas sobre os direitos das crianças e adolescentes, marco adotado pela Assembleia Geral da ONU em 20/11/1989. Logo depois desse marco histórico, muitos países começaram medidas para assegurar os direitos de crianças e adolescentes. No Brasil, em julho de 1990, a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente se deu, revogando as principais legislações anteriores sobre a temática: os Códigos de Menores de 1927 e 1979 e a Lei de Criação da FUNABEM – Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (COUTO, 2012).

Na saúde mental destacamos a 3.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), que foi preponderante para que não mais pudesse ficar de fora a pauta da saúde mental infanto juvenil. A Conferência de 2001 foi definitiva para que não fossem mais proteladas ações político-assistenciais necessárias. Após esse período, como primeira ação afirmativa para inclusão da saúde mental de crianças e adolescentes no SUS foi com a homologação da Portaria Ministerial 336/2002, que instituiu os CAPS, incluindo a modalidade de CAPS Infanto Juvenil (COUTO, 2012).

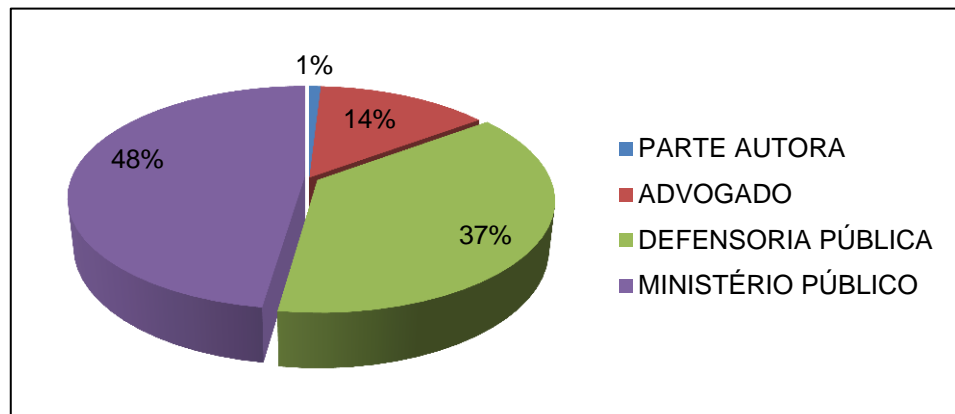
Mesmo assim, apesar de todos esses avanços, no âmbito da política de saúde mental, não são todos os municípios que possuem CAPS IJ e nem todos têm parâmetro populacional para tê-lo. Além disso, não são todos os serviços de CAPS, e também equipes multiprofissionais de saúde mental, que desenvolvem atividades terapêuticas específicas para essas demandas. Os atendimentos para esse público, muitas vezes, são focalizados em acompanhamento restrito ambulatorial, que não incluem estratégias intersetoriais para o cuidado, que dificultam a atenção psicossocial para esse público, de base territorial, colaborando para a persistência das internações.

#### **4.1.1 Mediadores das ICSM**

O processo judicial para internações em saúde mental no OnBase possui como uma das caracterizações o tipo de representante. O tipo de representação é categorizado de duas maneiras: por órgão público (Ministério Público [MP] ou Defensoria Pública [DP]) ou de modo privado (advogado constituído ou a própria pessoa como parte autora).

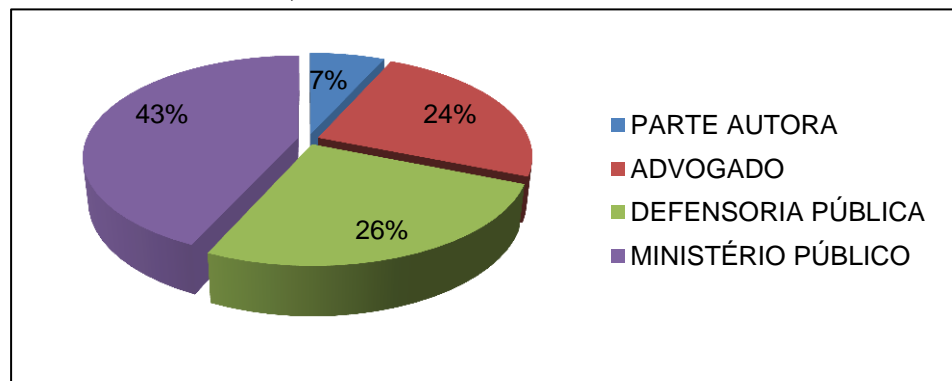
Observamos que no ano de 2019 foram 51 representações pelo Ministério Público do Espírito Santo (MPES), perfazendo 48% das solicitações válidas; 39 pela Defensoria Pública do Espírito Santo (DPES), representando 37%; 15 por advogados (ADV), representando 14% e 01 (PART/AUT) por parte autora, representando 1%. Em 2020, 32 do MPES; 19 da DPES; 18 de ADV e 5 de PART/AUT, como comprovado pelos gráficos 12 e 13. No contexto geral das solicitações válidas no OnBase (180), temos no período 3% de PART AUT (06); 18% de ADV (33); 33% da DPES (59) e 46% do MPES (83), como descrito no gráfico 14.

Gráfico 12 – Percentual por tipo de representante dos processos válidos para ICSM, nos sistema OnBase, ano 2019



Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

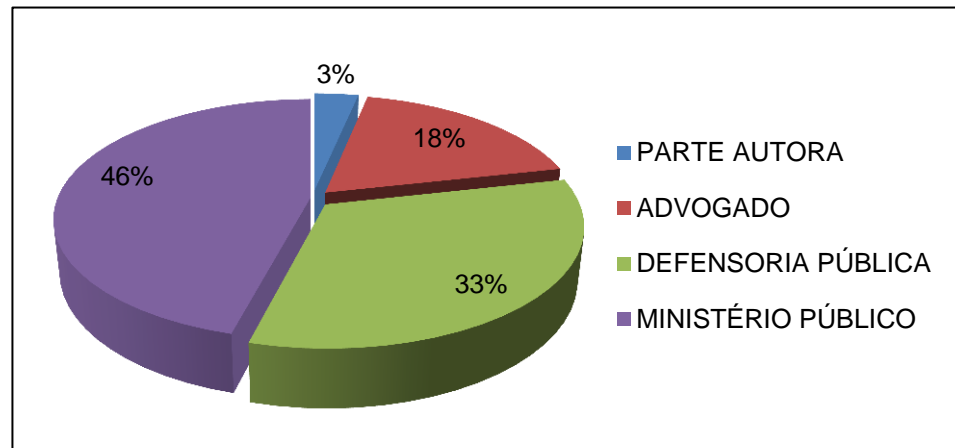
Gráfico 13 – Percentual por tipo de representante dos processos válidos para ICSM, nos sistema OnBase, ano 2020.



Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Então, nos dois anos, na região de saúde estudada, são predominantes os órgãos públicos como representantes dos processos para as ICSM. A DPES e o MPES representam juntos 79% das solicitações no período analisado, demonstrado pelo gráfico 14, abaixo.

Gráfico 14 – Percentual por tipo de representante dos processos válidos para ICSM, no sistema OnBase, anos 2019 e 2020.



Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Considerando, portanto, a predominância dos órgãos públicos judiciais, citamos o Superior Tribunal de Justiça (STJ), por meio de seu ministro Humberto Eustáquio Soares Martins, que declara a importância do processo democrático no país que culminou na Constituição de 1988, dando abertura para democratização do acesso à justiça. Ele afirma:

De modo muito feliz, a Constituição de 1988, ao tutelar os direitos e garantias fundamentais, proporcionou um conceito de cidadania mais nítido e robustecido, dando projeção aos reclamos de cidadãos mais conscientes de seus direitos e mais conhecedores dos caminhos que levam ao Judiciário. A Constituição contribuiu também para um fenômeno que, contemporaneamente, se conhece como “inclusão social”. Num desdobramento natural e previsível, o fortalecimento da cidadania e a ampliação do acesso à Justiça solicitaram que o Poder Judiciário oferecesse ferramentas legítimas para auxiliar os cidadãos na concretização de seus direitos e pacificação de conflitos. (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2020, p 13).

A Constituição Federal de 88 estabelece as duas instituições em questão descrevendo no Capítulo IV – Das funções essenciais à justiça, na seção I – Do Ministério Público e na seção III – Da advocacia e da Defensoria Pública. Bem resumidamente, a Defensoria Pública tem o papel de garantir o acesso à justiça aos

necessitados e o Ministério Público, atua na defesa da ordem jurídica, do regime democrático de interesses sociais e individuais indisponíveis da sociedade (BRASIL, 1998).

Atentamos ao fato que, neste estudo, o MPES é a maioria das representações (46%). Causa-nos certa curiosidade esse dado, pois ao verificar o texto Constitucional, o MP tem por função atuar nos interesses sociais e individuais *indisponíveis* [grifo nosso]. Neste caso, poderíamos questionar essa indisponibilidade de serviço para que o MP atue nesta questão com as ICSM?

Constatamos que serviços para internações em saúde mental existem e estão disponíveis. Hoje o estado do ES possui pela RAPS52 leitos de saúde mental em hospitais gerais, 85 leitos psiquiátricos em hospital psiquiátrico e 224 em clínicas credenciadas como rede complementar, totalizando assim, 361 leitos em hospitais gerais, psiquiátricos e rede complementar (SESA/ES – DOCUMENTOS INTERNOS DA RAPS ESTADUAL, 2022). No entanto, tais serviços podem ser insuficientes frente à grande demanda. Por que judicializar um serviço que está disponível? Seria isso uma incoerência, ou estaríamos sendo precipitados nesta interpretação? Talvez, para responder esse questionamento, precisaríamos de estudos mais aprofundados, considerando os aspectos jurídicos no uso dos recursos processuais legais na via da garantia do direito fundamental à vida e à saúde, uma vez que o enfoque dessa pesquisa se dá no campo da saúde, e entendemos nosso limite de análise nesse âmbito.

Mas, no tocante à saúde mental, falar sobre o tipo de representação é importante, se considerarmos que são noções fundamentais para o cuidado em saúde mental, segundo as Diretrizes Clínicas de Saúde Mental do ES (2018), os conceitos de rede e intersetorialidade, entre outras.

Por rede, podemos dizer que são conexões entre pessoas, entre trabalhadores nos serviços que se relacionam e se intercomunicam para estabelecer um cuidado. Então, a conformação dessa rede e a comunicação entre os profissionais, não somente de saúde, mas de educação, cultura, lazer, infraestrutura e também a justiça, vai depender de pessoas que vão operar a rede. Portanto, a rede não diz respeito apenas à existência de serviços ou protocolos estabelecidos, mas bem mais à comunicação estabelecida entre profissionais que ali atuam (ESPÍRITO SANTO, 2018).



A intersetorialidade é outro conceito pertinente nessa análise, uma vez que a saúde não se faz sozinha e precisa de parceiros de outras políticas sociais, bem como da comunidade e sociedade em geral, compreendendo a multideterminação dos sujeitos (ESPÍRITO SANTO, 2018). Nesse sentido, se a justiça determina as ICSM, ela precisa estar incluída na interlocução com as práticas de saúde mental por meio de seus agentes.

A justiça tem demonstrado essa preocupação no ato de julgar em saúde, como afirma o Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2015, p.10): “nos últimos anos, o Judiciário buscou se debruçar de forma mais sistemática sobre o ato de julgar em saúde e tem buscado fazer que este ato não seja necessariamente uma decisão solitária”. Afirmando essa proposta, o CNJ, em 30 de março de 2010, recomendou aos Tribunais, por meio da Recomendação 31: “a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.” Além disso, recomenda-se a celebração de convênios para apoio técnico de médicos e farmacêuticos aos magistrados nas questões clínicas e a orientação para que instrua as suas ações “tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID”.

Tendo em vista os aspectos do tipo de representação (órgão), a intersetorialidade e a rede, argumentamos como os municípios, na área da saúde, tem se articulado com os profissionais que atuam nos serviços da justiça? Qual a rede que se pretende para o cuidado adequado e eficiente às pessoas em sofrimento mental? E mais, quem precisa assumir o protagonismo dessa articulação?

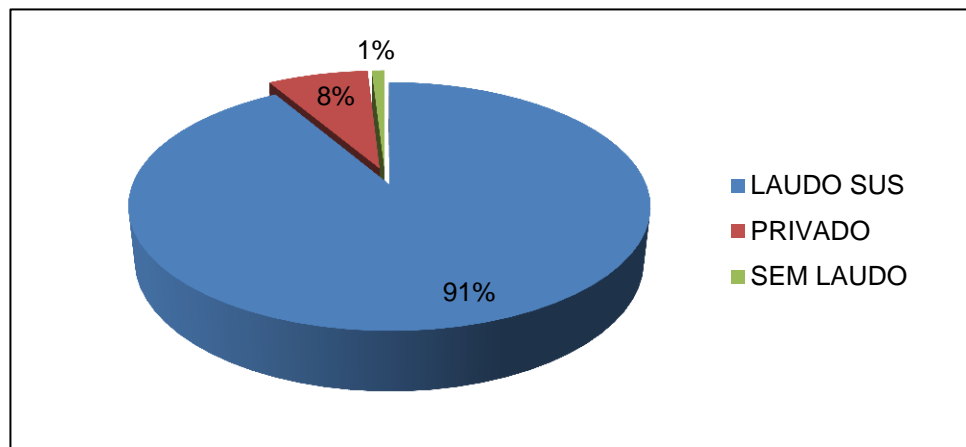
Voltando ainda na questão do MP, além do campo das práticas em saúde mental citadas acima, enxergamos como um importante aliado para a expansão dos serviços substitutivos nos territórios, já que uma de suas atribuições é fiscalizar e apoiar o desenvolvimento das políticas públicas, entre elas a de saúde mental, bem como garantir os direitos do cidadão, e dessa forma, contribuir, consideravelmente na redução das internações em saúde mental.

#### **4.1.2 Compulsoriedade das internações em saúde mental no SUS/RAPS**

Pela Lei 10216 de 2001, em seus artigos 6º e 9º, as ICSM são aquelas determinadas pelo juiz competente, de acordo com a legislação vigente e, em todas as suas modalidades, só poderá ser realizada mediante laudo médico circunstanciado, caracterizando os motivos.

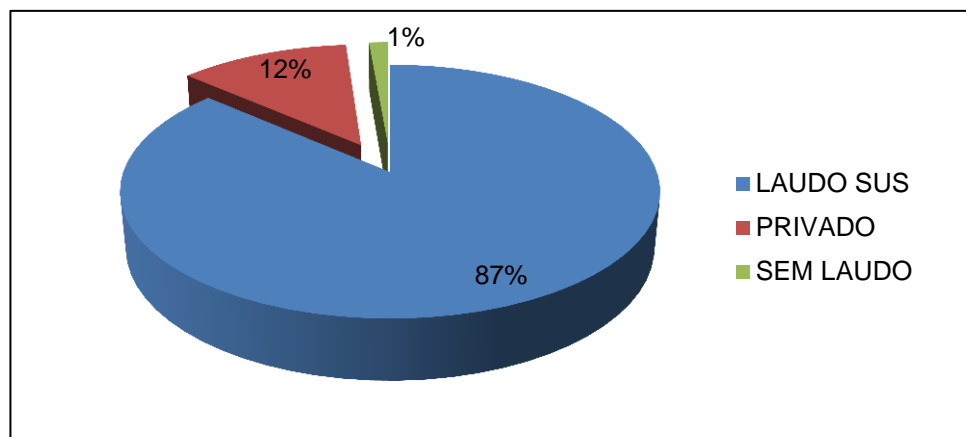
Por isso analisamos os laudos médicos que subsidiaram os processos judiciais de ICSM. O primeiro recorte feito foi quanto a sua origem, se SUS ou privado. Nesse sentido, obtivemos os resultados demonstrados nos gráficos 15, 16 e 17. Nota-se o percentual majoritário de laudos médicos de origem SUS, que representou no ano de 2019 o total de 91% e, no ano de 2020, 87%. No total geral do período dos dois anos, tivemos a totalidade 89% dos laudos médicos emitidos por serviços da RAPS, seja da Atenção Básica, ou da Atenção Especializada e Estratégica.

Gráfico 15 – Percentual por origem dos laudos (SUS ou Privado) dos processos válidos para ICSM, no sistema OnBase, ano 2019.



Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Gráfico 16 – Percentual por origem dos laudos (SUS ou Privado) dos processos válidos para ICSM, no sistema OnBase, ano 2020.



Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

A partir desse dado, o que podemos pensar sobre a rede SUS como a principal fonte para emissão dos laudos para as ICSM?

Como primeiro aspecto, precisamos falar sobre os instrumentos que embasam essa prática no contexto da política de saúde mental, sendo a Lei 10.216 o principal dispositivo, e por meio dela, as legislações correlatas. Colocamos debaixo dessa cobertura, portarias, notas técnicas, diretrizes clínicas e protocolos assistenciais, que são regidos pelos princípios nela contidos. No caso do ES, temos uma Nota Técnica recente a (NT nº 11/2022 SESA/SSAS/GEPORAS/NEAE/SAÚDE MENTAL de 09 de maio de 2022) que embasa essa prática na RAPS, desde a atenção básica até a atenção hospitalar. Cumpre informar que este documento é público e disponível a todos os profissionais de saúde no site da Secretaria Estadual de Saúde, no endereço eletrônico <https://saude.es.gov.br/saude-mental>.

A referida NT (ANEXO B) regulamenta essa prática nos serviços da RAPS e alguns aspectos podemos destacar, principalmente:

2.3.3. Laudo Médico Circunstanciado e atualizado [...] Dessa forma, recomenda-se que o laudo médico circunstanciado contenha: [...] f) Indicação expressa da modalidade de internação solicitada: voluntária ou involuntária; [...]

#### 2.6. Internação Compulsória

Importante frisar que a internação compulsória é determinada pela justiça. Não cabe ao profissional de saúde solicitar essa modalidade de internação. Como já exposto, o profissional de saúde solicita a internação voluntária ou involuntária; apenas a Justiça define que uma internação seja compulsória, ainda que o faça motivada por solicitação de saúde. (ESPÍRITO SANTO, SESA, 2022, s.p.)

Considerando esses aspectos, foi, portanto, um foco da pesquisa demonstrar se os profissionais médicos tem indicado nos laudos a internação compulsória. Que percentual é esse? Como indica? Como faz com as demais modalidades? Fazemos essas análises no item 1.5 desse capítulo. Não entramos aqui no mérito da competência e da ética médica na confecção desses laudos, entretanto, chamamos a atenção ao fato que o profissional do SUS deve atuar em consonância com as legislações que organizam a prestação de serviços em saúde pública.

Outro aspecto que entendemos ser importante dizer é que a legislação que legitima o campo jurídico e da saúde na utilização do recurso da internação compulsória, a Lei 10.216/2001 potencializa duas instituições, no exercício do seu poder – a Medicina e o Direito, que segundo Foucault (2013), se configuram como

instituições de poder na sociedade moderna. Quando a 10.216/2001 coloca que as internações compulsórias são “*determinadas pelo juiz competente*”, e que para isso precisa estar embasado em “*laudo médico circunstanciado, caracterizando os motivos*”, se legitima, colocando nas mãos desses dois dispositivos de poder e controle dos corpos, decisões sobre uma pessoa.

Foucault (2013), em “A verdade e as formas Jurídicas”, se refere a essa questão na sociedade moderna, a partir do século XIX, situando as penalidade que se aplicam quando indivíduos representam certa periculosidade, não por infração efetiva cometida, mas vinculada ao campo das virtualidades e do comportamento. Um controle exercido, ao nível de suas virtualidades, não diretamente pela própria justiça, mas por poderes laterais exercidos por instituições psicológicas, psiquiátricas, criminológicas, médicas, pedagógicas para a correção desse indivíduo (FOUCAULT, 2013).

Essas posturas se enquadram no “Panoptismo” dito por Foucault (2013, p.88-89): “Vivemos em uma sociedade onde reina o panoptismo. [...] Não se trata de reconstruir um acontecimento, mas de algo, ou antes, de alguém que se deve vigiar sem interrupção e totalmente”. Nessa vigilância exercida sobre os indivíduos por aqueles que exercem algum poder sobre eles, há sobre eles a construção de um saber. “Um saber que tem agora por característica não mais determinar se alguma coisa se passou ou não, mas determinar se um indivíduo se conduz ou não como deve, conforme ou não à regra, se progride ou não etc.” (FOUCAULT, 2013, p.89). Ou seja, uma postura determinista, autoritária e arbitrária sobre indivíduos.

Quando os dados desse estudo mostram que a maioria dos laudos são oriundos da rede pública de saúde, ou seja, da RAPS, é preciso conjecturar o Panoptismo operando através dessas funções ou profissões que deveriam se colocar no lugar da defesa da lógica antimanicomial, mas que, na prática, operam no exercício de poder controlador e da normatização de uma vida. Nesse sentido, é notório que precisamos repensar as ações dos serviços da RAPS, para que não se corra o risco do serviço, que tem por função o cuidar em liberdade, cercear a autonomia, a liberdade e os direitos.

O autor Peter Pál Pelbart (1993, p. 21) dá ênfase a esse tipo de práticas, que não são os manicômios físicos, mas são lógicas de atenção que ditam maneiras, modos de ser, regras e controles: “um Hospital-Dia para psicóticos, ou um serviço

público experimental podem ser muita coisa; entre outras coisas podem vir a ser um dispositivo institucional a mais de normalização do social". Ao se referir a essas práticas, ele as denomina de manicômios mentais, e continua afirmando:

Mas é preciso insistir desde já que não basta destruir os manicômios. Tampouco basta acolher os loucos, nem mesmo relativizar a noção de loucura compreendendo seus determinantes psicossociais, como se a loucura fosse só distúrbio e sintoma social, espécie de ruga que o tecido social, uma vez devidamente "esticado" através de uma revolucionária plástica sociopolítica, se encarregaria de abolir. Nada disso basta, e essa é a questão central, se ao livrarmos os loucos dos manicômios mantivermos intacto um outro manicômio, mental, em que confinamos a desrazão.

Pela ordem do discurso desses "poderes" legitimados socialmente, não se estaria confinando a desrazão, a loucura, as pessoas que estão em sofrimento mental? Confinando e silenciando palavras e subjetividades, sonhos, afetos tristes e alegres? Esses discursos que se consolidam nessas práticas não estariam sendo usados como recursos para "falar por" e "falar de", sem a chance de oportunizar aos sujeitos implicados nessa vivência a sua voz expressiva da experiência e sentido? O que mais entristece é ver posturas manicômias tomarem suas formas e corpos, em muitas instituições e lugares sociais, que deveriam oferecer resistência a tal lógica, uma vez que na sua gênese foram idealizados para essa função específica.

Nota-se que o campo da saúde mental é esse campo de disputas e com elas as práticas são construídas. Alguns defendem veementemente o enclausuramento como a única via, outros cedem ao discurso da não manicomialização, mas reproduzem no seu fazer a tutela de pessoas. Por isso, é preciso dialogar sobre essas questões no fazer cotidiano, de modo dinâmico, insistentemente, pra chacoalhar e revirar o terreno, para encontrar, talvez, tesouros escondidos na liberdade. Sobre isso, citamos Dadalto (2018, p. 30):

Entendemos que nenhuma estrutura contém em si ações de liberdade ou de tutela, porém essas estruturas vão se construindo nas relações que estabelecem. Logo, os serviços substitutivos não contém em si o cerne da liberdade; não sendo possível falar de certeza de postura ou modelos de relações, mas sim afirmarmos a possibilidade de diálogo com as ações que se configuram acerca do que estão produzindo, uma análise constante de nossas atitudes e suas produções.

Por isso, é imprescindível trazer para o contexto da RAPS os diálogos que problematizem as práticas, no sentido de perceberem na minúcia as atitudes e as produções cotidianas que tutelam e as que são libertadoras de fato.

### 4.1.3 Categorização dos principais sintomatologias descritas nos laudos médicos das ICSM

Após a leitura detalhada dos laudos médicos, verificamos a frequência da ocorrência das principais sintomatologias relatadas. Categorizamos os sintomas relatados em 29 categorias. As tabelas 3, 4 e 5 ilustram das maiores às menores prevalências.

Tabela 4 - Caracterização de sintomas nos laudos médicos das solicitações de ICSM no sistema OnBase, ano 2019

Caracterização de sintomas	Nº absoluto	% (frequência)
<b>Total de solicitações válidas</b>	106	100%
Pessoa com deficiência	0	0%
Impossibilitado de viver socialmente	01	0,94%
Baixa tolerância frustração e estresse	01	0,94%
Maus tratos	01	0,94%
Sintomas de abstinência /fissura	01	0,94%
Não há CAPS na cidade para tratamento	02	1,88%
Prejuízo cognição /afetividade e pragmatismo	04	3,77%
Necessita voluntária	04	3,77%
Obsessão sexo/ atendado ao pudor/apelo sexual/comportamento sexual exacerbado	05	4,71%
Confusão mental/perda de memória /delirium	05	4,71%
Preservação da vida	06	5,66%
Impulsividade	08	7,54%
Heteroagressividade/agressividade física a terceiros	09	8,49%
Referência de internações anteriores	10	9,43%
Longa permanência/regime fechado/ intensivo	10	9,43%
Situação de rua/comportamento andarilho/fora domicílio	12	11,32%
Ideia ou tentativa suicídio	13	12,26%
Necessita involuntária	14	13,20%
Autoagressividade/nervosismo/irritabilidade/agitação psicomotora	17	16,03%
Agressividade	22	20,75%
Perda ou pouco juízo crítico	28	26,41%
Não adere tratamento ambulatorial/difícil adesão tratamento/pouca resposta ao tratamento	34	32,07%
Não aceita tratamento voluntário/não deseja cessar uso /recusa tratamento proposto	35	33,01%
Surto psicótico/ideias delirantes/alucinações	36	33,96%
Risco a terceiros	37	34,90%
Necessita internação em clínica especializa/clínica psiquiátrica	38	35,84%
Comportamento de risco (risco a si e a sua saúde)	48	45,28%
Necessita/solicito compulsória	53	50%
Usuário de AD ou dependência química	73	68,80%

Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Tabela 5 - Caracterização de sintomas nos laudos médicos das solicitações de ICSM no sistema OnBase, ano 2020

<b>Caracterização de sintomas</b>	<b>Nº absoluto</b>	<b>% (frequência)</b>
<b>Total de solicitações válidas</b>	74	100%
Baixa tolerância frustração e estresse	0	0%
Não há CAPS na cidade para tratamento	0	0%
Obsessão sexo/ atendado ao pudor/apelo sexual/comportamento sexual exacerbado	01	1,35%
Impossibilitado de viver socialmente	01	1,35%
Maus tratos	01	1,35%
Necessita voluntária	02	2,70%
Confusão mental/perda de memória /delirium	03	4,05%
Pessoa com deficiência	03	4,05%
Preservação da vida	04	5,40%
Sintomas de abstinência /fissura	05	6,75%
Impulsividade	06	8,10%
Necessita involuntária	06	8,10%
Prejuízo cognição /afetividade e pragmatismo	07	9,45%
Heteroagressividade/agressividade física a terceiros	08	10,81%
Referência de internações anteriores	09	12,16%
Ideia ou tentativa suicídio	11	14,86%
Situação de rua/comportamento andarilho/fora domicílio	11	14,86%
Longa permanência/regime fechado/ intensivo	11	14,86%
Não aceita tratamento voluntário/não deseja cessar uso/recusa tratamento proposto	14	18,91%
Autoagressividade/nervosismo/irritabilidade/agitação psicomotora	15	20,27%
Perda ou pouco juízo crítico	18	24,32%
Necessita internação em clínica especializa/clínica psiquiátrica	18	24,32%
Não adere tratamento ambulatorial/difícil adesão tratamento/pouca resposta ao tratamento	19	25,67%
Agressividade	32	43,24%
Risco a terceiros	35	47,29%
Surto psicótico/ideias delirantes/alucinações	36	48,64%
Comportamento de risco (risco a si e a sua saúde)	41	55,40%
Necessita/solicito compulsória	48	64,86%
Usuário de AD ou dependência química	51	68,91%

Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Comparando as dez categorias mais presentes em 2019 e em 2020, percebemos que não houve muita variação. Em ambos os anos, o primeiro lugar foi “usuário de álcool e drogas”, o segundo lugar “necessita/solicito compulsória” e em terceiro lugar “comportamento de risco (risco a si e a sua saúde)”; as demais categorias permaneceram as mesmas, alternando-se em algumas posições de um ano para o outro, que foram “risco a terceiros”, “agressividade”, “não adere tratamento ambulatorial/difícil adesão tratamento/pouca resposta tratamento”, “necessita internação em clínica especializa/clínica psiquiátrica”, “perda ou pouco juízo crítico”, “não aceita tratamento voluntário/não deseja cessar uso/recusa tratamento proposto”. As exceções ficaram com a categoria “surto psicótico/ideias delirantes/alucinações”, que ocupou a sexta posição em 2019 e não apareceu em

2020; e a categoria “autoagressividade, nervosismo, irritabilidade, agitação psicomotora”, que ocupou a nona posição em 2020 e não apareceu como categoria em 2019. Houve, portanto, uma similaridade nas sintomatologias descritas nas solicitações de 2019 e 2020, considerando esse ranking das dez mais presentes. A tabela 6, abaixo, mostra essa somatória.

Tabela 6 - Caracterização de sintomas nos laudos médicos das solicitações de ICSM no sistema OnBase, anos 2019 e 2020

<b>Caracterização de sintomas</b>	<b>Nº absoluto</b>	<b>% (frequência)</b>
<b>Total de solicitações válidas</b>	180	100%
Baixa tolerância frustração e estresse	1	0,55%
Não há CAPS na cidade para tratamento	2	1,11%
Impossibilitado de viver socialmente	2	1,11%
Maus tratos	2	1,11%
Pessoa com deficiência	3	1,66%
Obsessão sexo/ atendado ao pudor/apelo sexual/comportamento sexual exacerbado	6	3,33%
Necessita voluntária	6	3,33%
Sintomas de abstinência/fissura	6	3,33%
Confusão mental/perda de memória /delirium	8	4,44%
Preservação da vida	10	5,55%
Prejuízo cognição/afetividade e pragmatismo	11	6,11%
Impulsividade	14	7,77%
Heteroagressividade/agressividade física a terceiros	17	9,44%
Referência de internações anteriores	19	10,55%
Necessita involuntária	20	11,11%
Longa permanência/regime fechado/ intensivo	21	11,66%
Situação de rua/comportamento andarilho/fora domicílio	23	12,77%
Ideia ou tentativa suicídio	24	13,33%
Autoagressividade/nervosismo/irritabilidade/agitação psicomotora	32	17,77%
Perda ou pouco juízo crítico	46	25,55%
Não aceita tratamento voluntário/não deseja cessar uso /recusa tratamento proposto	49	27,22%
Não adere tratamento ambulatorial/difícil adesão tratamento /pouca resposta ao tratamento	53	29,44%
Agressividade	54	30%
Necessita internação em clínica especializa/clínica psiquiátrica	56	31,11%
Risco a terceiros	72	40%
Surto psicótico/ideias delirantes/alucinações	72	40%
Comportamento de risco (risco a si e a sua saúde)	89	49,44%
Necessita/solicito compulsória	101	56,11%
Usuário de AD ou dependência química	124	68,88%

Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Com as dez categorias mais presentes nas descrições dos laudos médicos analisados foi possível a construção de uma declaração, digamos, de perfilização dos casos das ICSM na região de saúde Norte, que se caracteriza por: “usuário de ad ou dependência química”, em “comportamento de risco (risco a si e a sua saúde) e a terceiros”, que “não adere tratamento ambulatorial ou difícil adesão tratamento e



pouca resposta ao tratamento”, e/ou “não aceita tratamento voluntário/não deseja cessar uso /recusa tratamento proposto”, com “perda ou pouco juízo crítico”, em “surto psicótico/ideias delirantes/alucinações”, “agressividade”, com a indicação do profissional médico da “internação compulsória”, incluindo a indicação do recurso que na sua concepção a pessoa necessita: em “clínica especializada/clínica psiquiátrica”.

#### 4.1.4 Análise das categorias de sintomas segundo Nota Técnica (NT) nº 11/2022 SESA/SSAS/GEPORAS/NEAE/SAÚDE MENTAL

Para complementar a análise, pegamos o quadro geral da caracterização dos sintomas e fizemos uma comparação de cada categoria com narrativas existentes na Nota Técnica nº 11/2022, já citada. Retiramos desses documentos, narrativas que consideramos idênticas ou por similaridade; ou por relação de sentido presente, a fim de percebermos congruências e inconsistências possíveis de análise.

Na tabela 7 abaixo, colocamos a caracterização do sintoma e ao lado o que encontramos na NT, descrevendo o texto como encontrado.

Tabela 7 – Comparativo das categorias de sintomas descritos e descrições da NT nº 11/2022

Caracterização de sintomas	O que encontramos na Nota Técnica? Descrição de narrativas idênticas ou por similaridade; ou por relação de sentido	% (frequência)
<b>Total de solicitações válidas</b>		100%
Baixa tolerância frustração e estresse	2.3.3.c) incluindo a existência de comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas (LMC)	0,55%
Não há CAPS na cidade para tratamento	2.3.4 Em municípios que não possuam CAPS, a avaliação interdisciplinar poderá ser emitida por Equipe de Referência de Saúde Mental ou equipe de Atenção Básica de Saúde do Município. 2.6 A inexistência ou insuficiência dos recursos para a realização de outras abordagens terapêuticas no âmbito territorial não deve ser utilizada como justificativa para solicitação de internação	1,11%
Impossibilitado de viver socialmente		1,11%
Maus tratos	2.3.3 c) descrição do quadro atual de saúde	1,11%
Pessoa com deficiência	2.3.3 c) descrição do quadro atual de saúde	1,66%
Obsessão sexo/ atendado ao pudor/apelo sexual/comportamento sexual exacerbado		3,33%
Necessita voluntária	2.3.3 Indicação expressa da modalidade de internação solicitada: voluntária ou involuntária (LMC). Caracterização: aquela que se dá com o consentimento do usuário	3,33%

Sintomas de abstinência /fissura	2.3.3.c) incluindo a existência de comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas (LMC)	3,33%
Confusão mental/perda de memória /delirium	2.3.3.c) incluindo a existência de comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas (LMC)	4,44%
Preservação da vida	2.3.3 d)consequências que o quadro acarreta na saúde do paciente ou risco a terceiros, quando houver (LMC)	5,55%
Prejuízo cognição /afetividade e pragmatismo	2.3.3.c) incluindo a existência de comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas (LMC)	6,11%
Impulsividade	2.3.3.c) incluindo a existência de comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas (LMC)	7,77%
Heteroagressividade/agressividade física a terceiros	2.3.3 d)consequências que o quadro acarreta na saúde do paciente ou risco a terceiros, quando houver (LMC)	9,44%
Referência de internações anteriores	2.3.3 c) [...] bem como internações progressas se houver (LMC)	10,55%
Necessita involuntária	2.3.3 Indicação expressa da modalidade de internação solicitada: voluntária ou involuntária (LMC). Caracterização:1Aquele que se dá sem o consentimento do usuário e à pedido de terceiro	11,11%
Longa permanência/regime fechado/ intensivo	2.1 menor tempo possível, no máximo 2 meses, com possibilidade de uma só prorrogação por mais 1 mês LEI 13.840 – SISNAD apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, com prazo máximo de 90 dias. 3 devem ocorrer por curto período	11,66%
Situação de rua/comportamento andarilho/fora domicílio		12,77%
Ideia ou tentativa suicídio	2.3.3.c) incluindo a existência de comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas (LMC)	13,33%
Autoagressividade/nervosismo/irritabilidade/agitação psicomotora	2.3.3.c) incluindo a existência de comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas (LMC)	17,77%
Perda ou pouco juízo crítico	2.3.3.c) incluindo a existência de comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas (LMC)	25,55%
Não aceita tratamento voluntário/não deseja cessar uso /recusa tratamento proposto	1-Internação Psiquiátrica só será indicada quando todas as intervenções disponíveis no âmbito territorial, inseridas na comunidade e sem necessitar de afastamento do usuário de seu convívio sócio familiar, não forem suficientes para garantir o cuidado para o usuário e sua família	27,22%
Não adere tratamento ambulatorial/difícil adesão tratamento /pouca resposta ao tratamento	1-Internação Psiquiátrica só será indicada quando todas as intervenções disponíveis no âmbito territorial, inseridas na comunidade e sem necessitar de afastamento do usuário de seu convívio sócio familiar, não forem suficientes para garantir o cuidado para o usuário e sua família	29,44%
Agressividade	2.3.3.c) incluindo a existência de comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas (LMC)	30%
Necessita internação em clínica especializada/clínica psiquiátrica	2.3.3 f)indicação expressa da modalidade de internação solicitada:voluntária ou involuntária(LMC) 2.4 Será priorizada a regulação para leitos da rede própria do SUS, seguido de hospitais Filantrópicos contratualizados com a SESA, e entidades privadas credenciadas. 3. Leitos ofertados seguem a ordem de rede própria, filantrópica e privada	31,11%
Risco a terceiros	consequências que o quadro acarreta na saúde	40%

Surto psicótico/ideias delirantes/alucinações	do paciente ou risco a terceiros LMC 2.3.3.c) incluindo a existência de comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas (LMC)	40%
Comportamento de risco (risco a si e a sua saúde)	2.3.3 d)consequências que o quadro acarreta na saúde do paciente ou risco a terceiros, quando houver (LMC)	49,44%
Necessita/solicito compulsória	2.6 Aquela determinada pela justiça. Não cabe ao profissional de saúde solicitar essa modalidade de internação. Como já exposto, o profissional de saúde solicita a internação voluntária ou involuntária; apenas a Justiça define que uma internação seja compulsória, ainda que o faça motivada por solicitação de saúde	56,11%
Usuário de AD ou dependência química	Tipo de internação na Lei 13.840 SISNAD. Voluntária e Involuntária	68,88%

Fontes: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022 e NT nº 11/2022 SESA/SSAS/GEPORAS/NEAE/SAÚDE MENTAL

A partir da tabela 7, fizemos a análise, tecendo as inconsistências percebidas. Começando pela categoria “usuário de álcool e drogas ou dependente químico” (em primeiro lugar), verificamos que a NT faz menção ao artigo 23 da Lei 13.840, de 05 de junho de 2019, que dispõe o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. A NT cita essa Lei quando sugere recomendações acerca das finalidades das internações em saúde mental, como um alerta aos profissionais de saúde. Interessante enfatizar que essa Lei estabelece apenas dois tipos de internações apenas para o “tratamento do usuário ou dependente de drogas”: a internação voluntária e a internação involuntária. Nota-se que a Lei não cita a modalidade de internação compulsória, embora reafirme os princípios da Lei nº 10.216/2001.

No entanto, vemos que grande parte das ICSM é para usuários de álcool e outras drogas, como já evidenciamos no item 2.5, do referencial teórico. Ao que parece, uma via encontrada em nossa sociedade para lidar com a questão do uso de drogas tem sido a punição, com a justiça, por meio da ICSM, se colocando como agente dessa vertente. É um demonstrativo da insistência de uma cegueira para a visão do lidar com usuários de drogas na ótica da prevenção e do tratamento, ou seja, da Redução de Danos<sup>6</sup>.

<sup>6</sup>Por Redução de Danos entende-se como uma estratégia de cuidado que utiliza-se de tecnologias relacionais como acolhimento e vínculo como dispositivos para a adesão da pessoa ao cuidado de si,

Na categoria “necessita ou solicito compulsória” observamos que a NT, no item 2.6, é enfática ao afirmar que “**não cabe**” (grifo nosso) ao profissional de saúde a solicitação dessa modalidade de internação; ele pode solicitar a voluntária e a involuntária. Que é a justiça que define a compulsória, mesmo que seja motivada por solicitação de saúde.

Percebemos, portanto, que os profissionais médicos em seus laudos indicam a compulsoriedade da internação em saúde mental. Não sabemos qual a compreensão dos mesmos sobre a questão, uma vez que a pesquisa não fez o recorte por categoria profissional. Nesse sentido, é importante tentar perceber, por exemplo, como esses profissionais são abordados pelos requerentes, como vivenciam a atenção à saúde aos usuários, como é a sua atuação no serviço, qual a compreensão que possuem das legislações vigentes de modo a perceber micropoliticamente as nuances desse fazer e, porque, a persistência na indicação de uma modalidade de internação que não lhe cabe, segundo legislações que regem a pauta.

Outra inconsistência encontrada foi na categoria “necessita internação em clínica especializa/clínica psiquiátrica”. A NT, no item 2.3.3, letra f, reforça que ao profissional de saúde cabe a indicação apenas das modalidades de internação: voluntária e involuntária; no item 2.3.3, que “ao **médico regulador**” (grifo nosso) cabe identificar as necessidades de saúde do paciente, e é o mesmo quem define o leito a ser disponibilizado de acordo com critérios clínicos e classificação de risco. Portanto, não é necessário que o médico indique o tipo de serviço especializado. A NT, no item 2.4, ainda acrescenta que no processo regulatório “será priorizada a regulação para leitos da rede própria do SUS, seguido de hospitais Filantrópicos contratualizados com a SESA, e entidades privadas credenciadas”. Então, está em desconformidade com a NT a definição, em laudo, sendo esta uma prática que aponta para uma avaliação.

Nas categorias “não adere tratamento ambulatorial/ difícil adesão tratamento / pouca resposta ao tratamento” e “não aceita tratamento voluntário/não deseja cessar uso /recusa tratamento proposto”, notamos a tentativa de definir o que a

---

visando minimizar consequências adversas e riscos à saúde, tendo o sujeito desejante como centralidade da abordagem em detrimento às práticas normalizadoras e prescritivas. (BRASIL, 2013)

10.216/2001 coloca como excepcionalidade mediante esgotamento das possibilidades de tratamento ambulatorial e territorial. Parece que, ao colocar isso, implicitamente se estaria dizendo desse esgotamento das possibilidades de tratamento ambulatorial? Essas definições utilizadas resumem, de fato, todas as intervenções recomendadas na NT, como o cuidado do usuário desenvolvido na forma de Projeto Terapêutico Singular pelo CAPS, ou EMAESM, e/ou na Atenção Primária, de maneira integrada com a rede intersetorial, sempre que indicado, como assistência social, educação, cidadania, direitos humanos, entre outros? Que recursos foram utilizados para que se avaliem suas insuficiências se não estão sequer descritos?

Reflexões são imprescindíveis, principalmente se associarmos essa questão à forma como essas demandas dos requerentes são acolhidas pelo profissional de saúde. Fato é que o cerne dessas relações refletem os modos de indicações para essa modalidade de internação.

Outra categoria que merece atenção é o aparecimento nos laudos médicos sobre o modo de funcionamento da instituição que está sendo indicada a internação, que é de “longa permanência/regime fechado/ intensivo”. Isso é preocupante. Será essa uma referência à manicomialização? Quanto ao tempo, a NT coloca, no item 2.1, “[...] pelo menor tempo possível, no máximo 2 meses, com possibilidade de uma só prorrogação por mais 1 mês”; cita ainda nesse item a Lei 13.840/2019 que refere-se apenas “pelo tempo necessário à desintoxicação, com prazo máximo de 90 dias” e, no item 3, que devem ocorrer por curto período.

Aparece nos laudos, também, as indicações de involuntária e voluntária que apareceram nos laudos, e sobre isso a NT faz a mesma caracterização presente na 10.216/2001, e coloca que as mesmas são cabíveis de serem expressas em laudo médico circunstanciado (item 2.3.3, letra f). No entanto, a indagação é porque laudos com indicação de voluntária e involuntária estão compondo das documentações das ICSM?

Uma hipótese possível é que pode ocorrer da equipe de saúde solicitar administrativamente uma internação voluntária ou involuntária junto ao NERI e, concomitante, o requerente de posse desse laudo, à pedido, dar entrada no órgão da justiça, buscando celeridade no caso. Essa, também, pode ser essa uma

explicação possível. A NT, inclusive, orienta as equipes de saúde nas solicitações de internação em saúde mental ao NERI (item 2.4).

E, por fim, tratando-se das inconsistências, temos a categoria “não há CAPS na cidade para tratamento”. Sobre isso a NT descreve no item 2.3.4, “Em municípios que não possuam CAPS, a avaliação interdisciplinar poderá ser emitida por Equipe de Referência de Saúde Mental ou equipe de Atenção Básica de Saúde do Município”, e ainda, no item 2.6, “A inexistência ou insuficiência dos recursos para a realização de outras abordagens terapêuticas no âmbito territorial não deve ser utilizada como justificativa para solicitação de internação.” Então, não justifica a necessidade de internação pela falta de serviços da RAPS.

Em relação às congruências encontradas, notamos que as categorizações “baixa tolerância frustração e estresse, sintomas de abstinência /fissura, confusão mental/perda de memória/ delirium, prejuízo cognição /afetividade e pragmatismo, impulsividade, ideia ou tentativa suicídio, autoagressividade/ nervosismo/ irritabilidade/ agitação psicomotora, perda ou pouco juízo crítico, agressividade, maus tratos, pessoa com deficiência, referência de internações anteriores”, condizem com as definições do item 2.3.3, letra c: “descrição do quadro atual de saúde, incluindo a existência de comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas, bem como internações pregressas, se houver”.

As categorizações “heteroagressividade/ agressividade física a terceiros, risco a terceiros, comportamento de risco a si e a sua saúde”, enquadram-se nas descrições do item 2.3.3, letra d, da NT: “consequências que o quadro acarreta na saúde do paciente ou risco a terceiros, quando houver.”

Não encontramos na NT referência explícita ou por similaridade que pudéssemos para encaixar as categorias das situações comportamentais “impossibilitado de viver socialmente”, “obsessão sexo/ atendado ao pudor/apelo sexual/comportamento sexual exacerbado” e situação de rua/comportamento andarilho/fora domicílio.

E, além das categorias acima, acrescentamos mais uma categoria que diz respeito à existência de relatório da equipe multiprofissional, pois essa é uma recomendação da NT, item 2.3.4, como recurso de apoio à equipe de regulação de leitos para melhor compreensão dos casos, a fim de oportunizar a assistência adequada para cada situação. A tabela 8, abaixo, traz o demonstrativo quantitativo

de relatórios de profissionais de equipe multiprofissional encontrados nos processos, com a especificação por área/serviço que originou:

Tabela 8 - Quantitativo de relatórios de equipes multiprofissionais inseridas nos processos das ICSM, por área/serviço que originário, anos 2019 e 2020

MUNICÍPIO	2019			2020		
	TOTAL PERÍODO	SAÚDE	ASSIS. SOCIAL	TOTAL PERÍODO	SAÚDE	ASSIS. SOCIAL
Água Doce	00	00	00	00	00	00
Boa Esperança	01	01	00	00	00	00
Barra de São Fco	04	00	00	01	01	00
Conceição da Barra	05	02	00	01	01	00
Ecoporanga	08	05	01	06	05	00
Jaguaré	06	02	01	01	00	00
Montanha	12	05	00	01	01	00
Mucurici	02	01	00	01	01	00
Nova Venécia	24	16	01	23	18	01
Pedro Canário	02	00	00	01	00	00
Pinheiros	11	00	01	13	00	01 escola
Ponto Belo	02	01	00	00	00	00
São Mateus	28	16	00	26	12	04
Vila Pavão	02	00	00	00	00	00
<b>TOTAL</b>	107	49	04	74	39	06

Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Sendo assim, evidenciamos que, em 2019 tivemos 52,43% dos processos com relatórios de profissionais da saúde e 4,28% relatórios da equipe de assistência social, totalizando, assim, 56,71% dos processos de ICSM com esses relatórios. Em 2020, esse percentual reduziu, sendo 28,86% de relatórios de profissionais de saúde e 4,44% de profissionais da assistência social e 01 da psicologia escolar, totalizando, assim, 33,33% dos processos de ICSM com esses relatórios.

#### 4.1.5 Análise das categorias de sintomas segundo Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental

Agora, segundo o Protocolo Estadual de Classificação de Risco em Saúde Mental, obtivemos o panorama abaixo, representado na tabela 08. Lembrando que, o Protocolo de Classificação de Risco representa “ferramenta de apoio à decisão clínica para regulação do acesso aos pontos de atenção da RAPS para os casos agudos”, e apoia as equipes dos serviços de saúde na avaliação do recurso mais adequado a cada caso, qualificando os encaminhamentos e o seguimento dos pacientes na rede de atenção à saúde.

O protocolo, também, é de domínio público, acessível aos profissionais de saúde e gestores no endereço eletrônico <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude%20mental.pdf>, estando como anexo das Diretrizes Clínicas em Saúde Mental.

É necessário frisar que o protocolo de classificação de risco em saúde mental está organizado por cores e seus respectivos qualificadores. As cores indicam riscos e gravidades, assim determinados:

- Vermelho: Caso gravíssimo, com necessidade de atendimento imediato. Condições em que o usuário apresenta risco de morte ou sinais de deteriorização do quadro clínico que ameaçam a própria vida ou de terceiros.
- Laranja: Risco significativo. Condições que potencialmente ameaçam à vida e requerem rápida intervenção.
- Amarelo: Casos de gravidade moderada. Condições que podem evoluir para um problema sério, se não forem atendidas rapidamente.
- Verde: Condições que apresentam um potencial para complicações.
- Azul: Condições não agudas, não urgentes ou problemas crônicos, sem alterações dos sinais vitais. (ESPÍRITO SANTO, 2018, p. 260).

Os qualificadores analisados foram da cor vermelha e da cor laranja, que correspondem às situações de risco gravíssimo e risco elevado, que justificam a atenção em serviço especializado de urgência e emergência em saúde mental e internações. Descrevemos, na tabela 8 abaixo, os qualificadores vermelho e laranja do protocolo, e ao lado, colocamos as descrições dos laudos que aparecem isoladamente:

Tabela 9 – Comparativo de qualificadores de classificação de risco em saúde mental e categorias presentes nos laudos (isolado)

<b>VERMELHO</b>	
<b>Emergência considerada de RISCO GRAVE, que justifica direcionamento prioritário e atendimento clínico e/ou especializado imediato.</b>	
<b>QUALIFICADORES</b>	<b>CATEGORIAS QUE APARECEM NOS LAUDOS (ISOLADO)</b>
Tentativa de suicídio	ideia ou tentativa suicídio
Episódio depressivo grave com ou sem sintomas psicóticos associado à ideação suicida, planejamento e/ou história anterior de tentativa de suicídio;	ideia ou tentativa suicídio surto psicótico/ideias delirantes/alucinações
Episódio de Mania (euforia) com sintomas psicóticos associado comportamento inadequado com risco para si e/ou terceiros	comportamento de risco (risco a si e a sua saúde) risco a terceiros obsessão sexo/ atendido ao pudor/apelo sexual/comp sexual exacerbado surto psicótico/ideias delirantes/alucinações
Autonegligência grave associada à comorbidades orgânicas	situação de rua/comportamento andarilho/fora domicílio
Intoxicação aguda por substâncias psicoativas (medicamentos, álcool e outras drogas)	usuário de ad ou dependência química
Quadro psicótico com delírios, alucinações,	comportamento de risco (risco a si e a sua



confusão mental, ansiedade intensa, pânico e impulsividade com risco para si e/ou terceiros	saúde) risco a terceiros impulsividade baixa tolerância frustração e estresse confusão mental/perda de memória /delirium surto psicótico/ideias delirantes/alucinações perda ou pouco juízo crítico prejuízo cognição /afetividade e pragmatismo
Episódio de agitação psicomotora, agressividade auto e/ou heterodirigida, com ideação, planejamento e/ou tentativa de homicídio ou suicídio	agressividade autoagressividade/nervosismo/irritabilidade/agitação psicomotora ideia ou tentativa suicídio
Quadro de alcoolismo ou dependência química a outras drogas com sinais de agitação e/ou agressividade auto e/ou heterodirigida, várias tentativas anteriores de tratamento extra-hospitalar sem êxito com riscos elevado psicossocial.	agressividade heteroagressividade/agressividade física a terceiros sintomas de abstinência /fissura
<b>laranja</b>	
<b>urgência considerada de risco elevado, com necessidade de classificação imediata, que justifica atendimento clínico e/ou especializado em que não há riscos imediatos de vida.</b>	
Quadro depressivo grave com ou sem sintomas psicóticos, com ideação suicida sem planejamento, porém sem apoio sócio familiar que possibilite tratamento extra hospitalar;	ideia ou tentativa suicídio
Quadro psicótico com sintomas agudos, sem sinais de agitação psicomotora e/ou agressividade auto e/ou heterodirigida, porém sem apoio sócio familiar;	surto psicótico/ideias delirantes/alucinações
Alcoolismo ou dependência química a outras substâncias com sinais de abstinência leve ou moderado que não consegue se abster com programa de tratamento extra hospitalar, com evidência de risco social;	usuário de ad ou dependência química sintomas de abstinência /fissura
Episódio de Mania (euforia) com sintomas psicóticos	surto psicótico/ideias delirantes/alucinações
Vítimas de violência sexual;	maus tratos (outras violências)
Episódio de alteração aguda da consciência e comportamento (agitação, letargia, confusão mental, rebaixamento, desmaios, etc.);	confusão mental/perda de memória /delirium perda ou pouco juízo crítico prejuízo cognição /afetividade e pragmatismo perda ou pouco juízo crítico
Quadros refratários à abordagem ambulatorial e especializada;	não adere tratamento ambulatorial/difícil adesão tratamento /pouca resposta ao tratamento
Determinações judiciais;	

Fontes: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022 e Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental, 2018.

Observando a tabela acima, vimos que muitos sintomas presentes nos laudos são encontrados nos qualificadores, porém de modo isolado. Dessa forma, não conseguimos prosseguir na análise, pois percebemos a importância de se fazer essa associação para um resultado mais qualificado e, também ter condições de avaliar, mediante os laudos dos profissionais solicitantes, se condizem ou não com o protocolo de classificação de risco de maneira que justifique, assim, uma internação

em saúde mental. Informamos que não houve tempo para realizar esse estudo associativo dos sintomas descritos nos laudos, conforme os qualificadores do protocolo, sendo esta uma lacuna no estudo que requer aprofundamento.

No sentido geral, portanto, desses laudos comparando-os, principalmente à NT, enfatizamos o valor que deve ser dado à educação permanente dos profissionais de saúde, de todos. Particularmente falamos do profissional médico visto que são os laudos médicos circunstanciados e atualizados requisito fundamental para internações em saúde mental. Se considerarmos as documentações bem recentes sobre a temática, torna-se ainda mais premente essa necessidade. A atualização precisa ser contínua, pois não podemos nos esquecer que a cultura manicomial persiste, junto às novas práticas de cuidado que vem sendo implementadas. Também é fato a grande rotatividade de profissionais no SUS. A renovação das informações por mudanças de processos de trabalho e fluxos, e novas orientações acerca da política de saúde mental nacional, estadual e municipal, precisa circular de maneira mais fluida e constante.

#### 4.1.6 Caracterização dos laudos por descrição do Código Internacional de Doença (CID 10)

Na análise dos laudos, fizemos a captação do Código Internacional da Doença (CID), versão 10, descritos, uma vez que segundo a NT, no item 2.3.3, letra b, recomenda-se que os laudos médicos circunstanciados para internações em saúde mental contenham a hipótese diagnóstica de acordo com o CID 10. Dessa forma, no ano de 2019, tivemos o seguinte panorama, conforme tabela abaixo:

Tabela 10 - Classificação, por CID 10, dos laudos médicos das solicitações para ICSM válidas no sistema OnBase, no período de 2019

<b>GRUPOS CID 10</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Percentual</b>
GRUPOS F19; F10 E F14 Transtornos mentais e comportamentais devido uso de SPA	45	42%
SEM CID 10	30	28%
GRUPO F20 Esquizofrenias	16	15%
GRUPO F31 Transtornos afetivos bipolares	4	4%
GRUPO F29 Psicose não orgânica	3	3%
SEM LAUDO	2	2%
GRUPO F25 Transtornos Esquizoafetivos	2	2%
GRUPO F33 Transtornos Depressivos	1	1%
GRUPO F23 Transtornos Psicóticos Agudos e Transitórios	1	1%
GRUPO F91 Outros Transtornos de Conduta	1	1%
GRUPO A15 Outras intoxicações alimentares bacterianas, não classificadas em outra parte	1	1%

<b>TOTAL DE LAUDOS NO PERÍODO</b>	106	100%
-----------------------------------	-----	------

Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Nota-se que, em 2019, o CID predominante concentrou-se no grupo dos transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas, representando 42% do total dos laudos/solicitações.

Em seguida tivemos os laudos sem CID 10, totalizando 30 (28%). Por não estarem caracterizados com os respectivos CIDs 10, procedemos à verificação das descrições que constavam como justificativa pra a internação, contabilizadas em 24 por uso de álcool e drogas ou dependência química; 04 por surto psicótico; 01 por apresentar agressividade e risco a terceiros e 01 por não aderir e não aceitar o tratamento, sendo indicada compulsória pelo profissional médico.

Em terceiro lugar, 16 laudos com CID 10 do Grupo das Esquizofrenias (15%). Notamos nos laudos com esse diagnóstico que havia CID 10 dos Grupos F19; F10 E F14 associados, ou seja, o transtorno mental e comportamental pelo uso de substâncias psicoativas associado à esquizofrenia, em 04 laudos dos 16 desse grupo.

Nesse sentido, é possível inferir que, em 2019, a predominância no diagnóstico para ICSM, na região de saúde norte foi por transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Cerca de 85% das ICSM, considerando CID 10 e descrições nos laudos que não possuíam.

Abaixo, a tabela 7 abaixo demonstra o panorama de 2020:

Tabela 11 - Classificação, por CID 10, dos laudos médicos das solicitações para ICSM válidas no sistema OnBase, no período de 2020

<b>GRUPOS CID 10</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Percentual</b>
GRUPOS F19; F10 E F14 Transtornos mentais e comportamentais devido uso de SPA	38	51%
SEM CID 10	15	20%
GRUPO F20 Esquizofrenias	09	13%
GRUPOS F31 E F33 Transtornos afetivos bipolares/depressivos	4	6%
GRUPO F25 TranstornosEsquizoafetivos	2	3%
GRUPOS F71 E F72 Retardo Mental	2	3%
GRUPO F91 Outros Transtornosde Conduta	1	1%
GRUPO F 84 Transtorno Global do Desenvolvimento	1	1%
GRUPO G90 Transtornodo Sistema Nervoso Autônomo	1	1%
SEM LAUDO	1	1%
<b>TOTAL DE LAUDOS NO PERÍODO</b>	<b>74</b>	<b>100%</b>

Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Em 2020, observamos um panorama é parecido com o ano anterior, repetindo o ranking das três primeiras colocações. Em primeiro lugar, os transtornos mentais e

comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas, representando 51% do total dos laudos/solicitações. Em segundo lugar, os laudos sem CID10, totalizando 30 (20%). Nesse caso, procedemos a mesma verificação das descrições que constavam como justificativa pra a internação, contabilizadas em 14 por uso de álcool e drogas ou dependência química.

E, em terceiro lugar, 09 laudos com CID 10 do Grupo das Esquizofrenias (13%). Dos quais, o transtorno mental e comportamental pelo uso de substâncias psicoativas estava associado à esquizofrenia, em 03 laudos dos 09 desse grupo.

Portanto, a região tem, pelo CID 10 e descrição de laudos sem CID10, a predominância nas ICSM por transtorno mental e comportamental decorrente do uso de substância psicoativa. Os dados mostram que das 180 solicitações nos anos de 2019 e 2020, 128 foram predominantemente, pelo CID 10 dos transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas, representando 67% das solicitações por ICSM.

Esse dado confirma o que já verificamos no item 1.5, que a predominância é a solicitação de ICSM para casos de uso de álcool e outras drogas.

#### **4.1.7 Compulsoriedade das internações em saúde mental e urgência: sinônimos?**

Buscamos contextualizar os tempos de espera para evidenciar os tempos médios (em dias) de aguardo considerando dois aspectos: o tempo médio de espera entre a decisão judicial e a entrada no sistema OnBase e o tempo médio entre a decisão judicial e a liberação da vaga para internação pelo NERI para o serviço executante. Assim, obtivemos os seguintes resultados:

Tabela 12 - Tempo médio de espera (em dias) entre a decisão judicial e a entrada no sistema OnBase, por municípios da região de saúde Norte, anos 2019 e 2020

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>TEMPO MÉDIO EM 2019</b>	<b>TEMPO MÉDIO EM 2020</b>
<b>Água Doce do Norte</b>	0	0
<b>Boa Esperança</b>	01	0
<b>Barra de São Francisco</b>	30	342
<b>Conceição da Barra</b>	10,5	140
<b>Ecoporanga</b>	16	50,83
<b>Jaguare</b>	12	01
<b>Montanha</b>	43	814
<b>Mucurici</b>	66	04
<b>Nova Venécia</b>	16	6,62
<b>Pedro Canário</b>	14	30

<b>Pinheiros</b>	17	2,45
<b>Ponto Belo</b>	2,5	01
<b>São Mateus</b>	06	4,53
<b>Vila Pavão</b>	49	0
<b>Média (em dias) da região de saúde</b>	20,21	99,74

Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Quanto aos o tempo médio de espera entre a decisão judicial e a entrada no sistema OnBase, em 2019, a média em dias foi 20, 21 e em 2020, 99, 74 dias. Esse dado é importante para contextualizar questões de celeridade no cumprimento do mandado judicial, tendo em vista expectativas dos requerentes. Cumpre informar que a NT orienta as solicitações por demanda administrativa pelo NERI, atualmente com o acesso facilitado aos serviços de saúde mental cadastrados.

Tabela 13 - Tempo médio de espera (em dias) entre a entrada no sistema OnBase e a data da liberação da vaga pelo NERI, por municípios da região de saúde Norte, anos 2019 e 2020

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>TEMPO MÉDIO EM 2019</b>	<b>TEMPO MÉDIO EM 2020</b>
<b>Água Doce do Norte</b>	0	0
<b>Boa Esperança</b>	169	0
<b>Barra de São Francisco</b>	09	05
<b>Conceição da Barra</b>	9,75	02
<b>Ecoporanga</b>	6,42	75
<b>Jaguaré</b>	7,6	10
<b>Montanha</b>	8,75	0
<b>Mucurici</b>	15	01
<b>Nova Venécia</b>	7,85	15,69
<b>Pedro Canário</b>	10,5	0
<b>Pinheiros</b>	23,11	6,7
<b>Ponto Belo</b>	05	01
<b>São Mateus</b>	9,59	9,87
<b>Vila Pavão</b>	18	0
<b>Média (em dias) da região de saúde</b>	21,29	9,01

Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

A tabela 9 mostra a média de tempo em dias entre a entrada no sistema de regulação e a liberação da vaga pelo NERI. Em 2019 o tempo foi de 21,29 dias e em 2020, 9,01 dias.

Seria de grande valia se pudéssemos realizar comparativo entre o tempo de atendimento das demandas administrativas realizadas também pelos serviços, para realizar esse comparativo entre o tempo de atendimento da demanda judicial e o tempo de atendimento das demandas de internações psiquiátricas administrativas. Em contato com o NERI, não foi possível obter esses relatório pelo sistema de

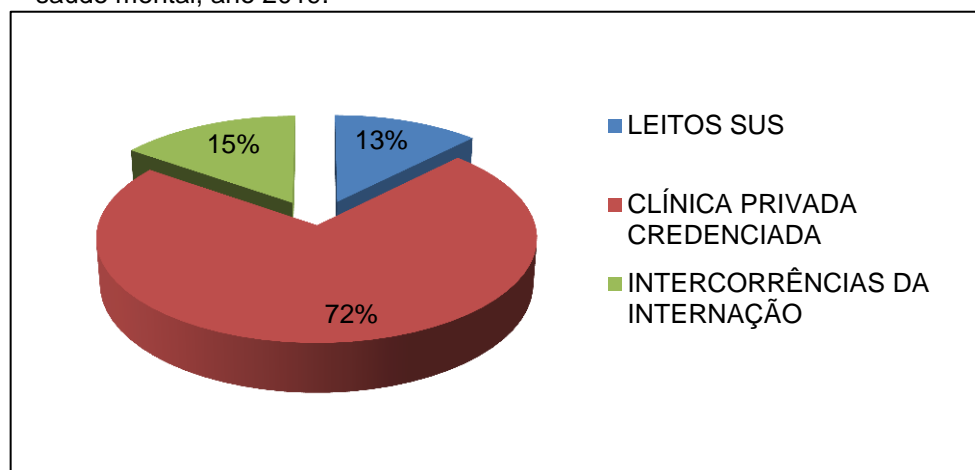
regulação das demandas administrativas, prejudicando, assim, esse comparativo, ficando a sugestão para aprimoramento do estudo.

#### 4.1.8 ICSM e serviços executantes

O que queremos demonstrar com esses dados, refere-se à natureza dos serviços executantes, ou seja, os serviços para os quais foram liberadas as vagas de internação pelo NERI. Na caracterização por natureza, temos serviços SUS e serviços privados, que são credenciados de forma complementar ao SUS. Assim, percebemos que, majoritariamente, as vagas liberadas são na rede complementar, como demonstramos por meio dos gráficos 17 e 18. Acrescentamos, nos gráficos, os percentuais das intercorrências, que consideramos as solicitações que não avançaram na liberação de vaga pelo NERI, pelos motivos relatados no item 1.8.

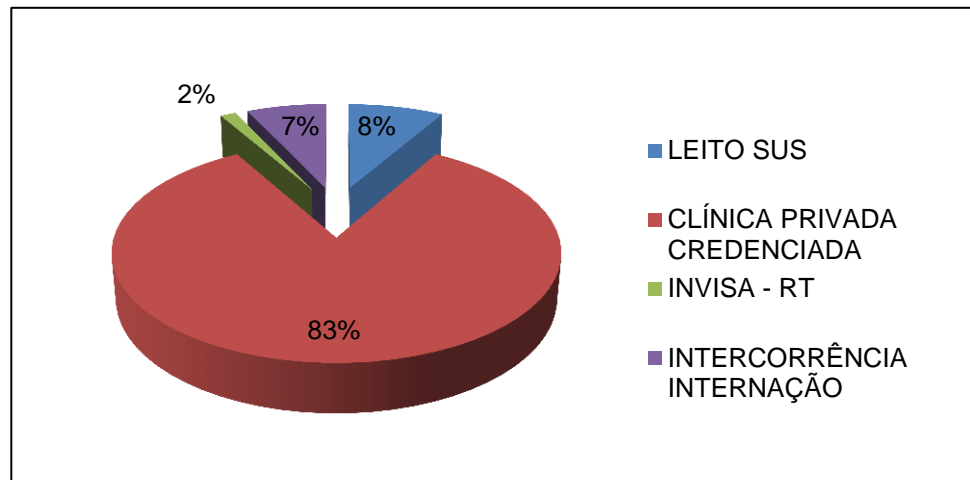
Tiveram em 2019, 13 vagas liberadas para leitos hospitalares em saúde mental da rede SUS, 76 vagas liberadas para clínicas credenciadas e 16 intercorrências. Em 2020, foram 06 para leitos SUS, 60 para clínica privada, 1 vaga para residência terapêutica e 05 intercorrências.

Gráfico 17 - Natureza dos serviços executantes das internações compulsórias de saúde mental, ano 2019.



Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Gráfico 18 - Natureza dos serviços executantes das internações compulsórias de saúde mental, ano 2020.



Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Vemos, portanto que, majoritariamente, as ICSM, na região de saúde em questão, se dão em clínicas credenciadas, sendo 72% em 2019 e 83% em 2020. Como as ICSM se dão, na sua maioria em clínicas credenciadas na rede complementar, justificam-se os altos gastos com as demandas judiciais para internações compulsórias em saúde mental.

Nesse aspecto, alguns questionamentos podemos inferir, tais como: será que a de leitos hospitalares para seguimento aos cuidados de urgência em saúde mental, estão sendo suficientes e para suprir essas necessidade? Qual a necessidade de leitos da rede SUS seriam suficientes segundo parâmetros da RAPS? Esse fato impulsiona o estado a credenciar clínicas de modo complementar a rede SUS? Ou, por conta das altas demandas judiciais existe essa necessidade do estado no credenciamento dessas clínicas?

Se considerarmos os parâmetros da RAPS para a implantação de leitos de saúde mental em hospital geral, definidos na Portaria GM/MS de Consolidação, nº 3 de 2017, de 1 leito para cada 23.000 habitantes, a região (antiga norte, com 14 municípios), com estimativa de 430.549 habitantes (IBGE 2019), teria a necessidade de 18 leitos. Se considerarmos a região nova (29 municípios), Central Norte, temos atualmente, temos apenas 08 leitos de saúde mental no hospital São Marcos em Nova Venécia e 10 leitos na Santa Casa de Colatina, e a necessidade seria de 56 leitos de saúde mental em hospital geral.

Conforme recente pactuação da RAPS no estado, ocorrida com a oficina da PGASS, a região Central Norte (29 municípios) tem a necessidade, portanto, de expansão de 28 leitos, cujos municípios e hospitais já foram definidos.

#### 4.1.9 Intercorrências para execução do mandado judicial

Aqui pontuamos que, durante a regulação da vaga para atendimento da demanda judicial, existem algumas intercorrências que anulam a execução do processo e a liberação da vaga pelo NERI. Cumpre informar, como já citamos anteriormente, que para a ação regulatória, alguns documentos são preponderantes, com respaldo nos art. 4º e 6º da Lei nº 10216/01, Resolução CFM 2057/2013 e o Ato Normativo nº 33/2015 publicado pelo Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo.

Assim, tivemos em 2019 e 2020, as seguintes intercorrências e quantitativos, que implicaram em vagas não liberadas pelo NERI, conforme tabela, abaixo:

Tabela 14 - Intercorrências dos mandados judiciais de internações compulsórias de saúde mental, anos 2019 e 2020.

Intercorrências	Quantidade 2019	Quantidade 2020
Em subsídio PGE	01	01
Sem Documentos necessários	01	
Efeito suspensivo por laudo desatualizado	07	01
Extinção ajuizada	01	01
Em pré análise de cadastro e documentos	01	
Óbito do paciente	01	
Prisão do requerido	01	
Família desistiu da internação antes da liberação da vaga pelo NERI	01	
Sem elementos pra prosseguir processo	01	01
Desinternação em HCTP para tratamento ambulatorial	01	
Demanda judicial para SETADES (cuidador)		01
TOTAL	16	05

Fonte: Sistema OnBase, Secretaria Estadual de Saúde do ES, 2022

Os gráficos 17 e 18, do item anterior (1.7) mostram o percentual de intercorrências em relação ao total das solicitações de cada período. Então, 2019, foram 15% e, 2020, 7%. Esse dado indica que, se os documentos das solicitações não estiverem adequados, conforme orientações e legislações, o processo não tem continuidade e não é garantia para seu cumprimento demonstrando que há condicionantes para o bom andamento das solicitações.



## 4.2 O QUE AS NARRATIVAS DOS PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA MOSTRAM SOBRE AS ICSM?

Caracterizando os oito participantes (P), tivemos três profissionais que atuam em CAPS, sendo um no CAPS AD e dois no CAPS 1; um profissional que atua em unidade básica e quatro que atuam em equipe de saúde mental. O tempo de formação não foi aspecto relevante neste estudo. Quanto ao tempo de atuação nos serviços, quisemos considerar, esse aspecto que pudesse influenciar na experiência com o fenômeno. Os tempos foram variados, de 4 meses à 18 anos. Porém, identificamos que o tempo de atuação dos entrevistados não significou inexperiência ou desconhecimento com o fenômeno, não prejudicando o relato das experiências. Ao fim fazemos uma reflexão relacionada a esse fato, que foi inclusive uma questão levantada por um dos participantes (com menor tempo de atuação) em suas considerações finais da entrevista.

Em relação ao primeiro questionamento, se *“você lida no seu cotidiano de trabalho, nesse serviço, com as internações compulsórias em saúde mental?”*, de modo geral, os oito participantes declaram que vivenciam essas questões no seu cotidiano de trabalho, embora, alguns menos, outros mais diretamente. Outros pela frequência de ocorrência onde atua ser rara, ou pequena, constatada nas seguintes declarações: *“Eu não lido diretamente com essas questões.”* (P1); *“A gente lida. Não é uma prática do nosso serviço. As internações compulsórias são raríssimas.”* (P2); *“Eu lidava mais quando eu comecei a trabalhar aqui [...]E hoje não, hoje digamos que caminhamos muito mais próximo numa lógica da política de saúde mental do que antigamente estava e com isso foi caindo essas internações involuntárias e compulsórias, principalmente.”* (P4); *“E assim, bom, falando diretamente da internação compulsória né... Pra gente realmente não chega, é bem raro.”* (P7).

Na pergunta dois, buscamos conhecer como essas internações acontecem no cotidiano do serviço que o profissional atua e qual era a sua participação/atuação nesse processo das ICSM.

Foi muito interessante que alguns, antes de realizarem as narrativas da tratativa atual das ICSM, fizeram menção sobre as formas anteriores de lidar com o fenômeno, apontando para movimentos realizados pelos próprios profissionais ao atuarem segundo as perspectivas da Política de Saúde Mental e a partir de novas

orientações por documentos ou conhecimentos adquiridos, propondo reorientações de fluxos e abordagens. Compreendemos isso, fortemente, nas narrativas de P1, P4, P6 e P8: *“A gente tem recebido poucas demandas do Ministério Público a respeito dessa questão, né... O que a gente tem observado no município, que o juiz ele tem cada vez menos solicitado internações compulsórias. Ele tem é mandado pra gente, pra que a gente providencie mais internações involuntárias do que a compulsórias. Então, ele tem feito esse movimento de solicitar mais a gente, pra que a gente mesmo faça essas internações, de maneira involuntária.”* (P1); *“O que tinha muito antes, era vereador, todo mundo querendo internar. Hoje a própria justiça também barra, tem se segurado na legislação. O próprio judiciário tem uma articulação diferente, a gente tem acesso ao defensor público, agente conversou com ele sobre isso, super acessível [...] Antigamente vinha muita gente, ainda mais lá no CAPS AD, vereador tal, deputado tal ...”* (P2); *“porque a saúde mental aqui era muito fragmentada, porque tinha o psicólogo e tinha a psiquiatra que não dialogavam pensando a política de saúde mental e questões de dependência química. E as internações compulsórias, não ficavam a cargo, por exemplo... na verdade, nenhuma internação de saúde mental não ficava a cargo da saúde, da secretaria de saúde, ficava a cargo do CREAS. Os profissionais do CREAS, naquela época, quando chegavam até eles alguma demanda, seja para casos de transtorno mental grave e seja pra dependência química, o CREAS entrava em contato com a promotoria, a promotoria solicitava o laudo de internação e encaminhava isso aqui efazia o pedido de internação. Não tinha nem internação involuntária, e considerando ainda que, pra pedir via SESA naquele época tinha que mandar email, era bem mais complexo de como é hoje, então tinha mais internação compulsória. Em 2018, 2019, isso foi diminuindo, porque quando eu comecei a trabalhar aqui na saúde, comecei a colocar que questões de dependência química e transtorno mental caberia à saúde e não ao CREAS [...] E agora, então, até onde eu sei, a gente não teve nenhuma internação compulsória aqui.”* (P4); *“Então, agora até deu uma melhorada. Mas antes essas internações chegavam aqui pra gente agendar o transporte pra mandar o paciente. Já vinha com a decisão judicial e, maioria das vezes, esse paciente não estava sendo assistido, então já chegava com a solicitação da internação compulsória. [Chegava como? Da justiça?] Sim, por email, por processo; os processos chegavam na secretaria de saúde e aí o secretaria*

*encaminhava pra cá pra gente resolver... só que na verdade era só ajeitar o carro e pronto. Aí, em alguns momentos, algumas clínicas, elas entravam em contato com a gente depois, quando ia dar alta, e a gente terminava o acompanhamento desse paciente aqui, pra poder ter continuidade. Agora, a gente tá tentando mudar um pouco, depois das novas normas, estamos tentando orientar os profissionais dos PSF, a população geral. Então, antes eles estão vindo aqui e a gente quase não tá fazendo internação compulsória mais, porque estamos resolvendo aqui e em último caso internar, mas sem ser compulsória [involuntária ou voluntária], na maioria das vezes voluntária. Compulsória tem reduzido, quase não tá acontecendo não.” (P6);*

*“E aí como que funcionava, e as pessoas ainda tem tentado por essa via... Isso foi assim por muito tempo [...] As pessoas procuram a assistência social, aí a assistência social fala com a família assim, olha, vai lá na assistência judiciária municipal e procura a (advogada), ela fazia o pedido, mandava pro juiz, o juiz determinava, o município internava, eles resolviam tudo por lá também. Aí quando chegavam na assistência, a advogada falava que precisava do laudo, aí eles procuravam o médico do hospital, o médico do hospital fazia de alguma forma, que não sei nem como que era. A única participação da saúde era o médico que fazia o laudo e pronto e acabou. Acionavam a saúde só para o laudo. De qualquer forma, a saúde estava fazendo algo que não era adequado.” (P8).*

Atentamos para as narrativas de P4 e P8, que retratam que a fragmentação nesse processo era tão grande que havia um deslocamento da responsabilidade da atenção à saúde, nos casos de internação em saúde mental, para Secretaria de Assistência Social; a Assistência Social capitaneava o processo de uma atividade que, por competência, é da saúde.

Percebemos que algumas narrativas reafirmam a diminuição da frequência e a ênfase para a indicação somente em situações bastante específicas, reafirmando o lugar das internações em geral, não só as compulsórias, na atenção á saúde prestada. A ênfase nesses processos, que foram modificados, demonstra o protagonismo desses profissionais como agentes de mudanças importantes para a Política de Saúde Mental nos territórios.

Na pergunta 2, os profissionais contam como as ICSM acontecem no cotidiano dos serviços nos quais atuam e qual sua participação /ação profissional nesse processo. As narrativas incluem ações diversificadas, afirmadas pelos os

relatos que seguem. As declarações se referem a ações realizadas pelos mesmos, e como práticas exclusivas ou comuns aos outros profissionais. No contexto das narrativas, a maioria dos profissionais, relatou sua atuação no acolhimento das demandas que chegam ao serviço, tanto individuais do usuário, quanto das famílias principalmente, buscando prestar as orientações sobre internações em saúde mental em geral, segundo as legislações e orientações atuais da Política de Saúde Mental, conforme relatos: *“acolher as famílias, porque eles chegam aqui desesperados, eu oriento.”* (P5); *“O que a agente sempre tentar é evitar! A gente vai tentar ver quem da família pode estar cuidando, o ambiente que pode ser mais propício.”* (P2); *“compulsória vai ficar na clínica um ano. Então, a gente coloca sobre isso, que não existe mais esse tipo de internação, internação para sempre e que um paciente com uma internação de 90 dias, ele vai retornar para o ambiente né! E aí? Assim, tentar desmotivar na verdade que a família tome essa atitude, algumas vezes a gente não consegue, e chegar na defensoria sem a gente saber.”* (P2); *“O que a gente tenta fazer é esclarecer sobre esses tipos de internação, como estão as legislação agora, a questão da portaria.”* (P2); *“Eles chegam aqui desesperados em busca de soluções e a gente aí tem pacientes que já são atendidos aqui há longo período, ou tem muitos recentes, ou às vezes nunca nem foram atendidos aqui.”* (P5); *“Então a gente explica que é dois meses, o atendimento ambulatorial. Eu sempre digo pros pacientes que vem aqui, 20% é a medicação, ou até menos, os outros 80% é o paciente, a família, o ambiente de trabalho, o território, assim tudo isso. Eu enquanto psicóloga sempre oriento nesse sentido, as vezes eles não querem, simplesmente eles querem a internação, e acham que ah, mas antes..., aí debatem com a gente porquesó dois meses, três meses.”* (P5); *“Eles querem internação no geral, ‘ah eu quero internar’, alguns já chegam ‘eu quero internação compulsória’, tem uns que tem isso ‘porque o fulaninho ou ciclano já foi’, algum familiar e a outra pessoa já foi.”* (P5); *“conversar com a família e ver se também se a gente faz o atendimento aqui na saúde mental.”* (P3); *“já começa a organizar com a equipe pra escutar essa família.”* (P3); *“e agente tentou conversar, tentou atender o paciente e, até hoje, não foi porque ele não quer ser internado.”* (P6).

Outras ações referidas nesse contexto foram: **atendimento compartilhado com outros profissionais para melhor atenção aos casos e atuação em equipe para avaliação dos casos:** *“eu enquanto psicóloga, a assistente social também,*

mas eu sou a que mais orienta. Cabe que a equipe toda, mas eu oriento em todos os momentos, o tempo de internação, a efetividade, a questão do atendimento ambulatorial como primeira tentativa.” (P5); “Então ele [médico] gosta da gente atendendo perto dele, porque a gente já passa o caso de antemão, já sabe o que que é, objetivamente o que tem que analisar, é um vínculo de confiança que a gente tem uns com os outros, porque no final o que vai é o laudo dele.” (P3); “nossos médicos não costumam passar por cima do nosso ponto de vista, ele costumam ouvir o que a gente tem a dizer, então, eles costumam muito ir em cima do que a gente está relatando, então eles fazem a análise deles, concordam ou não concordam, vocês observaram isso ou não e chegamos a conclusão se é ou se não é com o atendimento dele e da família.” (P3); “Na perspectiva da compulsória a gente trabalha junto com a equipe toda.” (P3); “não é incomum a gente fazer atendimento assistente social, psiquiatra e eu (psicóloga); tanto aos familiares quanto a pessoa em si ao usuário, com esse objetivo de estar entendendo o que que aconteceu de estar sanando qualquer dúvida dos familiares a respeito, até mesmo, do próprio paciente e também pra gente entender o grau de comprometimento daquele paciente porque a gente sabe que quando ele retornar, ele vai retornar para nós.” (P3); **atuação conforme diretrizes clínicas e orientações em saúde mental:** “A gente sempre olha aquele livro rosa, então a gente olha muito aquilo ali, quais são os critérios, segue aquilo ali.” (P3); **comunicação com as famílias mediante a regulação das vagas, mediando junto ao setor competente o transporte sanitário:** “e quando essas demandas chegam, quando o juiz, quando é determinada a internação compulsória, geralmente o NERI comunica diretamente a gente, porque é o judiciário que faz o contato com NERI solicitando a vaga e aí o NERI entra em contato com a gente pra passar as informações das internações e também para informar a gente pra providenciar o transporte, o veículo pra levar o indivíduo para a internação.” (P1); **Elaboração de documentos de respostas ao judiciário e outros pertinentes ao processo de demanda judicial:** “documento pra secretaria de saúde e aí eles falam ao serviço de saúde mental, que seja agendado atendimento pra tal usuário, aí eles reencaminha pra nós como memorando e a cópia e aí eles colocam a data pra gente cumprir; a gente já envia a resposta com a data, tudo marcado direitinho pra gente poder fazer em cima da determinação que eles estão requerendo da gente.”(P3); **Elaboração de**

**estratégias de cuidado para evitar internação como acompanhamento de medicação assistida:** *“a gente faz esse compromisso com a família pra ir até lá, aplicar a medicação pra não ter que internar. A gente conseguiu manobrar a paciente nessa estratégia pra não ter a involuntária, pra fazer essa tentativa.”* (P3); **formação de grupos intersetoriais de debate da política de saúde mental:** *“uma reunião intersetorial, a partir desse contato com a assistência jurídica municipal, a gente precisa conversar com a assistência nesse sentido para assistência também, caminhar nesse fluxo [...] a gente precisa tentar por esse caminho, é um caminho que dá mais trabalho, mas ele é mais efetivo.”* (P8); *“Estamos iniciando um grupo condutor. A gente tá falando Grupo Condutor entre nós. No setembro amarelo, tentei organizar o evento e fiquei muito incomodada de fazer isso sozinha [tive experiência em outro município]. A gente tem muita demanda que vem da escola do estado. Primeira reunião foi com duas escolas [...] estamos programando o segundo encontro.”* (P8); **interlocução com órgãos da justiça para efetivação de fluxos, protocolos de saúde mental e o trabalho em rede:** *“eu tentei conversar também com o promotor e com o juiz e expliquei pra eles também sobre as questões relacionadas à saúde mental, sobre as dificuldades que existiam no município, o que que a gente tinha, o que a gente não tinha, mostrei o projeto pra eles que eu tinha feito, porque eu falei com eles ‘eu vim aqui pra pedir ajuda’, dentro da competência de vocês.”* (P8); **realização de matriciamento de profissionais da Atenção Básica:** *“a gente fez o matriciamento por parte, a médica identificou isso, foi feito o matriciamento, acabou de ser feito, tá no início, como também nesse caso aí seria um internação compulsória.”* (P7); *“[...] é uma questão de uma não autonomia da pessoa não conseguir viver porque sofreu um acidente e aí já vai também dos profissionais essa ideia de uma internação, de institucionalização.”* (P7); *“depois das novas normas, estamos tentando orientar os profissionais dos PSF.”* (P6); **promoção estratégias para estreitamento e geração de vínculos com demais profissionais da equipe de saúde para mostrar o papel da psicologia no serviço de saúde e importância da atuação multidisciplinar:** *“Por mais que [aqui] tenha o psicólogo em todas as unidades, mesmo que seja um dia ou dois dias, tem uma rotatividade muito alta, porque os profissionais não ficam, porque é contrato e vai saindo. A própria equipe tem essa dificuldade de se associar a um profissional de saúde mental e ter uma proximidade maior. O que estava acontecendo é que o*

*médico e a enfermeira estavam fazendo muitos encaminhamentos direto pro CAPS. Eu vejo assim, é como se o psicólogo não fizesse parte da equipe.” (P7); **realização de visita domiciliar:** “fui na casa dele, bati papo, conversei, falei com ele acho que seria interessante a gente marcar um momento pra gente conversar, aí ele disse, eu acho bom mesmo.” (P8); “visita domiciliar porque a pessoa não viria à unidade, era um caso de uso abusivo de álcool e aí eu fui lá com a agente de saúde, conversei com ela, nós fomos lá na casa dessa pessoa e aí a gente fez uma primeira conversa, aquela de aproximação mesmo e aí eu marquei pra ela ir na unidade.” (P7); “dependendo do caso, a gente vai fazer uma visita domiciliar a esse paciente.” (P3).*

Os profissionais, ao falarem sobre como as demandas chegam nos serviços e como elas acontecem, saltou aos nossos olhos a forma como os requerentes, nesse caso, familiares, chegam até eles. Um posicionamento enfático das famílias nos pedidos de internações em saúde mental apontam para esses olhares e essas percepções que incidem sobre o usuário dos serviços. Os oito participantes falaram sobre isso, alguns inclusive afirmam tons ameaçadores e desrespeitosos frente aos seus posicionamentos no acolhimento dessas demandas.

No caso das ICSM, em sua maioria, são os familiares que procuram os órgãos da justiça para ajuizarem essas demandas. O ajuizamento de tais ações por familiares pode ser visto como uma distorção do espírito da Lei, pois a justiça não deveria determinar este tipo de intervenção, já que a própria legislação prevê a modalidade de internação involuntária, quando a família solicita, o paciente não concorda, mas há indicação médica clara para tal medida. (DUARTE et al., 2012). O próprio autor da lei afirma: “[...] que a modalidade de internação compulsória deveria ficar restrita aos processos criminais que implicassem medida de segurança para crimes em que o transtorno mental do autor tivesse relevância fundamental”. (BARROS-BRISSET; SILVA, 2010 apud DUARTE et al., 2012, p. 170).

O que pensar sobre essa postura de familiares? Seria isso movimento característico da contemporaneidade? Quando lemos Foucault (2013, p. 95), a sensação é de estarmos voltando no tempo de uma prática parajudiciária do Estado Monárquico Francês exercida pela polícia: a *lettres-de-cachet*. “A *lettres-de-cachet* não era uma lei ou um decreto, mas uma ordem do rei, que concernia a uma pessoa, individualmente, obrigando-a a fazer alguma coisa”. Foucault (2013, p.96)

descreve como um instrumento de punição, na maioria das vezes, por meio do qual se podia prender alguém, privar de alguma função, e até obrigar a casar. Curioso que as *lettres-de-cachet* eram solicitadas, na maioria das vezes, por pessoas nas mais variadas situações: “maridos ultrajados por suas esposas, pais de família descontentes com seus filhos, família que queria se livrar de um indivíduo, comunidades religiosas perturbadas por alguém, uma comuna dissidente com seu cura.”

Era uma forma de regulamentação de moralidades cotidianas “uma maneira do grupo ou dos grupos - familiares, religiosos, paroquiais, regionais, locais, etc - assegurarem seu próprio policiamento e sua própria ordem.” (FOUCAULT, 2013, p.96). Casos citados por Foucault (2013) para o uso dos instrumentos, amplamente utilizada como função punitiva: devassidão, adultério, sodomia, bebedeira, condutas religiosas dissidentes, conflitos de trabalho (patrões insatisfeitos com seus empregados).

Seriam essas velhas práticas de controle da moralidade associadas aos novos elementos da modernidade? No caso das ICSM, percebemos que esses aspectos reverberam nas práticas dos profissionais, como dito pelo participante (P2): *“Eu não sei, a humanidade está muito cansada um dos outros e qualquer pequeno cuidado, não falo nem de um cuidado grande, de um pequeno cuidado, parece que se esqueceram do mandamento, sabe [...] A compulsória reflete um pouco isso. Que solução teria? Ressignificar essa coisa, da solidariedade, do cuidado. É isso cara, as pessoas não se importam mais com as outras. Como isso pode mudar? Mudando as pessoas, mudando o entendimento de quem é o outro, porque essa prática de cuidado que nós temos hoje em qualquer situação é assassina, é violenta, é desrespeitosa, é desumana”*.

Lembramos com essa fala de Bauman (1999, p.114): “o confinamento espacial, o encarceramento e rigor, tem sido em todas as épocas o método primordial de lidar com setores inassimiláveis e problemáticos da população, difíceis de controlar”. Citando Nils Christie, Bauman (1999, 115) diz que “não é inesperada (mesmo que também não seja inevitável) a tendência da nossa sociedade moderna de dar ‘o significado de crime’ aos atos que ‘cada vez mais são vistos como indesejáveis ou pelo menos dúbios’.”



Em continuidade, ao serem questionados sobre como o psicólogo (a), na prática poderia atuar no contexto das internações compulsórias em saúde mental (pergunta 3), eles apresentam estratégias valiosíssimas para a atenção psicossocial efetiva: **ênfase no o trabalho em conjunto, não solitário**: “*Eu tento trabalhar junto*” (P1); **intensificar a psicoeducação, pois traz luz, traçando estratégias de cuidado com o próprio paciente**: “*psicoeducação*” (P1); “*ter uma paciência conversar, explicar, o processo da doença. Uma coisa que é muito interessante é que os pacientes gostam de ouvir isso, entendeu? Como é o prognóstico da doença, como é que ela se instala, quais são os gatilhos de adoecimento, como é que a doença se mantém, qual o papel da medicação. Agora lembrei, sabe uma coisa que pode intensificar mais é a psicoeducação. É isso que enquanto psicologia contribui demais, porque isso aí abaixa o nível de ansiedade e tira a resistência do paciente e da família quando eles entendem todo esse processo, ‘ah então eu tenho isso’, a perspectiva é essa, o tratamento é por causa disso, então o remédio vai fazer isso, e pra que. Falo que são as duas asas de um passar e qual das duas asas é a mais importante, a asa da psiquiatria, ou a asa da psicologia? As duas são importantes, porque sem as duas o pássaro não voa, você não vai voar, você não vai ser saudável, você precisa das duas. Acho muito válido a psicoeducação, porque o conhecimento ele abre, ele faz a pessoa enxergar a situação com outros olhos, com outra perspectiva. Ele chega aqui no escuro e a gente abre a luz pra eles, os que são abertos pra isso; óbvio que tem pessoas que continuam resistentes, que continuam não querendo entender, continuam assim ah eu não queria essa solução, mas é a solução que tem, é essa a realidade e a pessoa tem dificuldade de aceitar a realidade.*” (P3); “*Podemos fazer outras formas sem precisar de uma internação. Uns conseguem compreender e a gente consegue ser efetivo? Não, mas consegue ter algumas melhoras, principalmente quando é crack, a recorrência de recaída é maior; [contexto geral, a psicologia voltada para psicoeducação dentro desse contexto] sim dentro desse contexto.*” (P5); “*a internação compulsória deve ser totalmente evitada, o máximo possível. Se puder ser o último caso, o último mesmo, eu tento fazer isso aqui.*” (P6); “*tentar explicar o fluxo... fazer o acompanhamento desse paciente, dessa família, no sentido de, o que eu acho mais importante, e que muda a maneira de pensar das pessoas e que tá muito no início, é explicar o que é a internação, pra que que serve a internação, porque é importante fazer o*

*acompanhamento em saúde mental, na UBS, essa psicoeducação mesmo, de explicar pro paciente e pra a família, 'olha é importante fazer por causa disso', porque é importante cuidar da saúde física, fazer exames, ver como é que está, porque se for o caso de internar também, a pessoa vai lá pra ser desintoxicada, ela vai continuar sendo assistida se ela tiver uma hipertensão, uma diabetes, enfim, qualquer outra coisa.” (P8); “gente se você tem um paciente que tá doente e vocês não explicam pra ele, que é preciso fazer aquilo... Vocês vão ser responsabilizados, porque que com a saúde mental a gente não pode explicar? Às vezes, ela não tá nem em condições de decidir, o profissional que tem que explicar, que vai indicar. Vocês não deixam o paciente pra lá quando ele tá com câncer, com um problema renal?” (P8); **a possibilidade da psicologia e outros profissionais solicitarem internações se atuarem em equipe, descentralizando para equipe decisões da internação sem prerrogativa de laudo médico; mais fé no serviço de profissional não médico:** “*não ser só diretamente o médico, ficando muito é à espera desse profissional e acaba centralizando muito e sobrecarregando esse profissional. Visto que a gente trabalha em equipe, querendo ou não, a gente discute os casos com ele, dialoga com ele, então acho que talvez o relatório nosso também, tanto meu junto com a assistente social, acho que poderia contribuir nesse campo também. O que eu falo é dessa centralidade no laudo médico mesmo né que eu acho que a gente poderia... se fosse mais descentralizado, talvez agilizaria algumas coisa.” (P1); “Eu fiz o relatório, não precisei do laudo do médico. O contato que a gente vai tendo com o hospital X, ele coloca fé na gente também e eu liguei pra Assistente Social e ela pra fazer um relatório e enviar. Ele saiu daqui já pra internação. Se estabilizou, voltou e foi na médica, vai voltar na médica, então assim, olha que interessante isso sabe. O quanto o acolhimento, uma certa lógica assim consegue funcionar mesmo.” (P4);**

Nesse quesito fazemos menção a Foucault sobre o poder psiquiátrico. Segundo Caponi (2009, p.100) “Nesse espaço, o que está em jogo é a produção e a terapeutização da doença mental a partir de um conjunto bem delimitado de estratégias de poder”.

**Uma auto avaliação técnica quanto ao esgotamento das possibilidades de ação profissional; uma boa análise técnica e a priorização de uma boa técnica:** “*elas deveriam reduzir né, diminuir ao máximo. Pensando tecnicamente em*

tudo o que a psicologia diz, né. Eu me questiono, será que essas pessoas tiveram acesso a tudo? A todos os tipos de cuidado? Será que nós oferecemos tudo que poderíamos oferecer? Eu fico pensando que há um buraco aí, tecnicamente falando. Mesmo que a família acredite que seja importante, mesmo o técnico, o médico, o psiquiatra entender que foram esgotadas possibilidades, eu me questiono, o que é tudo? Mas também não dou conta de tudo. É muito abrangente. Mas é uma pergunta que eu me faço. O que existe de mais possibilidade a fazer naquele caso? (P2); “nós estamos ali pra fazer a nossa análise técnica, então a gente vai colocar a nossa análise técnica, as hipóteses, aquilo que a gente observou, e se o juiz ouvir ou não ouvir, o que que agente pode contribuir mais”. (P3); **ser empático**: “o lado da família, né, fico empática, eu consigo me colocar empaticamente do lado da família. Mas eu vou sempre como técnica dizer que a gente precisa de outras coisas, dizer sempre que prender uma pessoa não é uma solução.” (P2); **acompanhar o dia a dia de clínicas; às vezes tem algumas que mantêm tudo sob muito controle**: “Eu queria de verdade estar dentro de uma clínica dessas, eu tinha essa curiosidade, de estar dentro de uma clínica pra ver o funcionamento, porque a gente tá de fora, porque a gente acompanha o produto que chega, estar lá pra ver, sei lá ficar uma semana; não sei se isso seria possível..., pra acompanhar tudo isso, eu quero tirar isso da minha cabeça; algumas é tudo muito sobre controle”. (P2); **posicionar-se profissionalmente, colocando o nosso ponto de vista**: “É porque a compulsória eles não deixam muita escolha pra nós, né? Mas a gente sempre coloca o nosso ponto de vista, independente deles ouvirem ou não”. (P3); **Humanização ao máximo possível nas práticas, já que a compulsória é por obrigação**: “humanizar o máximo possível; eu acho que o que é ruim da compulsória é que cai nessa questão da desumanização, ter que cumprir aquilo ali e agente fazer aquilo se cumprir a ferro e fogo.” (P3); **resistir à resistência da família, com a proposição de não internação e apresentação de outros caminhos**: “Teve até um caso aqui recente que o familiar queria porque queria que internasse a mãe, por causa de uso de álcool e a mãe chegava pra mim e falava assim: ‘olha eu não quero ser internada’, e o familiar dizendo ‘eu quero que interna’ e ao mesmo tempo eu falando assim, ‘olha há chance de fazer uma internação voluntária’, uma internação compulsória de uma pessoa que não quer ser internada, ainda mais pra dependência química, no retorno dela a gente vai perder essa paciente, ela não

*querer nem vir aqui. Então é muito difícil, [...]” (P4); **avaliar a prática na perspectiva da Luta Antimanicomial:** “olhar pra saúde mental pela lógica do movimento da Luta Antimanicomial.” (P4); “a gente não pode pensar política, ética, clínica, atuação, sem considerar a política de saúde mental e o lugar é esse que a gente está atuando. Então é assim, como que a gente a cada momento vai exercitando uma certa prática, uma certa lógica de cuidado.” (P4); **resistir à lógica manicomial e evitar a compulsória:** “uma resistência gigantesca de mandar qualquer pessoa pra internação.” (P4); **discutir casos com médico:** “quando tem uma internação até pro atendimento com a psiquiatra eu vou, pra discutir, pra sentar com ela, e falar assim, olha mas...” (P4); **ouvir pacientes, tecer essa ferramenta da internação com eles:** “considerando a política, a gente tem que ouvir o paciente, então assim, o paciente não quer... então a gente não pode internar. O que eu tento sempre fazer cada vez mais é tecer isso com o paciente.” (P4); **acolher familiares e pacientes:** “orientação tanto para o paciente de acolher esse paciente, de explicar todo o fluxo e de acolher as famílias e, muitas vezes, é de acolher muito as famílias, é esse o processo.” (P5); **ser verdadeiro:** “a gente não mente, não vou mentir para o paciente, então a gente faz esse papel de orientação mesmo, de dar seguimento no atendimento ambulatorial.” (P5); **com a compulsória já ocorrida, a preparação de familiares para o retorno, orientações durante internação:** “Mas quando acontece uma internação compulsória, o que eu penso que é uma intervenção do psicólogo, é preparar essa família pra receber essa pessoa. Porque quando ela volta, o problema continua aqui, o problema que fez com que ela fosse internada né. Tentar orientar bastante a família em como receber essa pessoa, talvez a comunidade, o PSF, acionar as redes possíveis que deveriam ser interligadas nessa situação.” (P6); **ter mais tempo e disponibilidade para atuar em atendimentos individuais e em grupos para fortalecer vínculos com pacientes (sentem a rotatividade e saída de profissionais – quebra de vínculo pode ser risco de baixa frequência nos serviços e desestabilização de pacientes):** “todas as internações poderiam ser evitadas se a gente tivesse tempo e disponibilidade; antes dessas pessoas passarem por internação compulsória, acho que daria pra evitar, porque ele estaria assistido por mais tempo, teria um tempo de conversar com a família, teria tempo de tirar essa pessoa dali pra ela fazer outra coisa; um trabalho dinâmico, uma atenção voltada por mais tempo, diretamente com o usuário, daria*

*certo. Evitaria internação compulsória. Acho que atendimento mais individualizado e contínuo com atendimento do psiquiatra mais vezes, outros profissionais também, com participação em grupo, seria evitado. Tempo pra ações mais pontuais, a gente vai pelo mais urgente... [Rotatividade de profissionais é uma questão?] Com certeza, porque já teve tanta troca de profissionais aqui... a gente sofre uma defasagem nas oficinas. Tem o apego dos pacientes com as perdas de profissionais.” (P6).*

**Fundamentação das ações em portarias e legislações atuais: fundamentada nas legislações, tanto a 10.216, quanto das portarias que orientam o profissional.** *“Em relação à internação compulsória a gente segue esse caminho, na verdade a gente nem precisou fazer ainda.” (P8); estudo e formação: “A RAPS me ajudou muito; Estudar enquanto se está na prática ajuda a ter segurança para tomar decisões.” (P8); “orientação popular/Trabalho no território: é não só ficar atrelado a uma clínica, mas principalmente também com a informação. As pessoas tem muita desinformação; se as pessoas não conhecem nem o SUS, que dirá a RAPS. Então, e aí, eu acho que o psicólogos, inicialmente na atenção básica, o que ele pode fazer que é primeiro passo, mas que é um grande passo, é informar as pessoas sobre a RAPS, sobre o funcionamento, sobre as possibilidades que existem antes de se pensar numa internação, informar sobre essa potencialidade do indivíduo também, porque às vezes as pessoas atrelam os problemas a um julgamento moral e aí só vê coisa negativa e acaba esquecendo dos pontos que a pessoa ainda consegue ter uma vida, porque existe uma vida ali.” (P7); “trabalhar com o território, trabalhar com as pessoas no território, trabalhar com a equipe também que tem uma desinformação e eu acho que esse é o principal ponto que pode atuar. Depois disso, com as pessoas mesmo, que com as famílias que estão buscando isso, buscar analisar de fato o que está acontecendo de verdade, porque esse julgamento moral, essa questão moral acaba cegando né as pessoas pra muita coisa que está acontecendo ali. E assim, na atenção básica o que eu mais vejo, assim é que as famílias na verdade.” (P7); **promoção da saúde:** *“promover saúde, acho que esse é o principal ponto. Não é nem dele ser o agente da saúde ali, porque acho que quando ele toma essa responsabilidade pra si, ele acaba limitando o funcionamento da atenção básica.” (P7); “Aí eu venho tentando fazer esse processo de promoção da saúde, junto com o familiar quando eles vem pedir internação.” (P4); **resistência para não ceder:** *“cabe a nós psicólogos e assistentes sociais***

*lembrar disso o tempo todo, porque é muito fácil a gente tomar o caminho oposto.”* (P4).

E, por fim, ao serem perguntados sobre como analisam todo esse processo das internações compulsórias em saúde mental, o que pensam e como acham que deveria acontecer, percebemos que os mesmos disseram sobre alguns desafios nessa prática cotidiana, quais sejam: **terceirização das famílias no processo de cuidado e resistência das mesmas às intervenções no território:** *“a família normalmente muito cansada do cuidado, querendo abrir mão, querendo terceirizar.”* (P2); *“Acaba que entende a nossa explicação como sendo uma negativa. Eu sinto que, algumas vezes, eles acham que a nossa explicação é uma negativa.”* (P2); *“só que eles querem do jeito dele, a família é um do que a gente tem como complicador aqui, que a família que do jeito deles.”* (P5); *“vejo muito numa perspectiva de transferência de responsabilidade, também, por parte das famílias, sabe. O que eu tenho observado bastante é que as famílias quando chegam pra gente elas não querem outras alternativas, elas já chegam querendo a compulsória, não querem um acompanhamento psicológico, não quer o acompanhamento psiquiátrico mais perto ali, não quer... a gente encaminha pros outros serviços da rede para possibilitar outras ofertas de outras atividade, mas eles não querem. Não eu quero a internação.”* (P1); **desrespeito à atuação profissional:** *“Mas muitas vezes a gente é desafiado, xingado.”* (P5); *“Tem uns que saem daqui ansiosos ainda diante da situação que está passando com o familiar, mas tem um outro que saem eufóricos, querendo arrumar confusão com a gente mesmo.”* (P5); **questões na gestão do SUS que impacta os processos de trabalho:** *“Eu acho que como estão sucateando o SUS, principalmente as questões de CAPS, a gente tá com muita dificuldade de trabalho. Eu acho que a gente acaba caindo muito nessa questão. A gente tá com falta de oficinairo, daquela figura mais permanente.”* (P2); **cultura do isolamento potencializado pela pandemia:** *“Eu acho também que a pandemia deu uma quebra grande no nosso funcionamento, nessa coisa do grupo, dos usuários estarem nas oficinas aderirem mais, desde que a gente saiu da pandemia, a gente não tem conseguido o número de participantes que a gente tinha antes, não que a gente precise de muito, mas agente tinha eles mais próximos para o cuidado. Se eles tem vindo menos eles estão melhores? Não! Nem sempre. Se eles estiverem sem vir e estão mais estabilizados,*

produzindo, trabalhando e tal ... mas não é isso que a gente vê. A gente percebe um afastamento mesmo; com a pandemia, acabou que muitas famílias gostaram disso e continuam muito isolados, restringiram muito acesso.” (P2); **cultura manicomial, potencializada por indústria da loucura:** “[você falou que tem alguns que chegam como essa referência. Que já internou fulano em algum lugar. Eles chegam com essas referências de quer essa clínica, esse lugar?] Sim, a demanda é sempre essa, ‘ah eu quero internar porque fulano, meu vizinho ficou internado na clínica tal, eles chegam com referência, e que tem que ser em tal clínica, ou se a pessoa já foi internada uma vez, quer internar na mesma clínica. Então assim, a gente sofre umas pressões aqui.” (P5); **desconhecimento da população sobre SUS e sobre a RAPS:** “mas eu percebo aqui esse incômodo, essa sensação de que é uma coisa que é raro chegar, mas que existe também muito desconhecimento e uma certa brutalidade, assim eu até falo, porque vai direto pra internação e quando você vê nos discursos já é uma coisa de resolver um problema, de ver a pessoa como um problema, ou até mesmo como uma punição.” (P7); **estigma da loucura e preconceitos dos próprios profissionais de saúde:** “reforça aquela visão que te falei, chega na unidade com algum sintoma de uso de álcool, então já tem um olhar preconceituoso, então não tinha encaminhamento da equipe não, não teve uma tratativa não, parecia que era só mesmo pra cuidar (ela tava tomando umas injeções porque ela contraiu alguma doença, alguma infecção, então ela ia lá, algumas vezes, mas quando ia, fazia aquele atendimento pontual e ia embora. [Era o olhar pra questão clínica e não pra questão de saúde mental].” (P7); “CAPS aqui, por enquanto, não tem as oficinas ainda, é basicamente um ambulatório de psiquiatria, então, acaba ficando dentro dessa lógica de internação mesmo, e tudo mais...” (P7); **resistências da rede intersetorial para as novas diretrizes da saúde mental:** “Quando a gente foi conversar com a assistência, nós arrumamos inimizade. Começaram a falar lá na hora mesmo, isso é muito bonito no papel, mas não funciona, aí eu disse, é realmente, é bonito.” (P8); **organização de processos de trabalho na lógica da atenção psicossocial:** “não tô diretamente no acolhimento” (P1); **ICSM como processo violento:** “mesmo que temporariamente isso tem um custo, isso tem um dano emocional imenso porque é assim, a gente tem ciência de internações compulsórias vai a polícia, que tem que segurar, que tem que amarrar! É à força!

Porque que se contar ele vai fugir. Não existe uma preparação, um diálogo pra isso, por isso que é compulsória! Mas isso de qualquer forma é traumático. Isso é violento. Eu assisti uma pra nunca mais e isso faz com que eu repense sempre as internações compulsórias.” (P2); **sensação de fracasso e impotência frente a questão:** “Tem esse sofrimento assim, e agente se sente um pouco fracassado entendeu. Essa pergunta que a gente faz, eu me faço sempre, paira no ar às vezes fica sem resposta essa pergunta, mas fica internalizada lá piscando... mas não sei.” (P2); **a internação não entendida como parte do cuidado por familiares:** “Até pq eles vêem a internação compulsória com uma certa lógica de internação e não necessariamente como um processo de cuidado, como alguma coisa que realmente vá surtir efeito. Eu vi que tem muito desconhecimento do familiar, então E quando o familiar entende! A internação é para estabilização?... Quando eles prestam atenção no que é o uso da droga, por exemplo, eles falam assim, mas vai estabilizar o que? Quando a gente começa a pensar que o maior problema não é o uso do álcool, não é o uso da cocaína, não é o uso da maconha e sim é o sofrimento, é a violência e tantas outras coisas que levam a isso. Aí o familiar, assim, Caraca! Então a gente vai ter que pensar outras alternativas, porque talvez não vá resolver.” (P4); **as questões sócio históricas sobre o estigma da loucura:** “Tem uma questão contextual histórica...” (P8); “Eu vejo a compulsória como último recurso sabe.” (P1); **atravessamento político:** “é um município politiquero, então isso é um desafio pra gente, porque vereador, vice prefeito, ou outros, gestores, tentam passar por cima disso.” (P1); **a luta diária antimanicomial:** “[A Luta Antimanicomial] de todos os dias, de todos os dias!” (P1); **a inexistência desse dispositivo (ICSM):** “não deveria existir.” (P2); **existência de aspectos negativos das ICSM:** “O aspecto negativo é que o paciente vai meio que a contrafeito, e a gente sabe que assim o internamento a contrafeito, ele é difícil porque a pessoa vai pra lá resistente e pouco aberto à mudança” (P3); é muito difícil, é muito desgastante, é muito desgastante, questão de transporte pra levar, outra pessoa pra acompanhar, não vou falar que é uma coisa fácil não, não é fácil, Mas é aquele negócio, nada é perfeito [...] Então é assim, um remédio amargo.” (P3); **formas e capilaridade do manicômio estrutural:** “Ao mesmo tempo, que a gente vai criar um dispositivo como o CAPS, no qual a gente vai criar uma lógica, de que as pessoas não devem ficar internadas, aí cria uma coisinha na



qual a gente fala assim, não a gente vai internar do jeito que agente quer. Até que ponto aquilo que é tão estrutural como o manicômio, vai se tornando tão líquido nessa sociedade moderna e tão capilarizado, que vai se criando instrumentos, até bem mais aceitos, e que funcionam na mesma lógica manicomial? Então, assim, até que ponto os manicômios, estão sendo dissolvidos, diluídos em certas lógicas de internações compulsórias.” (P4); “são novas modalidades de controle da loucura, novas modalidades de controle e de individualização de processos que são coletivos, que são sociais, econômicos, que são políticos; é muito mais fácil a gente achar e a gente acreditar que o tratamento para o alcoolismo e o tratamento pro crack é simplesmente internar uma clínica da mesma maneira.” (P4); **A ICSM é o fim de tantas outras coisas envolvidas:** “vamos discutir política de situação de rua, vamos discutir política de habitação, um monte de coisas, mas não internar uma pessoa porque ela não tem uma casa.” (P4); **questionamentos sobre os motivos pelas quais se mantêm as ICSM:** “Eu fico pensando o porquê tem. Porque a gente tem uma internação voluntária, uma involuntária e ainda tem uma compulsória.” (P4); “a compulsória, ela pra mim é uma forma de amenizar ou de tornar legal uma certa lógica. Colocar na mão de um juiz, colocar na mão de uma ideia de equipe, que na verdade não é a equipe que vai dar esse laudo, que vai colocar isso.” (P4); **ICSM como sinônimo de manicômio:** “O que um manicômio faz né, tirar a vivência do sujeito, tirar a fala do sujeito, tirar a autonomia do sujeito, porque acho que é exatamente isso. Então, fazer a mesma coisa que o manicômio faz tira a autonomia do sujeito.” (P4); **Contradições entre dizer que luta contra manicômio, mas defender as ICSM:** “Cabe a gente sempre pensar nessa prática e analisar assim porque, o porque ainda muita gente luta contra o manicômio, mas ao mesmo tempo muita gente solicita e ainda acredita que tem que fazer internação compulsória né!” (P4); **fortalecimento desses dispositivos no contexto atual:** “Eu acho que essa pesquisa é muito boa pra pensar isso, ainda mais nesse momento assim, que a gente tá vivendo no qual esses dispositivos estão se fortalecendo.” (P4); **motivações para não sustentação da lógica antimanicomial de cuidado:** “não é fácil sustentar isso no serviço, ou seja, tem que lidar com muita gente e fazer muitas apostas, com medo também, porque você tem que sobreviver, você vai acabar fazendo algo muito mais rápido, muito superficial e vai seguir uma certa lógica que não a de cuidado.” (P4); **desgastes emocionais para manter cuidado**

**antimanicomial:** *“Trabalhar com saúde mental é maravilhoso, mas é muito cansativo, porque a gente tem que estar sempre atualizando a lógica manicomial, porque é tudo muito forte pra gente ceder à lógica manicomial. [...] E tem gente que não consegue.”* (P4); **Só a psicoeducação não garante efetividade, necessário ampliar ações, inclusive para abarcar mais pessoas:** *“Então assim, faz a psicoeducação, faz, faz e não consegue ver a efetividade. Então, acho que dentro do serviço a gente pode ampliar mais isso, ter até um, vê se a gente consegue um retorno bom com o paciente aqui nas oficinas, só que a gente não consegue atender todos os públicos, porque hoje o público que a gente tem aqui são pessoas mais velhas. Então, e adolescentes?”* (P5); **ampliação de profissionais para composição de equipes multiprofissionais dos serviços da RAPS:** *“só tem eu de psicóloga aqui, então eu não consigo abraçar tudo, até as oficinas mesmo. Então aumentar o numero de profissionais seria uma hipótese, mas não profissionais médicos, profissionais da equipe multi, porque muitos tão precisando de acolhida, precisam de tempo juntos, só que a gente não consegue na nossa oficina abranger todo mundo.”* (P5); *“No geral, eu acho que não deveria ter, se tivesse profissionais pra dar conta disso. Se tivesse mais profissionais pra assistir ali de perto, pra dar uma atenção aos usuários, aos pacientes, essa rede maior de apoio, eu acho que não iria precisar da compulsória, nem de internação em clínica involuntária, somente da internação hospitalar pra que usasse a estabilização, como a gente tem usado. A compulsória não seria necessária.”* (P6); **imposição do saber médico:** *“tem a questão do médico que às vezes por a família tá ali ... vai,vai,vai.”* (P5); **ICSM e a perda dos vínculos no território de vida de sujeitos:** *“Eu vejo que na maioria das vezes é algo prejudicial, porque que volta da internação compulsória e volta estável, reclama muito, reclama que ficou ausente, quando chegou, as pessoas estavam diferentes. Tem um paciente que fala, ‘nossa meu pai não tinha que ter feito isso comigo’. Não tinha que ficado lá esse tempo todo... às vezes nem é internação compulsória, às vezes é internação em clínica religiosas, eu vejo que essas internações são prejudiciais porque as pessoas voltam como se elas perdessem, não é o sentido da vida, mas a autoridade deles, autonomia, dependente pra sempre, pra fazer isso tem que perguntar, tem que fazer isso pra agradar a família, como se ele deixasse de ser eles mesmos”. [Crítica ao tipo de serviço?] Na verdade, não é o tipo de serviço*

ofertado... É porque quando ele vai pra internação, ele deixa de fazer parte da sociedade, ele faz parte apenas daquela sociedade ali da internação. Então quando ela sai do vínculo dela ela não volta mais a mesma, até voltar de novo..." (P6); A centralidade de decisão na figura do juiz: "Pois é, assim é muito curioso como isso acontece, porque coloca na mão de um juiz. E se a gente tem dificuldade dentro de uma unidade de conversar com o médico, de tá ali trabalhando em rede, em equipe, e quem dirá ter um juiz ativo entendendo o que que tá acontecendo. E aí acho que isso é o principal ponto, quando coloca na mão de um judiciário, pronto, você acaba atropelando , eu tô procurando uma palavra aqui... acaba aniquilando todos os outros degraus dessa escala, os passos desses caminhos, mesmo que eles já tenham sido feitos, e aí eu to falando no sentido de lógica que já foi escrita, se a voluntária e a involuntária, utilizada como último recurso já não surtiram efeito, não trouxeram esse benefício, então porque, pra que fazer isso?" (P7); **ICSM um evento trágico e antiético:** "pra mim não tem uma função, acaba sendo trágico. a parte da equipe que utiliza isso dessa forma pra ganhar tempo, parece bastante antiético.". (P7); **Responsabilização e individualização de problemas que reforça a ICSM:** "Porque você ignora toda uma precariedade da assistência, da saúde e coloca todo esse problema nas costas do sujeito e pode ser algo que não tenha um retorno mais, que não tem como apagar da vida do sujeito mais." (P7); **ICSM tem sua função, mas uso atual é inadequado:** "A internação em si ela é a última opção, quando esgotadas todas... A internação compulsória é a última opção das internações, mas eu acho ela necessária porque existem muitos casos que as pessoas procuram, as famílias procuram e a situação já está muito critica, por questões de saúde e por envolvimento por questões legais." (P8); "Uso inadequado porque é a primeira opção, o juiz tem que mandar e quando o juiz manda tem que dar um jeito. Eu acho importante nos casos em que a pessoa está muito debilitada, que tem que internar pra desintoxicar mesmo." (P8).

## CONCLUSÃO

Na busca por compreender aspectos das ICSM em uma região de saúde do ES, incluindo questões que essa modalidade de internação ocasiona no fazer cotidiano de profissionais de Psicologia nos serviços municipais da RAPS, embarcamos nesta viagem. Ao longo do caminho da Política de Saúde Mental, há cruzamentos e uma das vias que cruza essa estrada é a prática jurídica, quando se aborda as ICSM.

Aproximando-nos mais desse local da estrada, com os instrumentos específicos de pesquisa e do campo da saúde, admitimos fatos que já eram conhecidos e descobrimos tantos outros, que permitem subsidiar ações estratégicas nas práticas do cuidado em saúde mental. Afinal, uma de nossas metas foi colaborar para o fortalecimento da RAPS e do movimento da Luta Antimanicomial, por isso acreditamos que elementos mostrados no estudo contribuem nesse feito.

Demonstramos com os resultados desta pesquisa, tanto pelos dados processuais, quanto pelas narrativas dos profissionais, situações que definimos como positivas e outras negativas no exercício das ICSM. Os resultados mostraram que todos os entrevistados lidam com a questão na atuação profissional, alguns mais, outros menos, e contribuíram de maneira valiosa com o estudo.

As situações negativas resultantes e problematizadas na análise dos dados podem ser entendidas como desafios. Desafios esses, que impactam tanto na quantidade, quanto na qualidade das solicitações de ICSM, ou seja, uma efetividade desse dispositivo. Nesse sentido, constatamos que a hipótese foi comprovada, pois vimos que tais desafios se referem à gestão e administração no SUS, à relação com o judiciário, à organização dos serviços de saúde mental, à cultura manicomial, bem como mentalidades manicomiais nas práticas de saúde mental e sociais, apesar das ICSM estarem amparadas pela Política Nacional de Saúde Mental, em sua principal legislação, a 10.216/2001.

Como desafios na gestão e administração do SUS, situações foram evidenciadas como o alto investimento financeiro no estado do ES em ICSM, apesar da região de saúde estudada ser a que menos demanda. Essa ainda é uma questão, na qual técnicos e profissionais da saúde precisam se debruçar, revisando estratégias de organização de processos de trabalho nos serviços e a integração

entre eles, de modo que se operacionalize a intersetorialidade, considerando a integralidade do cuidado, tão dispendiosa e difícil, pelo olhar de muitos profissionais. O estudo mostrou, com alguns exemplos práticos trazidos nas narrativas dos psicólogo(a)s que, quando há boa comunicação entre profissionais da rede de saúde e da rede intersetorial e a multiprofissionalidade atuando com os recursos do território de vida das pessoas em sofrimento mental, as ICSM enfraquecem.

No quesito gestão, tem municípios que precisam investir, de fato, na organização de equipes de saúde mental, que cuidem da área com a exclusividade e a prioridade necessárias para atualização dos fluxos e processos organizacionais da atenção psicossocial, uma vez que apenas ter serviços não garante a efetividade de práticas que permitam o fluxo da vida e não silenciamento das subjetividades. No ranking dos municípios maiores demandadores de ICSM, por exemplo, questionamos se a organização de processos de trabalho das equipes de saúde mental, serviços da RAPS insuficientes, poucos profissionais nas equipes de saúde mental e formação não continuada em saúde mental são fatores influenciadores na efetividade das demandas judiciais em saúde mental, e até a sua necessidade, de fato. As narrativas dos profissionais ratificam essas questões problematizadas nos resultados.

Na caminhada existem forças que incidem sobre o fenômeno e que entram em disputa. Há relações de poder estabelecidas nesse campo que ocorrem sobre fenômeno e o torna o que ele é hoje. O Panoptismo Social Foucaultiano reforça instituições de poder, neste caso, a justiça e a medicina. A avaliação do profissional médico descrita nos laudos analisados ditam normas sobre o tempo, a especificidade do “melhor” serviço, o “melhor” jeito de conduzir a internação do caso, o comportamento “inadequado” observado. Vimos que as descrições nesses laudos encontrados nos processos judiciais de ICSM na região não têm seguido definições importantes da nota técnica, e isso compromete a efetividade da atenção psicossocial na região, reforçando a lógica manicomial e hospitalocêntrica. Mais estudos seriam importantes para aprofundar essa discussão, principalmente analisando a associação entre os sintomas descritos.

Laudos com informações inconsistentes, incoerentes e em falta delas sobre as intervenções territoriais subsidiam essas decisões na região. E, o judiciário, por não ter competência clínica, por vezes, se submete ao que está sendo sugerido,

sem maiores questionamentos e ampliação de olhares frente aos casos, na busca de outros fatores pertinentes para embasar suas decisões. As narrativas demonstram essa concepção ao descreverem que há imposição do saber médico, ganhando status de soberania entre os outros profissionais e também com usuários e familiares.

Majoritariamente, a sociedade vê a loucura de maneira estigmatizada e intolerável e acham que a única forma de lidar com isso é a punição, o enclausuramento. Nesse aspecto, o “poder judiciário” personifica a lei, a ordem, a moralidade, a verdade; “proibida” de ser questionada em suas decisões, apesar de todos os avanços e esforços de democratização da justiça no Brasil. Há de se fazer valer a recomendação 31, utilizando – se das equipes especializadas na área para auxiliar os magistrados em suas decisões. Essa é uma construção e, assim, a estratégia vai se consolidando, sendo importante também complementar o estudo com análises das sentenças e instrumentos jurídicos utilizados correlacionando-os aos aspectos clínicos laudados.

Esse contexto nos remete aos desafios da relação com o judiciário e da cultura manicomial, bem como mentalidades manicomiais nas práticas de saúde mental e sociais.

A cultura antimanicomial compareceu impregnada nas posturas familiares frente ao pleito pela ICSM. Notamos nas narrativas uma entrega depositária de um cuidado pela família. Situações como o tempo a ser disponibilizado para o cuidado, a dinâmica da própria família, o foco apenas no sintoma e não no cuidado ampliado e outras podem explicar esses posicionamentos familiares. No acolhimento dessas famílias, parece que a internação não é entendida como parte do cuidado, e sim como punição, chegando ao desrespeito com os profissionais que se posicionam contrários aos seus desejos pela internação, relatam alguns profissionais entrevistados. Refletimos se esse é um sintoma da sociedade moderna, quando o intolerável, o diferente precisa ser punido e isolado e a ICSM está sendo utilizada como instrumento para esse fim.

Nos relatos dos profissionais de Psicologia constata-se um despreparo de profissionais de saúde que assumem o estigma da loucura e o preconceito implicando em exercício profissional em desconformidade com as ferramentas adequadas e as noções fundamentais para o cuidado em saúde mental. É o

manicômio estruturando práticas e formas de fazer saúde; ou seja, mentalidades manicomialis se concretizando em fazeres.

No campo da organização dos serviços de saúde mental, que toca em questões de gestão da saúde mental e do SUS nos municípios, tivemos alguns desafios apresentados nas narrativas do relato oral, que foram: a falta de diálogo intersetorial; a resistência da rede intersetorial para as novas diretrizes da saúde mental; a apropriação de outras secretarias da questão das ICSM; desinformações de familiares e sociedade em geral sobre o SUS e sobre a RAPS; sensação de fracasso e impotência profissional frente à questão; distorções nos objetivos das internações em saúde mental, por exemplo, internar por questões sociais; contradições entre o discurso e a prática de alguns profissionais; desgastes emocionais dos profissionais para sustentação da lógica do cuidado em liberdade; equipes multiprofissionais muito restritas e pequenas; atravessamentos políticos e as ICSM como processo violento.

Um desafio campo social foi apontado como novo causado pela Pandemia da COVID 19, que surgiu nesse contexto e acentuou o isolamento social, prejudicial às práticas de cuidado em saúde mental. Nessa experiência, alguns usuários e familiares se adaptaram, prejudicando a adesão dos mesmos aos cuidados propostos pelos serviços. Percebemos que a Pandemia pode ter sido fator de redução das solicitações das demandas judiciais de internações em saúde mental.

Entre os pontos positivos observados nas narrativas dos profissionais, destacamos: a garantia de acolhimento humanizado nos serviços, às famílias e aos usuários garantindo orientações adequadas, atualizadas e contextualizadas; o protagonismo de profissionais que compreendem a atenção psicossocial e são parceiros na Luta Antimanicomial; as mudanças já ocorridas nos municípios envolvendo a rede intersetorial e de saúde, compreendendo seus esforços e protagonismos no feito; o atendimento compartilhado nos serviços para as demandas de ICSM; a atuação conforme diretrizes clínicas e orientações atualizadas em saúde mental; a comunicação com as famílias, quando da liberação das vagas, processo que mudou com a NT e a regulação do NERI; estratégias de cuidado como visita domiciliar em equipe ou individual, além da medicação assistida; movimentos de interlocução com os órgãos da justiça e também com a rede intersetorial para efetivação dos fluxos, protocolos de saúde mental e trabalho em

rede; a realização do matriciamento em saúde mental na Atenção Básica; o estreitamento de vínculos entre profissionais de saúde e a psicologia.

Tanto os aspectos positivos, quanto os negativos são variáveis importantes para análise do desenvolvimento da prática das ICSM. Uma crítica que fazemos no estudo advém da similaridade encontrada nos discursos dos profissionais. Encontramos essa similaridade e refletimos se esse é um evento inerente à região ou estaria presente em outras regiões também? O recorte dos profissionais que estão no grupo condutor enviesou a pesquisa? E se fossem outras categorias profissionais, como seria o resultado? E se incluíssemos profissionais que não estão em participação nesse fórum de discussão regional da política de saúde mental, obteríamos os mesmos resultados comparativos? São dúvidas que surgiram e, portanto, novas variáveis possíveis para novos estudos.

Não obstante às situações positivas e negativas neste processo, os profissionais de Psicologia deixaram contribuições ao serem questionados sobre o que achavam das ICSM no contexto geral e como as idealizavam. Os profissionais imprimiram propostas, planos, projetos sobre as ICSM, que destacamos: as ICSM não deveriam existir, pois mostram mais aspectos negativos que positivos; é preciso ênfase no trabalho coletivo; a Psicoeducação é excelente estratégia na questão das ICSM; as solicitações de ICSM poderiam ser solicitadas e avaliadas por profissionais da Psicologia, não somente médico; é necessária uma auto avaliação técnica, pois a priorização de uma boa técnica garante a qualificação profissional; é importante ser verdadeiro, empático e humanizar as práticas em saúde; seria interessante o acompanhamento das Clínicas contratualizadas que ofertam esse serviço no Estado; é imprescindível o posicionamento profissional na perspectiva da Luta Antimanicomial; é preciso resistir à resistência das famílias com a proposta da não internação e outros a caminhos possíveis; precisamos evitar a compulsória resistindo à lógica manicomial; o cuidado precisa ser tecido com o paciente e não abrir mão disso; é importante preparação dos familiares para o retorno, tendo já ocorrida a internação compulsória; importante se ter mais profissionais e tempo disponível para realização dos atendimentos individuais às famílias e usuários; a fundamentação do trabalho nas legislações atuais é primordial e precisamos promover a saúde.



Diante do exposto, percebemos que as ICSM estão mais para uma pedra na caminhada da Reforma Psiquiátrica, do que um caminho nas pedras. Entendemos que as ICSM, como estão sendo operadas na saúde e na justiça, pouco têm contribuído para uma atenção psicossocial efetiva e o fortalecimento da RAPS e têm se mostrado mais à serviço da lógica manicomial e hospitalocêntrica. Essa foi a conjuntura confirmada nesse estudo: em analogia ao poema de Carlos Drummond de Andrade – não “tinha uma pedra no meio do caminho”, “essa pedra ESTÁ viva e potente no caminho”.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013a.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. 6 reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013b.

AZEVEDO, Américo Orlando; SOUZA, Tadeu de Paula. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, jul-set 2017, p. 491-510.

BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra; et al. Cuidado em saúde mental, risco e território: transversalidades no contexto da sociedade de segurança. Florianópolis: **Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, 2016, v. 20, n.59, p. 917-928.

BARTOLOMEI, Josiara Rabello; RESENDE, Laura Ferreira de. Judicialização da saúde e internações compulsórias de jovens usuários de drogas. **Revista Direito Sanitário**. São Paulo v.18 n.2, p. 92-111, jul./out. 2017. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/322562420\\_Judicializacao\\_da\\_saude\\_e\\_internacoes\\_compulsorias\\_de\\_jovens\\_usuarios\\_de\\_drogas\\_-\\_um\\_estudo\\_em\\_Espirito\\_Santo\\_do\\_PinhalSP](https://www.researchgate.net/publication/322562420_Judicializacao_da_saude_e_internacoes_compulsorias_de_jovens_usuarios_de_drogas_-_um_estudo_em_Espirito_Santo_do_PinhalSP). Acesso em abril de 2022.

BAUMAN, Zygmunt. **Globalização: as consequências humanas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2011.

\_\_\_\_\_. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental. Nº 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em abril de 2022.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm). Acesso em abril de 2022.

\_\_\_\_\_. **Portaria de Consolidação Nº 3 de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>. Acesso em abril de 2022.

\_\_\_\_\_. **Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992.** Define diretrizes e normas para atendimento ambulatorial no SUS; inclui NAPS/CAPS. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_224.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf). Acesso em abril de 2022.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial e suas modalidades de serviços. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em abril de 2022.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Republicada em 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em abril de 2022.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 3588 de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/portaria-gm-ms-no-3588-de-21-de-dezembro-de-2017>. Acesso em abril de 2022.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012.** Define tabela de procedimentos de caps. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854\\_22\\_08\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html). Acesso em abril de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em abril de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Pandemia de Covid 19.** Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/saude-mental-e-a-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em abril de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1559 de 01 de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema único de Saúde – SUS. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html). Acesso em outubro de 2022.

CAPONI, Sandra. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Vol.14, n. 01, janeiro-fevereiro, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Documento: repúdio à nota técnica “nova saúde mental”**. 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/>). Acesso em abril de 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. Relatório Analítico Propositivo Justiça Pesquisa: Departamento de Pesquisas Jurídicas do Conselho Nacional de Justiça. Instituto de pesquisa e Ensino - INSPER. Brasília, 2019.

\_\_\_\_\_. **Democratizando o acesso à justiça** Flávia Moreira Guimarães Pessoa (Org.). Brasília, CNJ, 2020.

\_\_\_\_\_. **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

\_\_\_\_\_. **Recomendação nº 31 de 31 de março de 2010**. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior e eficiência na solução de demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.

COUTO, Maria Cristina Ventura. **Política de saúde mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012. Disponível em: <http://obidig.ufrj.br/52/teses/796154.pdf>. Acesso em outubro de 2022.

DADALTO, Carolina Fonseca. **Cuidado de si e a produção de artesãos de vidas: narrativas no campo da saúde mental**. 1.ed.Florianópolis: Habitus, 2018.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio da. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. São Paulo: **Revista de Psicologia da UNESP**. Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 2007; v. 06, n. 01, p. 60-79.

DUARTE, Carolina Gomes; et.al. **Internação psiquiátrica compulsória: a atuação da defensoria pública do estado de São Paulo**.<https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/20/10artigo.revista2012.pdf>. Acesso em abril de 2022.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Subsecretaria de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde. **Diretrizes Clínicas em Saúde Mental**. Espírito Santo: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização 2011**.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização 2020**. Resolução CIB nº 153 de 08 de dezembro de 2020.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Vitória, 2019. Disponível em: <https://saude.es.gov.br>. Acesso em outubro de 2022.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2022 SESA/SSAS/GEPORAS/NEAE/Saúde Mental, de 09 de maio de 2022**. Disponível em <https://saude.es.gov.br/saude-mental>. Acesso em outubro de 2022.

FATURETO, Maria Lucia Piccinato; PAULA-RAVAGNANI, Gabriela Silveira de; GUANAES-LORENZI, Carla. O manejo da internação psiquiátrica compulsória por profissionais de saúde em seu cotidiano. São Paulo: Ribeirão Preto. **Revista Psicologia e Sociedade**, 2020, v.32, p. 1-16 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/9y8ThQPwLNYbbtyRWcmVDQb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: abril de 2022.

FERRÃO, R.G.; FERRÃO, L.M.V. **Metodologia Científica para iniciantes em pesquisa**. 4. Edição. Vitória, ES: Incaper, 2012.

FERREIRA, Ângelo Mazzuchi Santana. **O Ministério Público diante da procura por internações Psiquiátricas**. Ministério Público do Paraná. Disponível em: <[https://mppr.mp.br/arquivos/File/Projeto\\_Semear/Materiais\\_de\\_Apoio/Doutrina/Artigo\\_O\\_MINISTERIO\\_PUBLICO\\_DIANTE\\_DA\\_PROCURA\\_POR\\_INTERN.pdf](https://mppr.mp.br/arquivos/File/Projeto_Semear/Materiais_de_Apoio/Doutrina/Artigo_O_MINISTERIO_PUBLICO_DIANTE_DA_PROCURA_POR_INTERN.pdf)>; Acesso em 09 de junho de 2021.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. Título do original em francês Histoire de la Folie à l'ÂgeClassique. Coleção Estudos Dirigida por J. Guinsburg. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

\_\_\_\_\_. **A verdade e as formas jurídicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Nau, 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JESUS, Aideivaldo Fernandes de. **Saúde mental no contexto da realidade brasileira: as peripécias de uma Equipe Multiprofissional**. 2. ed.; Curitiba: Appris, 2017.

LIMA, Danielle Cristina; et.al. **A arte do inconsciente**. Cariacica, ES: Ed. Dos Autores, 2022.

MUSSE, Luciana Barbosa; PESSOA, Olivia Alves Gomes; SOUZA, Selma Leite do Nascimento Sauerbronn. **Entre judicialização e juridicização: por um Ministério**

Público resolutivo nas políticas públicas de saúde mental. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. - Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , novembro 2019.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A saúde mental pelo prisma da saúde pública. Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: Saúde Mental - nova concepção, nova esperança. Genebra: OPAS/OMS, 2001.

PELBART, Peter Pál. **A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1993.

RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

RESENDE, Heitor. **Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica**. In: Cidadania e Loucura — Origens das políticas de Saúde Mental no Brasil. Costa, Nilson do Rosário e Tundis, Silvério (org.), Petrópolis, Abrasco/Vozes, 1987.

RIGOTTO, Raquel Maria. As técnicas de relatos orais e o estudo das representações sociais em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), 1998, v. 03, n. 01, p. 116-130. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dG7sYWRwKx9NCvWDS5RDZXx/abstract/?lang=pt>. Acesso em junho de 2022.

ROSSI, André; PASSOS, Eduardo. Análise Institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Revista EPOS**; Rio de Janeiro – RJ, v. 5, n. 01, jan-jun de 2014, p. 156-181.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; JÚNIOR, José Patrício Bispo. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Revista Cadernos de Saúde Pública**. Vitória da Conquista: Instituto de Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, 2021, v. 37, n. 3, p. 1-16.

SEIXAS, André Augusto Anderson; MOTA, André Mota; ZILBREMANN, Monica L. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 2009; 31(1):82. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/K3G7Y6MPKHQmdbhtsCytBZx/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 27 jun 2021. Acesso em abril de 2022.

SCHNEIDER, Alessandra Ritzel dos Santos. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Revista Ciência & Saúde**. Porto Alegre, v. 2, n. 2, jul./dez. 2009. p. 78-84.

SILVA, Ellayne Karoline Bezerra. Política de saúde mental no Brasil: alguns apontamentos. **Revista Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n.53, p., jan./jun. 2019.

WELLS, R. H. C. et al. **CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo: EDUSP, 2011.

## ANEXOS

### ANEXO A – PARECER TÉCNICO DE APROVAÇÃO DA PLATAFORMA BRASIL



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS EM SAÚDE MENTAL: ¿CAMINHO NAS PEDRAS¿ OU ¿PEDRAS NO CAMINHO¿?

**Pesquisador:** CARLA NEIVA ARAGAO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 63040122.7.0000.8207

**Instituição Proponente:** INSTITUTO VALE DO CRICARE LTDA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.728.382

##### Apresentação do Projeto:

A pesquisadora apresenta em seu resumo do projeto: “Esse estudo tem a sua temática principal inserida no âmbito da Política de Saúde Mental. Especificamente, as internações compulsórias, como instrumento jurídico presente no campo das práticas em Saúde Mental, na sua interface com as práticas jurídicas. Pretende-se estudar esse fenômeno na região de saúde norte do Estado do ES. Busca-se investigar como têm se dado as internações compulsórias em saúde mental na referida região saúde deste Estado; se as mesmas têm seguido os padrões estabelecidos pelas legislações vigentes, de modo a contribuir para uma atenção psicossocial efetiva e o fortalecimento da rede de atenção psicossocial (RAPS), ou têm contribuído para reforçar a lógica manicomial e hospitalocêntrica; o que os profissionais de Psicologia, inseridos nos serviços que compõem a RAPS, tem a relatar sobre as internações compulsórias psiquiátricas e quais os desafios que as internações psiquiátricas compulsórias impõem a esse profissional inserido na RAPS. O poema de Carlos Drummond de Andrade ‘Pedras no Caminho’ é a inspiração para a analogia com o fenômeno, e pretendemos compreender na conclusão do estudo se esse instrumento jurídico tem se tornando uma ‘pedra’ na caminhada da atenção psicossocial, que é antimanicomial, baseada na ética do cuidado e integral, ou não, sendo parte dessa caminhada das reformas sanitária e psiquiátrica. Levantaremos dados de processos judiciais das internações psiquiátricas de 2019 e 2020, obtidos no sistema de registro estadual acessado pelo setor de mandados judiciais da Superintendência Regional de Saúde. Tais dados serão categorizados para

**Endereço:** Rua Humberto de Almeida Franklin, nº 217  
**Bairro:** UNIVERSITARIO **CEP:** 29.933-415  
**UF:** ES **Município:** SAO MATEUS  
**Telefone:** (27)3313-0000 **E-mail:** cep@ivc.br



Continuação do Parecer: 5.728.382

análise. Faremos, também, conversa com profissionais de psicologia inseridos da Rede de Atenção Psicossocial dos municípios que compõem a região de saúde. Por meio de seus relatos orais sobre o tema, seguiremos a análise buscando 'analísadores', conceito da Psicologia Institucional. A pesquisa, portanto, será de campo, bibliográfica e documental. Ao seu término, pretendemos que o estudo colabore para que se compreenda aspectos das internações compulsórias nesta região de saúde do Estado e os desafios que essa modalidade de internação impõe à prática do profissional de Psicologia nos serviços que compõem a RAPS nessa região. Longe de esgotar o estudo, a intenção é que o mesmo possa contribuir para mais estudos no tema, provocar o diálogo e a aproximação entre profissionais da saúde mental e do judiciário e reafirmar o compromisso da Psicologia com a Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial e o Fortalecimento da RAPS".

#### **Objetivo da Pesquisa:**

A pesquisadora apresenta como objetivo primário:

. "Compreender aspectos das internações compulsórias em saúde mental na Região de Saúde norte do Estado do Espírito Santo e os desafios que essa modalidade de internação impõe à prática do profissional de Psicologia nos serviços que compõem a RAPS nessa região de saúde".

A pesquisadora apresenta como objetivos secundários:

- . "Apresentar o panorama regional das internações compulsórias em saúde mental;
- . Ampliar conhecimento na atenção psicossocial;
- . Demonstrar os desafios no campo das internações compulsórias em saúde mental;
- . Provocar o diálogo e a aproximação entre profissionais da saúde mental e do judiciário;
- . Reafirmar o compromisso da Psicologia com a Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial e o Fortalecimento da RAPS".

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Conforme a pesquisadora "Risco 1: O sistema estadual 'travar' Solução apontada: acessar as pastas de cada pessoa arquivada pelo setor de mandados judiciais (toda a documentação do processo é 'baixada' do sistema e arquivadas em pastas individuais, nominais no computador do setor) Risco 2: Recusa de profissionais na participação do relato oral Pretende-se convidá-los e se não houver interesse por parte de alguns não prejudicará a realização da pesquisa. Contaremos com os voluntários que se dispuserem ao estudo. Risco 3: Atrasos para iniciar a pesquisa de campo por questões documentais necessárias poderão ocorrer atrasos. Iniciaremos a pesquisa

**Endereço:** Rua Humberto de Almeida Franklin, nº 217  
**Bairro:** UNIVERSITARIO **CEP:** 29.933-415  
**UF:** ES **Município:** SAO MATEUS  
**Telefone:** (27)3313-0000 **E-mail:** cep@ivc.br





Continuação do Parecer: 5.728.382

somente após a aprovação do Comitê de ética, principalmente por tratar-se de pesquisa que envolve humanos”.

**Benefícios:** Conforme a pesquisadora “Melhor compreensão do fenômeno de modo a colaborar com as práticas em saúde mental nos serviços regionais da RAPS; incentivar mais estudos sobre o fenômeno; contribuições para aproximação entre profissionais da saúde mental e do judiciário; reafirmação do compromisso da Psicologia com a Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial e o Fortalecimento da RAPS”.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de caráter acadêmico, realizado para obtenção de título de bacharel em Psicologia no Centro Universitário Vale do Cricaré. Serão 15 participantes, sendo eles psicólogos da RAPS, no município de São Mateus – ES. Pesquisa documental no sistema da Superintendência Regional da Saúde. Apresenta um orçamento de R\$ 0,00. Conforme cronograma apresentado no PB – Informações básica do projeto – a pesquisa de campo está prevista para o mês de outubro de 2022.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações”

**Recomendações:**

Vide campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações”

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

. Documentos apresentados:

- \_ TAIC – documento assinado por gestor responsável;
- \_ TCLE – documento dos participantes;
- \_ TCUDP – documento assinado por gestor responsável;
- \_ Projeto detalhado;
- \_ Cronograma de ações (documento a parte);
- \_ Roteiro de entrevista com os profissionais.

**Endereço:** Rua Humberto de Almeida Franklin, nº 217  
**Bairro:** UNIVERSITARIO **CEP:** 29.933-415  
**UF:** ES **Município:** SAO MATEUS  
**Telefone:** (27)3313-0000 **E-mail:** cep@ivc.br



Continuação do Parecer: 5.728.382

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/13, item XI 2.d.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1973178.pdf	04/10/2022 10:20:17		Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	CRONOGRAMAATUALIZADOERISCOS DEARMAZENAMENTODEDADOS.pdf	04/10/2022 10:18:45	CARLA NEIVA ARAGAO	Aceito
Outros	TCUDPCARLAARAGAO.pdf	04/10/2022 10:12:11	CARLA NEIVA ARAGAO	Aceito
Outros	ROTEIROENTREVISTARELATOORAL PROFISSIONAISPSI.pdf	24/08/2022 16:46:10	CARLA NEIVA ARAGAO	Aceito
Outros	TERMOAUTORIZAÇÃOINSTITUICAOC OPARTICIPANTE.pdf	24/08/2022 16:44:36	CARLA NEIVA ARAGAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/06/2022 09:06:48	CARLA NEIVA ARAGAO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISACarlaNeivaAragao.pdf	29/06/2022 08:27:47	CARLA NEIVA ARAGAO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoCarlaNeivaAragao.pdf	29/06/2022 08:26:36	CARLA NEIVA ARAGAO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO MATEUS, 27 de Outubro de 2022

Assinado por:  
José Roberto Gonçalves de Abreu  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Humberto de Almeida Franklin, nº 217  
Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 29.933-415  
UF: ES Município: SAO MATEUS  
Telefone: (27)3313-0000 E-mail: cep@ivc.br

## ANEXO B – NOTA TÉCNICA Nº 11/2022



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde



**NOTA TÉCNICA Nº 011/2022 SESA/SSAS/GEPORAS/NEAE/SAÚDE MENTAL**  
**Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde**  
**Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde**

**Recomendações à respeito de internações em saúde mental na rede própria e complementar do SUS, no âmbito do Estado do Espírito Santo.**

## **1. INTRODUÇÃO E OBJETIVO**

O principal instrumento normativo-legal para internações em saúde mental é a **Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre os direitos da pessoa com transtorno mental e define, em seu Artigo 6º, parágrafo único, as modalidades de internação, que podem ser: a) voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; b) involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e, c) compulsória: aquela determinada pela justiça.**

Cabe esclarecer os direitos assegurados na Lei nº 10.216/2001 também se aplicam às pessoas que possuem demandas de saúde oriundas do uso problemático de substâncias psicoativas.

Em seu Artigo 4º, essa Lei também postula que a internação é medida excepcional e *“em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”*.

A princípio, pela leitura do trecho citado da Lei nº 10.216/2001, já fica claro a excepcionalidade da medida de internação psiquiátrica que, enfatizando, só será indicada quando todas as intervenções disponíveis no âmbito territorial, inseridas na comunidade e sem necessitar de afastamento do usuário de seu convívio sócio-familiar, não forem suficientes para garantir o cuidado para o usuário e sua família. O cuidado em âmbito territorial deve ser garantido pelo município de residência do usuário e sua família, cabendo ao gestor local a organização de sua rede de saúde de modo a atender às demandas de seu território, que pode se desenvolver, por exemplo, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESMs) e/ou na Atenção Primária à Saúde (APS). Os pontos de atenção devem atuar de maneira integrada, com acionamento da rede intersetorial sempre que indicado, como a Assistência Social, Educação, Cidadania, Direitos Humanos, dentre outros.

O objetivo desta Nota Técnica é recomendar e orientar serviços e profissionais de saúde e rede intersetorial do estado do Espírito Santo e seus municípios quanto à internação para os casos de transtornos mentais e/ou comportamentais, inclusive os decorrentes do uso problemático de substâncias psicoativas. Esta Nota Técnica substitui a Nota Técnica 03/2019 – Saúde Mental.

## **2. RECOMENDAÇÕES**

### **2.1 Sobre as finalidades das internações em Saúde Mental**

O paciente em saúde mental que necessita de internação no leito é aquele portador de transtornos mentais e comportamentais incluindo os decorrentes do uso problemático de substâncias psicoativas

As internações em saúde mental devem ser sempre medida excepcional, realizadas apenas quando realmente necessárias para estabilização do quadro e amenização do sofrimento psíquico do usuário do SUS, quando esgotadas as demais possibilidades de cuidado e tratamento no território, e devem ocorrer pelo menor período possível, respeitando a singularidade que cada caso requer.

No que se refere ao tempo, a Portaria SESA Nº 90-R DE 13/10/2014, em seu Art. 8º traz que “A permanência do paciente na instituição será pelo menor tempo possível, de no máximo 2 (dois) meses, com a possibilidade de uma só prorrogação por mais1 (um) mês, sob justificativa conjunta das equipes técnicas da instituição e do CAPS de referência, Equipe de Referência de Saúde Mental ou equipe da Atenção Básica, que tiver recomendado a internação, conforme Artigo 4º, inciso III.

A Lei Federal nº 13.840, de 05 de junho de 2019, trata do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) e, entre outros pontos, dispõe sobre a internação para “tratamento do usuário ou dependente de drogas”, em seu Artigo 23-A. Além de reafirmar os princípios da Lei nº 10.216/2001, estabelece dois tipos de internação: voluntária e involuntária. Na internação involuntária, além do esgotamento dos recursos extra-hospitalares e dos requisitos que devem constar do laudo médico, é *mister* observar que deve perdurar apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável. A Lei também garante o sigilo das informações e veda qualquer modalidade de internação em Comunidades Terapêuticas.

### **2.3 Requisitos para solicitação de internações em Saúde Mental**

#### **2.3.1 Internações em saúde mental como último recurso de cuidado**



Ao solicitar uma internação em saúde mental, é imprescindível que se observe se os recursos de saúde existentes no território onde se encontra o paciente foram devidamente acionados e implicados no cuidado ao paciente: Unidade de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), CAPS, EMAESM e Equipe de Referência em Saúde Mental (ERSM), por exemplo. Recorrer à internação sem que estes dispositivos tenham sido acionados e implicados no caso, ou ainda, como forma de suprir uma lacuna assistencial que pode existir em alguns territórios é grave violação dos direitos dos sujeitos.

### 2.3.2 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

A fim de garantir o cuidado integral ao usuário, recomenda-se a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) pela equipe de saúde do território, em conjunto com o usuário, sua família, comunidade e a rede intersetorial.

O PTS consiste numa ferramenta de organização e sistematização do cuidado que deve considerar a singularidade do sujeito e a complexidade de cada caso, ou seja, um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para um indivíduo, família ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. É importante que casos mais difíceis, com maior gravidade e complexidade sejam priorizados para a construção de um PTS, e que a internação, se necessária, esteja prevista neste documento.

O cuidado territorial junto à família e ao paciente durante a internação e após a alta é imprescindível para a formação de vínculos e seguimento do cuidado, podendo evitar cronificação dos quadros e as sucessivas reinternações, características do que alguns autores chamam de “Síndrome da Porta Giratória”, bem como iatrogenia, por exemplo.

### 2.3.3 Laudo médico circunstanciado e atualizado

A Lei nº 10.216/2001 preconiza que toda internação só será autorizada mediante laudo médico circunstanciado e atualizado que caracterize seus motivos. **O laudo médico circunstanciado deve conter informações que permitam ao médico regulador identificar as necessidades de saúde do paciente, definindo o leito a ser disponibilizado de acordo com critérios clínicos e classificação de risco, e informações que permitam ao médico assistente da instituição que receberá o paciente conhecer dados básicos e iniciais sobre o histórico e situação atual do paciente, apoiando sua decisão terapêutica.** Dessa forma, recomenda-se que o laudo médico circunstanciado contenha:

- a) Identificação do paciente: nome, idade, gênero;
- b) Hipótese diagnóstica de acordo com o CID-10;
- c) Descrição do quadro atual de saúde, incluindo a existência de comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas, bem como internações pregressas, se houver;

- d) Consequências que o quadro acarreta na saúde do paciente ou risco para terceiros, quando houver;
- e) Abordagens terapêuticas e medicamentosas já utilizadas;
- f) Indicação expressa da modalidade de internação solicitada: voluntária ou involuntária;
- g) No caso de internação motivada pelo uso de drogas, informar: avaliação sobre o tipo de droga utilizada e o padrão de uso.
- h) Identificação do médico, com assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM-ES), e data de emissão.

O laudo médico deve ser legível e deve estar atualizado. Recomenda-se que tenha sido emitido há, no máximo, 90 (noventa) dias.

Faz-se necessário a identificação de referência familiar ou responsável pelo paciente: nome e grau de parentesco e telefone de contato (registrar quando não houver referência familiar).

#### **2.3.4 – Relatório Multidisciplinar**

É importante que as unidades solicitantes de internação em saúde mental encaminhem também relatório multidisciplinar constando as intervenções realizadas pelo serviço de saúde mental do município, que justifique a necessidade da internação, com descrição do quadro de saúde mental de modo a auxiliar na classificação de risco em saúde mental e regulação do leito.

A Portaria da SESA 090-R discorre sobre a apresentação da avaliação interdisciplinar descrevendo as medidas terapêuticas de abordagem do caso até o momento, emitida pelo Centro de Atenção Psicossocial - CAPS do município de residência do paciente, quando os municípios contarem com esse serviço. Em municípios que não possuam CAPS, a avaliação interdisciplinar poderá ser emitida por Equipe de Referência de Saúde Mental ou equipe da Atenção Básica de Saúde do município, sempre descrevendo as medidas terapêuticas já adotadas, para tratamento do caso.

#### **2.4 – Solicitação de internação em Saúde Mental ao Núcleo Especial de Regulação de Internações (NERI/SESA)**

No Estado do Espírito Santo, as solicitações de internação em saúde mental devem ser dirigidas ao Núcleo Especial de Regulação de Internações (NERI), da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), cujo acesso pode ser feito via sistema de regulação (MvReg) para os serviços cadastrados como unidades solicitantes, fazendo-se necessário a inserção de todos os dados do paciente no sistema, inclusive o laudo médico circunstanciado, relatório constando as intervenções realizadas pelo serviço de saúde mental do município e telefone de contato do responsável.

É fundamental que cada município tenha ao menos uma unidade solicitante de internação em saúde mental. Para cadastramento desta(s), deve-se enviar solicitação via e-mail para [cadastreregulacao@saude.es.gov.br](mailto:cadastreregulacao@saude.es.gov.br).

A disponibilização do leito é feita por médico regulador devidamente investido de autoridade para esse fim, a partir da análise do perfil do paciente (tipo de leito que necessita) e classificação de risco, realizada de acordo com Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental, disponível na [página eletrônica da SESA \(https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/PROTOCOLO%20CLASSIFICACAO%20DE%20RISCO%20EM%20SAUDE%20MENTAL.pdf\)](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/PROTOCOLO%20CLASSIFICACAO%20DE%20RISCO%20EM%20SAUDE%20MENTAL.pdf).

Após solicitação de internação, a unidade solicitante deve atualizar o quadro de saúde do paciente a cada sete (07) dias no sistema MV Reg, após um escuta e avaliação do usuário de saúde mental, com as seguintes informações:

- Quadro psicopatológico atual (súmula); medicações em uso.
- Quadro clínico geral: anamnese, exame físico atual.

Será priorizada a regulação para leitos da rede própria do SUS, seguido de Hospitais Filantrópicos contratualizados com a SESA, e entidades privadas credenciadas.

## **2.5 Sobre a responsabilidade dos estabelecimentos de saúde solicitantes de internações em saúde mental realizarem o transporte sanitário dos pacientes**

A responsabilidade pelo fornecimento do transporte e chegada do paciente ao leito regulado, bem como de retorno ao território, é do município solicitante, de modo que o processo regulatório deve ser estabelecido no âmbito municipal e/ou regional.

Casos de urgência devem ser encaminhados aos pontos de atenção de urgência e emergência, e os que forem portas de entrada podem autorregular leitos existentes em suas unidades.

## **2.6 Internação Compulsória**

Importante frisar que a internação compulsória é determinada pela justiça. Não cabe, portanto, ao profissional de saúde solicitar essa modalidade de internação. Como já exposto, o profissional de saúde solicita a internação voluntária ou involuntária; apenas a Justiça define que uma internação seja compulsória, ainda que o faça motivada por solicitação da saúde.

No intuito de orientar o cumprimento desses requisitos legais, a SESA publicou, em 14 de outubro de 2014, a Portaria Estadual Nº 090-R, que em seu Artigo 4º postula que as requisições de internação deverão observar o seguinte:

I - Ser o paciente portador de transtorno mental grave com quadro desestabilizado, oferecendo risco de vida para si ou para terceiros, ou estar em uso abusivo e prejudicial de álcool, crack ou outras drogas;

II - Apresentar laudo médico circunstanciado e atualizado, constando a hipótese diagnóstica e a indicação da necessidade de internação; e

III - Apresentar avaliação interdisciplinar descrevendo as medidas terapêuticas de abordagem do caso até o momento, emitida pelo Centro de Atenção Psicossocial – CAPS do município de residência do paciente, quando os municípios contarem com esse serviço. Em municípios que não possuam CAPS, a avaliação interdisciplinar poderá ser emitida por Equipe de Referência de Saúde Mental ou equipe da Atenção Básica de Saúde do município, sempre descrevendo as medidas terapêuticas já adotadas, para tratamento do caso.

Como se pode depreender de sua leitura, a referida Portaria não cria novas regras para as internações em saúde mental, apenas orienta o adequado cumprimento dos requisitos já definidos na Lei nº 10.216/2001.

Aos operadores do direito, quando da necessidade de intervenção para a garantia de internação, sugere-se que observe atentamente a existência dos requisitos acima listados, observando que a inexistência ou insuficiência de recursos para a realização de outras abordagens terapêuticas no âmbito territorial não deve ser utilizada como justificativa para a solicitação de internação, uma vez que fere o direito do paciente de ser tratado preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental, também disposto na Lei nº 10.216/2001.

A resposta a essa demanda por meio da determinação de internação compulsória pode gerar nos envolvidos a sensação de que o problema foi resolvido, o que não passa de uma ilusão provisória. Estudos como o do psiquiatra Dartiu Xavier da Silveira, professor da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e diretor do Programa de Orientação e Assistência a Dependentes (Proad), mostram que a internação de um dependente químico contra sua vontade é eficaz em apenas cerca de 2% dos casos, o que significa que para os 98% restantes é gerado um ciclo de reinternações e de mais sofrimento para os indivíduos, tanto para os pacientes internados quanto para suas famílias.

Alimenta-se assim um ciclo vicioso que tende a não encontrar um fim a não ser que todos os atores se sintam convocados a buscar alternativas mais eficazes de cuidado: o usuário não recebe o acompanhamento adequado que previna o agravamento de seu quadro – determina-se a internação compulsória – após a alta, o usuário não encontra apoio terapêutico no local de sua residência – o usuário volta a apresentar piora em seu quadro de saúde – e família volta a buscar auxílio no sistema de garantia de direitos.



Já atento a essa problemática, o Conselho Nacional de Justiça, na I Jornada de Direito da Saúde do em 15 de maio de 2014 (São Paulo, SP), fez constar entre os Enunciados de Saúde Pública o seguinte:

#### ENUNCIADO N.º 1

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

#### ENUNCIADO N.º 3

Recomenda-se ao autor da ação, a busca preliminar sobre disponibilidade do atendimento, evitando-se a judicialização desnecessária.

A sugestão de que os operadores do direito também observem se houve solicitação prévia da internação, pela via administrativa, não visa ocasionar morosidade do processo, mas garantir que os casos possam passar por uma avaliação e discussão técnica antes de se proceder a uma medida extrema como a internação. Por exemplo: diante de uma solicitação de internação, o médico regulador pode questionar algum procedimento ou solicitar mais informações à unidade solicitante, possibilitando que melhor avalie o caso e o recurso a ser disponibilizado.

Faz-se relevante ainda lembrar que o Tribunal de Justiça do Espírito Santo publicou o Ato Normativo nº 57/2013 que dispõe que a liberação do paciente internado fica condicionada ao critério médico de alta hospitalar e não condicionada a ulterior deliberação do Juízo que proferiu a decisão.

É importante que fique claro que todas essas medidas não visam dificultar ou restringir o acesso do usuário ao sistema de saúde, mas, pelo contrário, visam evitar práticas de internação sem critérios clínicos definidos numa avaliação cuidadosa e assegurar o direito dos usuários ao tratamento, preferencialmente no âmbito territorial. Não constituem, portanto, mero formalismo, nem intentam burocratizar práticas de cuidado em saúde, mas buscam garantir a observância dos direitos fundamentais da pessoa com transtorno mental e consistem numa ferramenta que visa favorecer a continuidade e integralidade do cuidado antes, durante a internação e pós-alta.

## **2.2 Sobre o funcionamento dos leitos de saúde mental e especializados em Psiquiatria**

Os leitos de saúde mental devem seguir as legislações ministeriais e estaduais relativas à Saúde Mental, no que diz respeito à acesso, assistência, equipe, dentre outros, respeitando sempre

a singularidade dos sujeitos e seus direitos, de modo a ofertar o melhor serviço consentâneo às demandas dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Importante que os serviços do território acompanhem os usuários também durante as internações, e que os estabelecimentos que realizam as internações fomentem contatos telefônicos e visitas dos familiares e dos profissionais dos serviços do território.

### 3. CONCLUSÃO

As internações em saúde mental são medidas excepcionais do cuidado ofertado aos usuários do SUS e devem ocorrer por curto período, sempre previstas nos Projetos Terapêuticos Singulares, em alinhamento entre a unidade solicitante, que deve acompanhar a internação, e a unidade de internação que, por sua vez, deve fomentar esta articulação com o território.

No Estado do Espírito Santo, o Núcleo Especial de Regulação de Internação da Secretaria de Estado da Saúde é o responsável pela regulação do acesso, que ocorre com base no Protocolo Clínico de Saúde Mental. Os leitos ofertados seguem a ordem de rede própria, filantrópica e privada.

Faz-se necessário que os municípios se responsabilizem pelo transporte sanitário aos leitos, e também na efetivação da alta, para retorno do munícipe ao território de origem.

### 4. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Presidência da República. Casa civil. **Lei Federal nº 10.216/2001**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm);
2. BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. **Lei Federal nº11.343/2006**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm);
3. BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. **Lei Federal nº 13.840/2019**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm);
4. BRASIL. Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3/2017**. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/qm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/qm/2017/prc0003_03_10_2017.html);
5. BRASIL. Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588/ 2017**. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/qm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/qm/2017/prt3588_22_12_2017.html);
6. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Portaria nº 090-R/2014**. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=275778>;
7. Enunciados 1 e 3 de Saúde Pública aprovados na **I Jornada de Direito da Saúde** no Conselho Nacional de Justiça em 15 de maio de 2014 (São Paulo, SP) e Enunciados 48 e 51

- da **II Jornada de Direito da Saúde** no Conselho Nacional de Justiça em 18 e 19 de maio de 2015 (São Paulo, SP);
8. Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo. **Ato Normativo TJ-ES nº 57/2013** - Dispõe sobre as decisões judiciais de internação hospitalar, e coloca que a liberação do paciente fica condicionada ao critério médico de alta hospitalar e não condicionada a ulterior deliberação do Juízo que proferiu a decisão;
  9. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Diretrizes Clínicas em Saúde Mental**, 2018;
  10. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental**, 2018;
  11. **Resolução CIT nº 13/17 CIT**.

Vitória – ES, 09 de maio de 2022.

**Betsaida Moulin Malheiros**

Referência Técnica - Rede de Atenção Psicossocial  
ATSM-RAPS/NEAE/GEPORAS/SSAS/SESA-ES

**Franciely da Costa Guarnier**

Referência Técnica - Rede de Atenção Psicossocial  
ATSM-RAPS/NEAE/GEPORAS/SSAS/SESA-ES

**Gabriela Bertulozo Ferreira**

Referência Técnica - Rede de Atenção Psicossocial  
ATSM-RAPS/NEAE/GEPORAS/SSAS/SESA-ES

**Jordana Cristina Santos da Silva**

Chefe do Núcleo Especial de Atenção Especializada  
ATSM-NEAE/GEPORAS/SSAS/SESA-ES

## APÊNDICE

### APÊNDICE A –TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE



Governo do Estado do Espírito Santo  
Secretaria de Estado de Saúde  
Superintendência Regional de Saúde de São Mateus - ES

#### TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Eu, Edilson Morais Monteiro, ocupante do cargo de Superintendente Regional de Saúde no Superintendência Regional de Saúde de São Mateus/ES, autorizo a realização nesta instituição, setor de mandados judiciais e regulação a pesquisa **INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS EM SAÚDE MENTAL: “CAMINHO NAS PEDRAS” OU “PEDRAS NO CAMINHO”?** sob a responsabilidade do pesquisador Carla Neiva Aragão, tendo como objetivo primário (geral) de compreender como tem se dado as internações compulsórias em saúde mental na “antiga região de saúde norte” do Estado do Espírito Santo e os desafios que essas internações apresentam para a prática do profissional de psicologia nos serviços que compõem a RAPS nessa região de saúde.

Afirmo que fui devidamente orientado sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização de dados exclusivamente para fins científicos e que as informações a serem oferecidas para o pesquisador serão guardadas pelo tempo que determinar a legislação e não serão utilizadas em prejuízo desta instituição e/ou das pessoas envolvidas, inclusive na forma de danos à estima, prestígio e/ou prejuízo econômico e/ou financeiro. Além disso, durante ou depois da pesquisa é garantido o anonimato dos sujeitos e sigilo das informações.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária para tal.

  
Edilson Morais Monteiro  
Superintendente Regional  
de Saúde - Região Norte  
São Mateus - ES  
Inscrição Profissional 4068637  
Abril de 2022.

Assinatura do responsável e carimbo e ou CNPJ da instituição coparticipante



## APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA



### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### TÍTULO DA PESQUISA: INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS EM SAÚDE MENTAL: “CAMINHO NAS PEDRAS” OU “PEDRAS NO CAMINHO”?

#### PESQUISADORES:

**Carla Neiva Aragão:** aluna do Curso de Psicologia (10º período);

**Me. Prof. Vinícius Zocatelli:** orientador

**Ma. Carolina Fonseca Dadalto:** co-orientador/a

**objetivo geral (Primário):** Compreender aspectos das internações compulsórias em saúde mental na “antiga região de saúde norte” do Estado do Espírito Santo e a percepção, sobre o fenômeno, dos profissionais de Psicologia nos serviços que compõem a RAPS nessa região de saúde.

**Nome do entrevistado:** \_\_\_\_\_

**Município:** \_\_\_\_\_

**Serviço da RAPS que trabalha:** \_\_\_\_\_

**Tempo de atuação como psicólogo(a) neste serviço:** \_\_\_\_\_

- 1- Você lida no seu cotidiano de trabalho, nesse serviço, com internações compulsórias?
- 2- Se sim, conte-nos como que elas acontecem e qual sua participação/ação profissional nesse processo.
- 3- Se não, por que você acha que não? Você acha que poderia participar e como poderia participar?
- 4- Na sua prática como psicólogo (a), como você pensa que poderia atuar no contexto das internações compulsórias?
- 5- Num contexto mais geral sobre as internações compulsórias, como você analisa todo esse processo? O que pensa sobre isso? Como acha que deveria acontecer?

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: CARLA NEIVA ARAGÃO  
ENDEREÇO: RUA RAUL POMPÉIA, 175, BAIRRO AYRTON SENA  
SÃO MATEUS (ES) - CEP: 29.943-018  
FONE: (27) 99931-4271 / E-MAIL: CARLANEIVAARAGAO@GMAIL.COM

## APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

**TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS E PRONTUÁRIOS  
(TCUDP)**

Eu, **CARLA NEIVA ARAGÃO**, da Faculdade Vale do Cricaré, do Curso de **Psicologia**, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado **INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS EM SAÚDE MENTAL: “CAMINHO NAS PEDRAS” OU “PEDRAS NO CAMINHO”?** comprometo - me com a utilização dos dados contidos no **Sistema Estadual “ON BASE”** a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP/CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos **arquivos de demandas judiciais para internação compulsória em saúde mental dos municípios adscritos à Superintendência Regional de Saúde de São Mateus**, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem a *Data da Decisão, idade, sexo, órgão demandador do Mandado Judicial, Motivo principal da Internação Compulsória em Saúde Mental, Data da entrada da decisão no sistema, data da liberação da vaga, local de internação (público x privado), laudo (SUS X privado)*, no período de **01/01/2019 a 31/12/2020**.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida.

Qualquer outra pesquisa, em que eu precise coletar dados, mesmo que já os possua, será submetida à nova apreciação do CEP.

São Mateus, 29 de Setembro de 2022.

Carla Neiva Aragão  
Assinatura do pesquisador responsável  
CPF 071539077-50

Marcelly M. Milanez  
Superintendência Regional de Saúde de São Mateus/ES  
Setor de Mandados Judiciais

**CNPJ: 27.080.605/0004-39**  
**SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL**  
**DE SAÚDE DE SÃO MATEUS**  
Rod. Othovarino Duarte Santos, 736  
San Remo - São Mateus - ES  
CEP: 29.936-600

Marcelly M. Milanez e CPF 118.443.837-41

**Marcelly M. Milanez**  
Assistente Social  
CRESS 3383 - 17ª Região/ES

Obs. (este documento deverá conter, ainda, os carimbos da instituição coparticipante e do responsável)

**CNPJ: 27.080.605/0004-39**  
**SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL**  
**DE SAÚDE DE SÃO MATEUS**  
Rod. Othovarino Duarte Santos, 736  
San Remo - São Mateus - ES  
CEP: 29.936-600

## APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa intitulado(a) **INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS EM SAÚDE MENTAL: “CAMINHO NAS PEDRAS” OU “PEDRAS NO CAMINHO”?**, conduzida por **Carla Neiva Aragão**, como **ORIENTADOR/A**: Me. Prof. Vinícius Zocatelli e **CO-ORIENTADOR/A**: Ma. Carolina Fonseca Dadalto.

Este estudo tem por **objetivo geral (Primário)**: Compreender aspectos das internações compulsórias em saúde mental na “antiga região de saúde norte” do Estado do Espírito Santo e os desafios que essa modalidade de internação impõe à prática do profissional de Psicologia nos serviços que compõem a RAPS nessa região de saúde. E por **objetivos específicos (Secundários)**: a) apresentar o panorama regional das internações compulsórias em saúde mental; b) ampliar conhecimento na atenção psicossocial; c) demonstrar os desafios no campo das internações compulsórias em saúde mental; d) provocar o diálogo e a aproximação entre profissionais da saúde mental e do judiciário; e) reafirmar o compromisso da Psicologia com a Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial e o Fortalecimento da RAPS.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em realizar relato oral. Pretendemos perceber os desafios de profissionais de Psicologia inseridos em serviços da rede de atenção psicossocial dos municípios adscritos à SRSSM frente às questões que envolvem as internações em saúde mental, especialmente as de modalidade compulsória.

Você foi selecionado(a) por ser profissional de Psicologia inserido no serviço municipal da Rede de Atenção Psicossocial. Para alcance dos objetivos há previsão de gravação no momento da conversa e do encontro previamente acordado entre pesquisador e participante. Prevê-se a possibilidade da conversa ser realizada de modo online.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Considerando que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, respeitaremos os limites éticos nas respostas, evitando situações constrangedoras, que venham obrigar o participante a relatar nomes e situações que não se sintam à vontade para descrever. O pesquisador estará perceptível a tais questões e dará total liberdade ao participante de impor tal limite durante a conversa.

O participante e o pesquisador desta pesquisa não serão remunerados. E implicará ao pesquisador e ao participante utilização de seus próprios recursos audiovisuais, caso o relato oral por meio da conversa venha ser realizado por webconferência, ou gravado.

Como benefícios desta pesquisa apontamos: a) melhorar a compreensão do fenômeno de modo a colaborar com as práticas em saúde mental nos serviços



regionais da RAPS; b) incentivar mais estudos sobre o fenômeno; c) contribuições para a aproximação entre profissionais da saúde mental e do judiciário; d) reafirmação do compromisso da Psicologia com a Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial e o Fortalecimento da RAPS.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O(s) pesquisador(es) responsável se compromete(m) a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituição participante.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa.

Eu declaro ter conhecimento das informações contidas neste documento e ter recebido respostas claras às minhas questões a propósito da minha participação direta (ou indireta) na pesquisa e, adicionalmente, declaro ter compreendido o objetivo, a natureza, os riscos e benefícios deste estudo.

Após reflexão e um tempo razoável, eu decidi, livre e voluntariamente, participar deste estudo. Estou consciente que posso deixar o projeto a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Este termo possui duas vias de igual teor onde uma ficará com o pesquisando e outra com o pesquisador.

Nome completo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

Assinatura pesquisador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(ou seu representante)

Nome completo: \_\_\_\_\_

Para todas as questões relativas ao estudo ou para se retirar do mesmo, poderão se comunicar com \_\_\_\_\_, via e-mail: \_\_\_\_\_ ou telefone: \_\_\_\_\_.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FVC  
SÃO MATEUS (ES) - CEP: 29933-415  
FONE: (27) 3313-0028 / E-MAIL: [cep@ivc.br](mailto:cep@ivc.br)

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: CARLA NEIVA ARAGÃO  
ENDEREÇO: RUA RAUL POMPÉIA, 175, BAIRRO AYRTON SENA  
SÃO MATEUS (ES) - CEP: 29.943-018  
FONE: (27) 99931-4271 / E-MAIL: [CARLANEIVAARAGAO@GMAIL.COM](mailto:CARLANEIVAARAGAO@GMAIL.COM)