

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SOCIOECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Laura Pacheco Alves

**A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E O SERVIÇO SOCIAL:** a Rede de Atenção  
Psicossocial no município de Palhoça

Florianópolis

2023

Laura Pacheco Alves

**A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E O SERVIÇO SOCIAL: a Rede de Atenção  
Psicossocial no município de Palhoça**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Graduação de Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Serviço Social.

Orientador(a): Prof.(a). Dr.(a) Marisa Camargo.

Florianópolis

2023

Alves, Laura Pacheco

A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E O SERVIÇO SOCIAL : a Rede de Atenção Psicossocial no município de Palhoça / Laura Pacheco Alves ; orientadora, Marisa Camargo, 2023.

75 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro  
Socioeconômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis,  
2023.

Inclui referências.

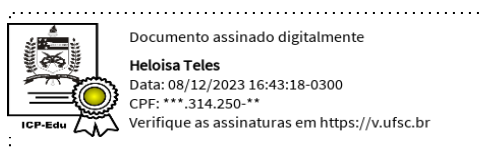
1. Serviço Social. 2. Internação compulsória. 3. Serviço Social. 4. Rede de Atenção Psicossocial. I. Camargo, Marisa. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Serviço Social. III. Título.

Laura Pacheco Alves

## **A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E O SERVIÇO SOCIAL: a Rede de Atenção Psicossocial no município de Palhoça**

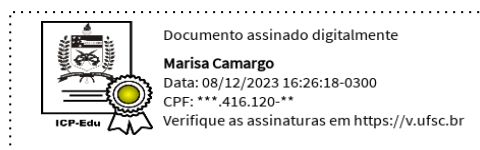
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Bacharel(a) em Serviço Social e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação de Serviço Social.

Local Florianópolis, 04 de dezembro de 2023.

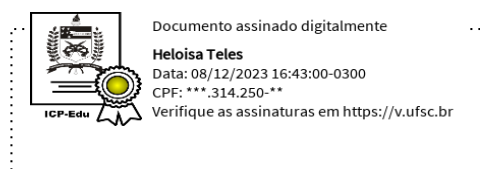


Coordenação do Curso

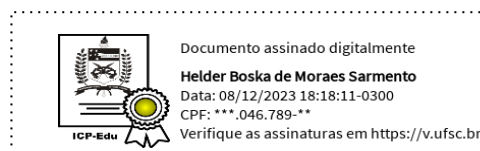
### **Banca examinadora**



Prof.(a) Dr.(a) Marisa Camargo  
Orientador(a)



Prof.(a) Dr.(a) Heloísa Teles  
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof. Dr. Hélder Boska de Moraes Sarmento  
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 2023.

Dedico este trabalho a todos os sujeitos de direito que tiveram suas vidas atravessadas pela internação compulsória e lutam cotidianamente pelo acesso às políticas públicas no Brasil.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer primeiramente à minha mãe, Bianca, a pessoa mais especial e dedicada que conheço. Desde cedo me ensinou a arte de ver a beleza na vida e me apoiou durante todos os momentos. Minha maior inspiração e fonte de amor. Obrigada por expressar tanto carinho e afeto, me presenteando com seus ensinamentos e gentilezas diariamente. O seu apoio foi fundamental na construção da pessoa que sou hoje e na maneira que enxergo o mundo, obrigada por abrir tantas portas para mim!

Sou grata também à minha irmã Olívia e minha avó Nina. Mulheres que amo e me inspiro. Obrigada pelo apoio nos anos da graduação e por me acompanharem ao longo das conquistas, e derrotas, obrigada por me cuidarem e torcerem por mim! Agradeço também ao meu pai Henrique, que mesmo de longe apoiou minha entrada na Universidade e não mediu esforços para garantir uma boa formação.

À minha orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marisa Camargo, que esteve comigo durante a construção do trabalho e me auxiliou em todas as etapas do processo. Desde a construção do Projeto de Pesquisa para envio ao Comitê de Ética, até o último dia antes da entrega do Trabalho, seu apoio foi fundamental para a conclusão da graduação e aprovação no mestrado! Jamais esquecerei os ensinamentos e conversas.

À minha orientadora de Iniciação Científica e supervisora acadêmica de estágio, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Heloísa Teles, por todo o suporte ao longo do curso e por sempre me incentivar a ir além! Sempre lembrarei do convite nas fases iniciais para desbravar o mundo da pesquisa dentro da universidade, você foi essencial para que eu desenvolvesse meu senso crítico e prometo me esforçar para sempre “tomar conta” da realidade!

Ao Programa de Educação Tutorial (PET) de Serviço Social da UFSC, e à tutora Sirlândia Schappo, pelo período como bolsista e todas as experiências proporcionadas em relação ao Ensino, Pesquisa e Extensão. A integração expandiu meus horizontes dentro da universidade!

À instituição em que fiz Estágio Supervisionado Obrigatório, o Ministério Público de Santa Catarina, em especial a Analista em Serviço Social Sabrina Gabriela Santos Bragaglia pelo acolhimento e ensinamentos dentro o campo ao longo da supervisão.

Às minhas colegas de curso e amigas, Maria Eduarda Dimon, Andressa Cadarin, Júlia Schmitt e Maria Eduarda Silva, por todo esse tempo de troca de conhecimento e carinho ao longo dos anos! Vocês contribuíram para que eu compreendesse a importância de uma rede de apoio e sempre me mostraram que caminhando juntas vamos mais longe.

Às minhas amigas de longa data Mariana Diconcili, Sofia Marques, Julliana Trinkel, Pietra Bottini e Laura Marques, pelas inúmeras risadas e conselhos ao longo da vida. É maravilhoso poder compartilhar tantas experiências e conquistas com vocês!

Ao meu namorado, Gabriel Barbosa, por estar comigo desde o início desse processo e sempre me apoiar incondicionalmente! Obrigada de todo meu coração por me dar forças e me mostrar que sou capaz de tudo, contanto que tenha carinho e um abraço seu!

Gostaria de agradecer também a minha gata, Madame, que virou uma estrela cedo demais. Enquanto escrevia os rascunhos do trabalho ela me acompanhou e mesmo que silenciosa e involuntariamente me incentivou a não desistir. Sinto falta dos seus olhos azuis e seus carinhos o tempo todo!

Por último agradeço a mim mesma, apesar de tudo, por ter a coragem de seguir esta formação. Obrigada Laura por todas as amizades que você construiu, todas as disciplinas e todos os desafios que enfrentou. Obrigada por estabelecer relações lindas com cada pessoa mencionada aqui, sou hoje uma soma de todos que atravessam minha trajetória de alguma forma e por isso agradeço a todos que estiveram, mesmo que minimamente, presentes nessa jornada.

Vai o bicho homem fruto da semente  
Memória!  
Renascer da própria força, própria luz e fé  
Memórias!  
Entender que tudo é nosso, sempre esteve em nós  
História!  
Somos a semente, ato, mente e voz  
Magia! (Regina, 1980)



## RESUMO

A internação compulsória é uma das três modalidades de internação psiquiátrica regulamentadas no Brasil, sendo elas voluntária, involuntária e compulsória, e se caracteriza pela necessidade de representação judicial indicando a institucionalização. Este processo perpassa por alguns estágios antes do despacho final pelo Poder Judiciário, como a solicitação inicial do usuário e avaliação médica prévia ao encaminhamento. No âmbito do Ministério Público da Comarca de Palhoça, o pedido pode ser feito através de usuário diretamente ao setor de Serviço Social, como mediador entre população e Promotoria de Justiça para então repasse à Rede de Atenção Psicossocial do município. Em vista disso, o objetivo da pesquisa é evidenciar como ocorre a internação compulsória junto à Rede de Atenção Psicossocial no município de Palhoça. Trata-se de uma pesquisa documental, considerando os instrumentos de coleta de dados em Relatórios do setor, de abordagem quanti-qualitativa e fundamentada na teoria social crítica e no método dialético. Os dados quantitativos foram submetidos à estatística simples, enquanto os qualitativos à análise de conteúdo com corte temático e interpretados à luz dos fundamentos do Serviço Social, Saúde Coletiva e Saúde Pública.

**Palavras-chave:** Internação Compulsória; Serviço Social; Rede de Atenção Psicossocial.

## ABSTRACT

Compulsory hospitalization is one of the three types of psychiatric hospitalization regulated in Brazil, voluntary, involuntary, and compulsory, and is characterized by the need for judicial representation indicating hospitalization. This process goes through several stages before the final order is made by the Judiciary, such as the user's initial request and a medical assessment prior to referral. In the context of the Palhoça District Public Prosecutor's Office, the request can be made through the user directly to the Social Services sector, as a mediator between the population and the Public Prosecutor's Office, and then passed on to the municipality's Psychosocial Care Network. In view of this, the aim of this research is to show how compulsory hospitalization occurs within the Psychosocial Care Network in the municipality of Palhoça. This is a documentary study, considering the data collection instruments in the sector's reports, with a quantitative and qualitative approach based on critical social theory and the dialectical method. The quantitative data was subjected to simple statistics, while the qualitative data was subjected to thematic content analysis and interpreted in the light of the foundations of Social Work, Collective Health and Public Health.

**Keywords:** Compulsory Hospitalization; Social Work; Psychosocial Care Network.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação de assuntos de atendimentos em 2022 e 2023.....	48
Quadro 2 – Grau de parentesco dos (as) solicitantes.....	51
Quadro 3 – Trabalho dos sujeitos a serem internados.....	58
Quadro 4 – Motivos para busca da internação compulsória.....	59
Quadro 5 - Atendimentos do usuário RAPS prévios e atuais.....	63

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2 A HISTÓRIA DA LOUCURA E AS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS</b> .....	<b>16</b>
2.1 A HISTÓRIA DA LOUCURA NO ÂMBITO MUNDIAL .....	16
2.2 A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA NO BRASIL .....	28
<b>3 RESULTADOS DA PESQUISA: INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E O SERVIÇO SOCIAL NO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA (MPSC)</b> .....	<b>36</b>
3.1 NOTAS SOBRE A INSTITUIÇÃO MPSC E O SERVIÇO SOCIAL .....	36
3.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE PALHOÇA .....	40
3.3 INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E O MPSC: RELATÓRIOS DE ATENDIMENTO E INFORMAÇÃO.....	42
3.3.1 Dados sobre os atendimentos para internação compulsória no MPSC de Palhoça nos anos de 2022 e 2023.....	45
3.3.2 Dados sobre o perfil dos (as) solicitantes, sujeitos e motivos para internação compulsória.....	51
3.3.3 Dados sobre histórico de acompanhamento na RAPS compulsória ...	62
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>66</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Serviço Social, como campo de conhecimento, é área de desenvolvimento de pesquisas e estudos para analisar a realidade como um todo, essencialmente as expressões da Questão social. Contudo, para além de meramente reconhecer estas expressões, são necessárias mediações que levem em consideração os fundamentos ético-políticos, teórico-metodológicos e técnico-operativos da profissão na construção e planejamento das ações que se fazem necessárias na viabilização de direitos à população (Minayo, 1994). Portanto, é primordial que ao pensar em identificar demandas de internação compulsória, seja mencionada a relação teórica que o Serviço Social apresenta com o tema, ligando sua forma de apreender condições socioeconômicas e políticas da sociedade com aqueles indivíduos que vem buscar seu serviço, direcionando a análise para o tema do trabalho: estas demandas na esfera jurídica, em específico no Ministério Público de Santa Catarina (MPSC) da Comarca de Palhoça.

O estudo concreto acerca de situações de internação compulsória pela perspectiva do Serviço Social, da capacidade do município de Palhoça de responder a tais demandas, exige uma atenção tanto para a ação profissional ligada à saúde mental, quanto para o suporte jurídico subsidiando a ação real nas especificidades de cada atendimento. Nesse sentido, é salutar que algumas categorias sejam discutidas, como a própria ação da(o) assistente social no MPSC, buscando a relação entre instituição, demanda e ação profissional; a Reforma Psiquiátrica Brasileira, retomando os modelos de internação psiquiátrica e a luta antimanicomial; e os Serviços Residenciais Terapêuticos, instituições que proporcionam a longa permanência aos usuários internados.

As indagações que despertaram interesse em relação ao tema são oriundas do período de Estágio Supervisionado Obrigatório de Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) junto ao MPSC da Comarca de Palhoça. Nesta instituição são realizados atendimentos espontâneos e/ou Ordens de Trabalho advindas de diferentes Promotorias de Justiça (PJ). As situações relacionadas à internação psiquiátrica compulsória estavam diretamente relacionadas com a 6ª PJ<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Área que abrange as questões de cidadania e direitos fundamentais, curadoria de fundações e terceiro setor, execução penal, família, sucessões, consumidor, cartas de ordem e precatórias (MPSC, 2023).

Em contato quase diário da equipe de Serviço Social da instituição com os pedidos de internação, foram sendo pensadas em intervenções alternativas àquelas já encaminhadas previamente, que eram percebidas como insuficientes para a alta demanda no município e não efetivação de tratamentos médicos integrais e humanizados, que não estavam objetivando a emancipação humana e um tratamento terapêutico eficaz, mas sim levando ao retorno da dependência após internação e posterior agravamento da situação.

Portanto, o tema do presente trabalho é reconhecido a partir da percepção das relações do Setor de Serviço Social com as demandas por internação compulsória no município, através de solicitações de familiares de pessoas em situação de dependência química, e que muitas vezes acabam desenvolvendo transtornos psiquiátricos em decorrência disso. Analisar minuciosamente estas demandas relacionando-as entre si, identificando semelhanças na realidade social destes usuários, contribui com o Serviço Social não apenas do MPSC, mas da rede como um todo, no sentido de subsidiar melhor o planejamento e execução de políticas que acolham estas pessoas em necessidade de atenção da saúde mental e também seus colaterais, muitas vezes pessoas com direitos violados, sofrendo violência psicológica, patrimonial e até física.

A partir de um estudo tratando destas questões será possível reconhecer as tendências das demandas por internação psiquiátrica compulsória, considerando possibilidades de instituições específicas para tratamento médico de quem as solicita, como Residenciais Terapêuticos (Brasil, 2011) e casas de atendimento especializadas no serviço indicado. Entretanto, como se percebe previamente à pesquisa, há uma falta de interlocução da rede e uma fragilidade nas políticas públicas de saúde no município, levando a uma alta demanda por internação que acaba sendo suprimida e os indivíduos se vem desamparados nos momentos de procurar a atenção psicossocial ou algum apoio para tratamento. Sendo assim, se faz necessária a análise da Rede de Atenção Psicossocial e dos Centros de Atenção psicossocial, como elementos essenciais para a política de Redução de Danos no consumo de substâncias psicoativas, na disputa constante com Comunidades Terapêuticas.

Quanto à metodologia da atual pesquisa, indica-se uma abordagem de caráter quanti-qualitativo. Quantitativo pois elucidar-se-á o número de atendimentos realizados pelo setor de Serviço Social do MPSC da Comarca de Palhoça classificados como de assunto “internação compulsória”, havendo quantificação

destes dados e submissão à análise estatística simples. Quanto ao caráter qualitativo, de acordo com Minayo (2002, p. 22), é aquele que “aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”.

Desta forma, como o estudo envolve fatores humanos, demandas e relações entre os sujeitos e a rede, se faz necessária a análise qualitativa pois tem como diretriz a abordagem dialética, buscando a compreensão das singularidades dos atendimentos com o todo, a exterioridade e interioridade como partes constituintes dos fenômenos (Minayo, 2002).

As (os) principais autoras(es) utilizadas (os) no desenvolvimento do trabalho abordam amplamente os temas do Serviço Social na esfera sociojurídica, a Saúde Mental e a Saúde Coletiva, com foco na institucionalização hospitalar psiquiátrica. Destacam-se como balizadoras da fundamentação teórico crítica desta pesquisa as obras de Paulo Amarante, Silvia da Silva Tejedas, Maria Cecília Minayo e Erving Goffman.

O trabalho apresenta quatro seções, sendo elas a introdução, a história da psiquiatria, onde será explicitada a origem dos hospitais de internação, o surgimento do tratamento para transtornos mentais no âmbito mundial e a elucidação das políticas de saúde mental no Brasil, desde sua origem até configurações nos dias atuais. A outra seção diz respeito à análise e exposição de dados dos Relatórios do MPSC, incluindo questionamentos do roteiro de coleta de dados, quanto à natureza dos atendimentos, o perfil de solicitantes e sujeitos em situação de dependência química, a configuração de seu trabalho e o histórico de atendimento pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Por fim, apresentar-se-ão as considerações finais.

## 2 A HISTÓRIA DA LOUCURA E AS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS

Para compreender a internação psiquiátrica compulsória e a própria rede de atenção psicossocial conforme está descrita na legislação brasileira, se faz necessário o reconhecimento das instituições envolvidas no atendimento a essa demanda da população, como os centros de atenção à saúde mental e hospitais psiquiátricos. Por meio da compreensão do histórico destes espaços ao longo dos anos é possível perceber as relações estabelecidas entre sujeitos submetidos a algum tipo de internação, que eram vistos como “loucos”, e a maneira que as instituições respondiam às demandas.

Desta forma, inicialmente pretende-se analisar a constituição dos hospitais psiquiátricos como espaços de tratamento da saúde mental e as dinâmicas terapêuticas apresentadas ao longo dos anos, em específico às experiências após a Segunda Guerra Mundial<sup>2</sup>, que foram extremamente determinantes para a medicina psiquiátrica atual, fruto de avanços e retrocessos das mais diversas Reformas Psiquiátricas no globo.

Ainda sob uma perspectiva crítica da realidade social da população, pretende-se analisar a internação psiquiátrica, em específico a compulsória, no Estado brasileiro atual, desde o tratamento de saúde mental no século passado até sua configuração nos dias de hoje. Para tanto, se faz necessária uma pincelada histórica dos impactos dos movimentos europeus na América Latina e em especial no território brasileiro.

### 2.1 A HISTÓRIA DA LOUCURA NO ÂMBITO MUNDIAL

Uma das funções essenciais das instituições psiquiátricas, em seus primórdios, era justamente de destacar os indivíduos internados como exteriores à sociedade, segregando esta parcela sob o véu do “tratamento terapêutico”. Sendo assim, mesmo que indiretamente ou através de mecanismos de poder intencionais, estas pessoas

---

<sup>2</sup> É importante destacar que o momento pós Segunda Guerra Mundial se constituiu como um período de extenso crescimento da indústria farmacológica e a humanidade se tornou um verdadeiro laboratório em ampla escala, especialmente aqueles sujeitos já segregados e estigmatizados na sociedade. Este também seria um dos motivos para, a dependência química e internação compulsória ganham certo destaque nesta época.



eram privadas de direitos básicos - à época nem tanto assim - à vida, o que ressoa nas estruturas de internações hospitalares e psiquiátricas até os dias atuais.

Similar ao início do Serviço Social como profissão, o intuito desses hospitais na Idade Média era auxiliar os pobres e miseráveis, acolhendo-os à luz da caridade e filantropia. Diferentemente do que se entende por hospital hoje, como uma instituição prioritariamente médica para tratamento da saúde, em outras épocas eles eram vistos como locais para abrigo, assistência religiosa e beneficência. Conforme George Rosen (1980, p. 337), “a fé, a esperança e a caridade” eram princípios básicos trazidos pelo Apóstolo Paulo e serviram como premissas para a estruturação dos primeiros hospitais na época.

À medida que o tempo passava e as sociedades expandiram seus horizontes, esses sujeitos passaram a ocupar cada vez mais as instituições construídas para seu isolamento como asilos e hospitais, com incentivos da igreja. Isto ocorreu, pois, a presença dos “loucos<sup>3</sup>” nas ruas e nos guetos acabava por incomodar a ordem cotidiana de vida do restante da população, causando desconfortos e inconveniências pelo ponto de vista das classes mais abastadas pois a realidade era uma comprovação das suas desigualdades. Sendo assim, a partir dessas práticas e institucionalizações é possível notar princípios higienistas no tratamento da saúde mental e classes pauperizadas, aspectos muito debatidos pelas categorias profissionais envolvidas posteriormente.

De acordo com Vasconcelos (2000), o surgimento das práticas higienistas da saúde mental tem como origem a publicação em 1857 do “Tratado de degenerências físicas, intelectuais e morais da espécie humana”, escrito por Morel. Este documento retirava o foco médico da análise dos sintomas e sinais das doenças e voltava-o para a gênese das enfermidades, repensando seus fatores determinantes no meio de vivência e apontando o isolamento como solução. “As degenerências constituiriam desvios doentios em relação ao tipo normal da humanidade, transmitidas hereditariamente” (Vasconcelos, 2000, p. 153). Ou seja, as doenças eram vistas como defeitos categóricos dos sujeitos na sociedade, um motivo de exclusão e segregação

---

<sup>3</sup> No surgimento dos hospitais psiquiátricos, o conceito deste termo inclui as pessoas pauperizadas, como apontado anteriormente, compreendendo “miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes” (Amarante, 2013, p. 39).

devido à condição “anormal” na qual se encontravam quando doentes, em específico quando se tratava de questões de saúde mental e psiquiátricas.

Nessa direção, o estudo das doenças mentais passa a analisar meios de prevenção do desvio moral que os indivíduos estariam experienciando. Ao tomar como partida a vida em sociedade, o olhar do profissional deve estar atravessado pela relação dos homens entre si, não apenas como indivíduos isolados, portanto, deve-se perceber as condições intelectuais, morais e físicas dos sujeitos para que não sejam acometidos de alguma questão mental, e conseqüentemente não se afastem dos outros homens (Vasconcelos, 2000). Por mais que essa ideia de coletividade seja razoável, a proposta colocada é de adequação dos seres dentro de seus papéis em uma sociedade, onde não há espaço para os “desajustados” ou em sofrimento psíquico, tendo suas individualidades ignoradas e submetidos à uma dinâmica de “limpeza das ruas”, pois acreditava-se que através de um processo higiênico segregatório (de higienização dos espaços) a desordem social e a miséria seriam erradicadas, quando na verdade estariam sendo apenas ocultas.

Seguindo a lógica de conciliar as diferentes camadas da população e estabelecer uma ordem social e política através da institucionalização dos sujeitos, no século XVII há a criação do Hospital Geral, fundado em 1656 pelo Rei da França. Seu objetivo, de acordo com o artigo XI do decreto de fundação, era funcionar como um local de isolamento e aglutinação de “pobres de todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade de nascimento, e seja qual for sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis” (Foucault, 1978 p. 49), não à toa ele é atualmente chamado de “A Grande Internação” ou “O Grande Enclausuramento”.

Este hospital, conforme Foucault (1978), representava basicamente uma entidade administrativa em forma de abrigo aos necessitados. Isto pois apesar de se apresentar como instituição de acolhimento aos sujeitos, ela organicamente funcionava como espécie de prisão, visto que as autoridades reais ou judiciárias poderiam indicar os internados e obrigá-los a permanecer no local. Nesse ponto já é perceptível relações com a internação psiquiátrica compulsória e o uso de poder político para institucionalizações, na época ainda sem a soberania da opinião médica, já que os locais ainda eram vistos como refúgio e não centros de tratamento como são hoje. Ou seja, a estrutura semi jurídica da instituição fez com que o Hospital Geral se constituísse como um terceiro poder entre a polícia e a justiça, “nos limites da lei: é a ordem terceira da repressão” (Foucault, 1978, p. 50).

Entretanto, com modernidades advindas da Revolução Francesa, não apenas no campo das ideias como o lema “Igualdade, Liberdade e Fraternidade”, mas também no campo material, novas práticas foram desenvolvidas a fim de acompanhar as inovações trazidas pelo movimento. Contrariando o caráter absolutista do Antigo Regime, a Revolução influencia as instituições a valorizar a democracia e os hospitais passam a ser objeto de debruçamento de médicos e profissionais da saúde que visavam implementar práticas mais humanizadas e compatíveis ao novo espírito moderno (Amarante, 2013). Portanto, aos poucos esses locais se desvinculam – mesmo que minimamente – da caridade e controle social para visar outro objetivo: o atendimento aos doentes.

No entanto, o que se evidencia na análise dos dias atuais, é que esta alteração pela Revolução é relativizada, pois não englobava a “liberdade e fraternidade” popular como um todo, o objetivo não era coletivizar espaços ou viabilizar direitos para todos os sujeitos na sociedade, na verdade, era uma troca de poderes, em que o absolutismo entrava em crise enquanto a burguesia ascendia à posição de poder nos territórios, portanto, para a população que realmente acessava os serviços de tratamento psiquiátrico, a mudança não representou um real quebra de antigos padrões e implantação de técnicas inteiramente humanizadas.

Dessa forma, a Revolução Francesa promoveu a libertação de enfermos que apenas se encontravam nos hospitais devido a ordens autoritárias do período de soberania real e jurídica e também ampliou as modalidades de casas de acolhimento, pois novas instituições assistenciais foram criadas, como casas de correção, orfanatos, centros de reabilitação e reformatórios (Amarante, 2013).

Pelo ponto de vista da medicina, essa ampliação da ação médica significou um aprofundamento dos estudos e ações profissionais desenvolvidas, tendo em vista o aumento de autonomia da categoria nos hospitais, pois não mais atuavam de modo eventual e irregular como anteriormente. O estudo das doenças ganharia aprofundamento de análises, pacientes receberiam atenção mais focalizada e teriam tratamentos mais específicos, com acompanhamento e evolução constantes. Entretanto, ao passo que a medicalização do hospital se desenvolvia, a própria medicina foi incorporando essas práticas hospitalares e assumindo uma postura de vigilância em relação aos pacientes, supervisionando-os excessivamente (Amarante, 2013). Melhor dizendo, mesmo que a Revolução Francesa tenha aparentemente ultrapassado o caráter caritativo e religioso dos hospitais e introduzido métodos de

humanização, apenas o fez com intuito de findar antigas configurações do regime anterior, e suas inovações não foram suficientes para garantir a liberdade e plenos direitos humanos aos internos. Isto também pois a religião se apresenta até os dias atuais como meio facilitador das internações para indicação de tratamento e isolamento. De acordo com Amarante (2013, p. 42),

O hospital tornou-se, a um só tempo, espaço de exame (como um laboratório de pesquisas que permitiu um novo contato empírico com as doenças e os doentes), espaço de tratamento (enquadramento das doenças e doentes, disciplina do corpo terapêutico e das tecnologias terapêuticas) e espaço de reprodução do saber médico (hospital-escola, residência médica, local privilegiado de ensino e aprendizagem).

Portanto, essa nova dinâmica dos hospitais deu outro direcionamento aos profissionais, para além da filantropia. Um aspecto importante que foi observado inicialmente nesse período é a atenção focalizada na doença e não no sujeito que a possui, ou seja, a “herança hospitalocêntrica” que o mesmo autor menciona começa a surgir nesta fase quando a medicina ganha espaço dentro dos hospitais e se perpetua até os dias atuais.

Em 1973, o médico Philippe Pinel inicia seu cargo como diretor de uma das unidades do Hospital Geral, o Hospital de Bicêtre. Pinel ficou conhecido como o “Pai da Psiquiatria” e muitos de seus esforços foram amparados pela participação em um grupo chamado “Ideólogos” do século XVIII. “Nesta tradição filosófica, objetivava-se o conhecimento do homem diante do que lhe é impresso pelas suas experiências, para consigo próprio e para com o que lhe é exterior” (Amarante, 2013, p. 43). Ou seja, é através do meio, da observação da realidade e seus elementos que o conhecimento do homem é construído.

Seguindo a linha filosófica de pensamento, Pinel era embasado pela teoria de liberdade de Locke: a natureza dos homens deveria ser totalmente livre e independente (Amarante, 2013). A partir disso ele implementa práticas visando à liberdade dos indivíduos internados, mas ainda assim prezando fortemente pelo regime de isolamento social por meio de tratamento asilar, que indicaria um “tratamento moral”.

Este, no entanto, não significa a perda da liberdade, pois, muito pelo contrário, é o tratamento que pode restituir ao homem a liberdade subtraída pela alienação. [...] Se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo

enfermo para um meio onde as mesmas não podem mais prejudicá-lo (Amarante, 2013, p. 44).

Além de notável influência na dinâmica do tratamento aos sujeitos, Pinel também contribuiu teoricamente classificando enfermidades e conceitos da “alienação mental”, expressão antes usada para a psiquiatria.

Para Foucault (1978), apesar das internações psiquiátricas representarem uma modalidade de exclusão social dos indivíduos, ela também se constituiu como ponto de semelhança entre as pessoas. Nesse sentido, a alienação mental era considerada uma concepção que tinha como função positiva a organização destes sujeitos.

O internamento [...] aproximou, num campo unitário, personagens e valores entre os quais as culturas anteriores não tinham percebido nenhuma semelhança. Imperceptivelmente, estabeleceu uma gradação entre eles na direção da loucura, preparando uma experiência — a nossa — onde se farão notar como já integrados ao domínio pertencente à alienação mental. A fim de que essa aproximação fosse feita, foi necessária toda uma reorganização do mundo ético, novas linhas de divisão entre o bem e o mal, o reconhecido e o condenado, e o estabelecimento de novas normas na integração social (Foucault, 1978, p. 94).

Traçando o pensamento na linha das mudanças na esfera ética, Amarante (2013) aponta que a alienação mental seria um desequilíbrio no campo das paixões, que poderia proporcionar confusões na mente humana, e como consequência, retardar sua percepção objetiva da realidade material. Portanto, com esta percepção de desvio instaurada nos indivíduos com transtornos mentais, é atribuída também uma ideia de periculosidade a estas pessoas, pois representariam risco aos outros devido à sua instabilidade emocional, estando mais suscetíveis à criminalidade.

Em certo sentido, pode-se considerar que ao longo de todos estes anos o conceito de alienação mental contribuiu para produzir, como consequência inerente à própria noção, uma atitude social de medo e discriminação para com as pessoas identificadas como tais (Amarante, 2013, p. 45).

Algo que está intrinsecamente relacionada a essa hostilização e estigmatização dos transtornos mentais, em específico das classes pauperizadas, é o conceito de higienismo mental, antes mencionado e que nos Estados Unidos no século XX ganhou maior impulso através do alto alcance de religiões conservadoras e tradicionais, como o protestantismo de salvação individual (Vasconcelos, 2000). Este conceito de higiene moral e culpabilização individual dos sujeitos em sofrimento psíquico vai em total

encontro com a alienação mental, considerada a falha de caráter moral dos sujeitos, podendo ser corrigida através desta fé em Deus, de acordo com os movimentos da época. Portanto, ambos os conceitos refletem um ideal positivista, pragmático e individualista dessas degenerências abordadas por Morel por seu Tratado de 1857, destacando a higienização da sociedade e marginalização daqueles que não se encaixavam na ordem proposta.

Retomando a reforma pineliana, Pinel contribuiu na transformação de hospitais como lugares de mero aprisionamento por caridade para locais que visavam ao estudo orgânico das enfermidades com intuito de cura dos sujeitos, mesmo que o tratamento ainda significasse certo enclausuramento. Ademais, com o desenvolvimento das técnicas pelos chamados alienistas, profissionais passam a reconhecer a importância de diferenciar modalidades de hospitais, em uma primeira instância para àqueles enfermos físicos e feridos, e em outra aos “loucos” para recuperação pelo tratamento moral, de forma corretiva (Amarante, 2013).

Outro aspecto advindo do hospital pineliano é a estratégia do “trabalho terapêutico”. Isto muito se assemelha ao desenvolvido em comunidades terapêuticas nas quais os próprios internos desenvolvem as atividades rotineiras de manutenção do espaço, por meio do trabalho. Conforme Amarante (2013), esse foi um período de transição dos modos de produção, quando o capitalismo surge no horizonte, logo, o trabalho passa a ser valorizado e se torna o objetivo da reeducação de comportamento e mente dos sujeitos internados.

Destarte, Pinel construiu um legado imenso para a história da psiquiatria, o alienismo pineliano. Posterior à suas obras, inúmeros foram impactados por seus pensamentos e cada vez mais hospitais eram construídos com base em seus ensinamentos. Esquirol, um de seus discípulos, estabeleceu as cinco principais funções das instituições de acolhimento aos “loucos”, chamados hospícios: “garantir a segurança pessoal do louco e de suas famílias; [...] liberá-los das influências externas; vencer suas resistências pessoais; submetê-los a um regime médico; e impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais” (Amarante, 2013, p. 49). Portanto, a grande missão destes asilos e dos profissionais era recuperar a Razão dos alienados para que retomassem seus sentidos e conquistassem sua cidadania.

Esse aspecto destaca a essência do alienismo movida pelo positivismo, visando recobrar a ordem social através da correção dos sujeitos. No Brasil, a psiquiatria influencia essas mudanças, mas apenas depois das práticas de origem

européia serem superadas, pois os ideais de Pinel ainda influenciaram o desenvolvimento do alienismo no país, inclusive as colônias.

A primeira colônia de alienados surgiu no interior da Bélgica e sua origem data de um conto de VI (Amarante, 2013). A partir de crenças de uma Santa Protetora dos insanos, famílias passaram a visitar anualmente essa região em busca de cura para sujeitos com transtornos psiquiátricos, à época os alienados (Amarante, 2013). No entanto, após não conseguirem essa recuperação de imediato, os familiares foram deixando os sujeitos para residirem na vila a cuidado de outros moradores, e assim surgem as colônias de alienados. Essa dinâmica se espalhou pelo mundo todo e chegou no Brasil.

No país as primeiras colônias surgiram após a Proclamação da República, denominavam-se “Colônia de São Bento e Colônia Conde de Mesquita”, e eram localizadas na Ilha do Galeão, no Rio de Janeiro (Amarante, 2013). Entre as décadas de 1940 e 1950 as colônias ganharam fama no Brasil e espalharam-se por todo seu território, como um meio inovador de incentivar o tratamento psiquiátrico através do trabalho terapêutico desenvolvido na colônia. No entanto, como aponta Amarante (2013), aos poucos essas instituições foram se mostrando tão limitadoras quanto os asilos padrões, voltando a recuperação apenas para o trabalho e desconsiderando o perfil de seus internos, sua própria cultura e história.

A partir de influências da Segunda Guerra Mundial, o pensamento mundial sobre essas espécies de instituições, que privavam totalmente os sujeitos de qualquer interação com o meio externo pensando no isolamento total como meio para tratamento, foi alterado. A sociedade teria enfim comparado às condições de vida daqueles locais como aquelas dos campos de concentração (Amarante, 2013). Sendo assim, começam os mais diversos movimentos pela Reforma Psiquiátrica.

Algumas dessas experiências de Reforma no pós-guerra repercutiram em diversos países e são reconhecidas até os dias atuais como inovadoras e revolucionárias. O primeiro grupo de experiências, reconhecido pela “Comunidade Terapêutica” e pela Psicoterapia Institucional apresentou duas grandes experiências que merecem destaque. Elas tinham como fundamento a mudança da gestão dos hospitais como forma de melhoria nas práticas de tratamento, considerando as condutas correntes das instituições como fonte do fracasso. Portanto, retomando alguns princípios de Pinel e essencialmente de Esquirol, seria possível o sucesso na cura dos alienados (Amarante, 2013).

O movimento da Comunidade Terapêutica teve como representante Maxwell Jones, que a partir de 1959 sistematizou e reconfigurou a dinâmica das instituições, principalmente na Inglaterra e região. Devido a um contexto de pós-guerra, quando soldados retornavam às suas casas muitas vezes debilitados mental e fisicamente pelo vivenciado no campo de batalha e não conseguiam ser reinseridos no mercado de trabalho, foi sendo percebida a alta demanda por tratamento na mesma proporção que uma escassez de recursos humanos e materiais surgia.

Dessa maneira, Jones sugere que os próprios sujeitos internados participassem ativamente de parte do seu processo terapêutico, adquirindo certo protagonismo ao longo de seu tratamento. Neste sentido, há o incentivo de grupos de discussão, assembleias diárias e deliberações coletivas, incluindo opiniões de funcionários e internos (Amarante, 2013). Desta forma, percebe-se uma dissolução das hierarquias institucionais nestes hospitais acompanhada da horizontalização dos papéis, conforme Jones (1978, p. 89),

A ênfase na comunicação livre entre equipe e grupos de pacientes e nas atitudes permissivas que encorajam a expressão de sentimentos implica numa organização social democrática, igualitária, e não numa organização social do tipo hierárquico tradicional.

A segunda experiência nesse grupo, que ficou conhecida por Psicoterapia Institucional, foi desenvolvida por François Tosquelles e teve seu início no Hospital de Saint-Alban, no sul da França. Tinha como base a visão de modificação na instituição – assim como a anterior, pois não visavam à quebra de estrutura – por meio da escuta polifônica, no intuito de ampliar referenciais teóricos e dar ênfase aos conceitos de acolhimento, destacando a relevância da equipe profissional de suporte (Amarante, 2013). Este modelo visava diretamente a construção de coletivos e grupos para interação e ocupação de internos, como oficinas de arte e organizações para feiras e eventos, numa espécie de clubes. Essa dinâmica proporcionou identificação entre os internos e mobilização para efetivação de interesses em comum, concomitantes ao tratamento em si unindo pacientes e profissionais. Como afirma Tosquelles (Gallio, Maurizio, 1993, p. 93) seu objetivo era a criação de “uma escola de liberdade, [...] porque depois não há escola de liberdade na vida social corrente, mas apenas escola de alienação administrativa”.



O segundo grupo de experiências é composto pela Psiquiatria de Setor e pela Preventiva. Ambas as linhas tinham como direcionamento a ampliação do serviço prestado hospitais psiquiátricos para outras instituições na comunidade, como os Centros de Saúde Mental (CSM). Dessa forma, esses movimentos defendiam a continuidade de atendimento aos sujeitos fora das paredes dos hospitais, ou então como meio de continuidade terapêutica após as internações (Amarante, 2013). Esse novo modelo propôs uma nova visão sobre o tratamento dos transtornos psiquiátricos, pois abriu novos espaços para a recuperação dos indivíduos e métodos de trabalho da equipe profissional.

A Psiquiatria de Setor foi idealizada pelo francês Lucien Bonnafé e tinha como ideia central a setorização das instituições de tratamento, ou seja, uma divisão do espaço interno do hospital e a designação de setores correspondentes (Amarante, 2013). Nessa teoria, o conceito de setor se assemelha ao de região, portanto há a priorização da regionalização e identificação dos sujeitos pelo lugar de onde vieram. Por exemplo, pessoas de uma região X seriam atendidas pelo Centro de Saúde Mental X (mais próximo de sua localidade) e seriam encaminhadas para o setor X do hospital psiquiátrico, sendo assim, teriam maior contato e convivência com outros indivíduos de sua região.

Além disso, Bonnafé também destacou a atuação de uma equipe multiprofissional na Psiquiatria de Setor, pois para haver acompanhamento de pacientes em diferentes localidades e instituições, era necessária ampliação da equipe, para além da atuação exclusiva do médico (Amarante, 2013). Essa possibilidade abriu as portas para a ação interdisciplinar de profissionais no campo da saúde mental e a criação de vínculos entre equipe e sujeitos, visto que o mesmo grupo acompanharia os usuários nas diferentes etapas da “setorização”.

Já a Psiquiatria Preventiva manteve o foco nos momentos anteriores à indicação de internação, como uma real busca pelos fatores “psíquicos e sociais” que levaram a este encaminhamento e como preveni-los. Foi iniciada como um movimento estadunidense pela redução das doenças mentais na comunidade e promoção do estado de saúde mental desta (Amarante, 2013). Era defendido que para todo transtorno mental poderia ser diagnosticada uma prevenção deste, como se as doenças tivessem origem em certo momento da vida do sujeito e pudesse ser evitada com o devido tratamento precoce.

Caplan, um estudioso que desenvolveu essa modalidade da Psiquiatria defendia uma noção de prevenção e que esta poderia ocorrer em três níveis na Psiquiatria:

- 1) Prevenção Primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e (ou) do meio;
- 2) Prevenção Secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental;
- 3) Prevenção Terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria (Amarante, 2013, p. 59).

Ou seja, a Psiquiatria Preventiva tinha como foco eliminar a centralidade dos tratamentos nos hospitais psiquiátricos, por meio de estratégias de prevenção do avanço das denominadas “crises”. Essa categoria foi desenvolvida por seus estudiosos e classificada em evolutivas, quando acontecem em decorrência de processos naturais na vida do ser humano, como o envelhecimento; e acidentais quando a crise surge de algum trauma, como desemprego ou luto (Amarante, 2013).

Além desse conceito, completamente embasado por uma ordem positivista de patologização e ordenamento de transtornos psiquiátricos, surge a ideia de “desvio”, que seria quando o comportamento dos sujeitos vai contra à norma proposta socialmente (Amarante, 2013). Dessa forma, a prevenção deveria visar à readaptação dos sujeitos na normalidade da vida. Outro elemento chave que é abordado por este movimento é o de “desinstitucionalização”, representando um conjunto de medidas como “redução do ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, ou de redução do tempo médio de permanência hospitalar, ou ainda de promoção de altas hospitalares” (Amarante, 2013, p. 60).

Aliando-se à ampliação da rede de serviços extra hospitalares, a Psiquiatria Preventiva colaborou para a construção de serviços comunitários e profissionais que atendessem em uma dinâmica territorial, espalhando suas ações pelas regiões. No entanto, com o aumento de acesso da população e suas questões psiquiátricas avaliadas nos programas comunitários, há uma intensificação dos encaminhamentos e repasses das situações para os hospitais. Melhor dizendo, apesar de visar suprimir os hospitais psiquiátricos, a Psiquiatria Preventiva acabou representando um mecanismo para preservação e funcionalidade dos centros hospitalares.

Já o terceiro movimento pós-guerra, denominado Antipsiquiatria, foi desenvolvido na década de 1960. Tinha como orientação central a negação das

práticas psiquiátricas que vinham sendo realizadas, num tom crítico e de rompimento com o padrão estabelecido, Amarante (2013) afirma que não era uma reforma psiquiátrica, à medida que visava extinguir o antigo modelo.

Seguindo a linha de pensamento crítico e análise de totalidade, a Antipsiquiatria volta sua reflexão para o meio das relações sociais dos indivíduos e não focaliza o transtorno psiquiátrico apenas no sujeito, alterando a ideia de doença mental. Para seus estudiosos, Ronald Laing e David Cooper, as pessoas eram oprimidas e violentadas não apenas nos hospitais psiquiátricos, mas sim na vida em sociedade, e por isso as instituições reproduzem a ideologia hegemônica de violação de direitos advinda da estrutura social (Amarante, 2013).

A partir desse ponto de vista, há um distanciamento da patologização da psiquiatria e uma relação mais direta com suas relações com o ambiente social em que vive, destacando a importância da compreensão da realidade social como fator para o agravamento das doenças mentais. Este pensamento é essencial na compreensão da desinstitucionalização e naturalização dos transtornos psiquiátricos, pois começa a retirar do indivíduo a culpabilização por suas próprias condições, argumentando que as influências externas também determinam a saúde mental dos seres humanos.

Dessa forma, a proposição é que os indivíduos experienciem as situações, isto como meio de tratamento em que o terapeuta auxiliaria o sujeito a superar a condição em acompanhamento mínimo (Amarante, 2013). A instituição é de fato reconhecida como violadora de direitos humanos e o médico deveria tratar o paciente de uma certa distância, não havendo proposta específica da Antipsiquiatria para o tratamento mental.

Já a Psiquiatria Democrática foi desenvolvida por Franco Basaglia na Itália, em uma experiência iniciada nos anos 1960. O médico se deparou com a contradição da instituição que funcionaria para reeducar os loucos e reinseri-los na sociedade violando seus direitos, e estes permanecerem tratados como externos à ordem social, violando seus direitos assim como a própria população fora dos hospitais psiquiátricos o faz. Basaglia acreditava que as condições às quais os indivíduos eram submetidos nos hospitais muito se assemelha àquelas de campos de concentração e prisões (Amarante, 2013).

Nesse movimento, portanto há uma completa anulação dos antigos conceitos da psiquiatria como ideologia para adoção de novas práticas e sistemas. Predominava a:

Ideia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana (Amarante, 2013, p. 65).

Dessa forma, passam a ser pensados serviços substitutivos que de fato tomassem o lugar dos hospitais psiquiátricos, não apenas para funcionarem de forma paralela e simultânea, mas sim que fossem elaboradas novas estratégias para tratamento. A Psiquiatria Democrática, assim como o movimento de Antipsiquiatria, sugere uma territorialização e expansão de serviços, para atender de maneira completa a população, incentivando a compreensão da realidade como condicionante também para a saúde mental dos sujeitos, não apenas suas subjetividades interiores.

Surge então um sentido de integralidade no que diz respeito ao tratamento das questões psiquiátricas, pois o objetivo não era meramente curar o sujeito e retorná-lo à sociedade, devia-se visar à inclusão social dessas pessoas, trazendo um novo significado social para a loucura, não mais daqueles perigosos e sim de sujeitos civis como quaisquer outros (Amarante, 2013). Portanto, notava-se a relação entre o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos com base nas vivências de cada sujeito, admitindo influência das expressões da Questão Social na saúde mental dos indivíduos.

## 2.2 A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA NO BRASIL

Além de referenciar o surgimento dos hospitais psiquiátricos e instituições de tratamento da saúde mental no panorama mundial, é necessário focalizar também esta análise na realidade Brasileira. É inegável a influência que os movimentos pelas reformas e reestruturação das redes de atenção à população repercutem em diferentes regiões do planeta e em diferentes contextos sócio-históricos. Portanto, se na Europa a criação dos hospitais se deu de uma forma, no Brasil a forma de operacionalização diferente. Mesmo que em uma tentativa de reprodução exata, a

história do próprio país determina sua trajetória, fazendo com que os resultados não sigam a mesma fórmula proposta apesar dos esforços desempenhados.

No Brasil, a história da psiquiatria surge no período imperial, quando a sociedade Brasileira se dividia majoritariamente entre os proprietários de terra e seus escravos. Aqueles que possuíam recursos financeiros para tratamento eram supervisionados por sua própria família e atendidos em suas casas. Já a grande massa de escravos e trabalhadores era enclausurada nos asilos assistenciais da Igreja (Silva, 2008), assim como mencionado anteriormente.

Desta forma, assim como o sistema higienista europeu, a dinâmica do tratamento de saúde mental no Brasil inicialmente deu-se através do isolamento, com objetivo de promover a “limpeza” das ruas, segregando os sujeitos. Neste sentido, surge o Hospício de Pedro II em 1852, criado pelo Estado Imperial para manter a ordem social e contemplar os desejos da classe de senhores de engenho na colônia pela exclusão das outras classes. Essa instituição foi considerada a primeira para o tratamento de saúde mental no país e era gerida pelas Irmãs da Caridade (Silva, 2008).

Assim como os modelos europeus, as instituições de saúde na época colonial não eram fundamentalmente médicas, tendo atividades desenvolvidas mais pelas iniciativas da beneficência e caridade do que por tratamentos terapêuticos. A Igreja também possuía forte influência nesses espaços, utilizando-se da fé e princípios cristãos para efetivação de suas políticas internas, que não visavam à autonomia e emancipação da população.

O debate acerca da política de saúde mental no Brasil passou a ganhar destaque no fim da década de 1970, impulsionado pelo movimento de Reforma Sanitária no âmbito geral da saúde. Como mencionado anteriormente, após a Segunda Guerra Mundial, diversas foram as investidas em movimentos que alterassem a ordem vigente nos hospitais psiquiátricos e o tratamento de transtornos mentais, devido aos adoecimentos no pós-guerra. As antigas internações valorizavam o isolamento quase total dos indivíduos do meio externo, pensando na segregação dos “loucos” como meio fundamental para tratamento terapêutico (Amarante, 2013). Ao comparar as condições de vida destes hospitais com as vivenciadas nos campos de concentração, a sociedade passa a reconhecer como essenciais as mudanças na dinâmica da internação e tratamento psiquiátrico.

No ano de 1978 no Brasil, se iniciou um movimento interno de profissionais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) contra as condições precárias de trabalho às quais estavam submetidos. Também eram recorrentes as denúncias de violências praticadas nas instituições, como trabalho escravo, estupros e mortes sem esclarecimentos (Amarante, 2008). Tanto o Movimento de Renovação Médica (REME), quanto o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) demonstraram apoio ao movimento que estava surgindo, ampliando o alcance das discussões acerca do tratamento da saúde mental no Brasil. Nesse sentido, os Núcleos de Saúde Mental do Sindicato dos Médicos, e o Núcleo do CEDES, são criados, fortalecendo o debate.

O MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental) denuncia a falta de recursos das unidades, a conseqüente precariedade das condições de trabalho refletida na assistência dispensada à população e seu atrelamento às políticas de saúde mental e trabalhista nacionais. As amarras de caráter trabalhista e humanitário dão grande repercussão ao movimento, que consegue manter-se por cerca de oito meses em destaque na grande imprensa (Amarante, 2008, p.101).

As reivindicações dos trabalhadores da saúde mental na época versavam sobre a operacionalização dos hospitais psiquiátricos, então o próprio modelo médico assistencial, a organização dos setores, recursos humanos das instituições e a própria atividade terapêutica da maneira que se desenvolvia tornaram-se alvo de críticas do Movimento. Além disso, a estrutura corporativa dos locais de trabalho entra em xeque quando os profissionais passam a questionar as maneiras de contratação, presença de estagiários sem supervisão adequada, falta de estudos para desenvolvimento de determinadas atividades e escassez de direitos trabalhistas que garantissem a subsistência dos próprios trabalhadores das instituições psiquiátricas, incluindo uma posição contrária à privatização dos setores da saúde.

No mesmo ano, ocorreu o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Camboriú (Amarante, 2008). Este evento foi um marco importante para os movimentos da saúde mental Brasileira pois os eventos de psiquiatria no Brasil eram considerados espaços conservadores e pela primeira vez serviu de palco para essa nova frente de críticas aos modelos que vinham sendo desenvolvidos, abrindo a possibilidade da socialização de ideias para a transformação do sistema de internações psiquiátricas e tratamentos. A partir destes encontros, a categoria profissional envolvida com a Psiquiatria passa a se organizar e elaborar documentos com teor crítico ao sistema

vigente, apontando principalmente a falta de humanidade nos processos hospitalares e instrumentalidade técnica na ação profissional.

Uma pauta que ganhava destaque na época era também, como mencionado, a de privatização dos setores médicos. Nestes espaços era expresso o descontentamento dos trabalhadores da saúde em relação à mercantilização desta, ressaltando sua importância como direito à população, além de evidenciar “a dicotomia entre uma psiquiatria para o rico versus uma psiquiatria para o pobre” (Amarante, 2008, p. 105). Por mais que ainda restassem alguns anos para a Constituição Federal de 1988, estes movimentos pelas mudanças na Psiquiatria, e por consequência na saúde da população Brasileira, serviram de apoio para organizações futuras que lutariam pelos direitos constitucionais, portanto, este momento foi extremamente relevante pelo caráter teórico de crítica e aprofundamento no debate.

Um marco na história da Saúde Mental Brasileira foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986. Pela primeira vez no âmbito das convenções sobre saúde houve participação popular. Este encontro reuniu indivíduos dos mais diversos locais no país e de diferentes categorias, para discutir novas modalidades de serviços na saúde, a democracia e ampliação do acesso da população brasileira. Neste período a saúde não era legalmente reconhecida como direito básico constitucional, e, portanto, ainda não havia garantias de plenas políticas públicas para atender as demandas da sociedade de maneira universal e gratuita, mas a 8ª Conferência foi essencial para este reconhecimento posterior na Constituição Federal de 1988. Sendo assim, a Conferência marca um momento de transição, a mudança do antigo conceito de saúde como ausência de doença: ela é mais que isso, é poder ter uma vida digna sem condições precarizadas de trabalho e com liberdade na existência, deve ser entendida como bem-estar integral do ser humano (Amarante 2008).

Sendo assim, no Brasil, por volta da década de 1980, a categoria profissional aliada à população usuária promove o movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, amparada pela luta antimanicomial e pela Reforma Sanitária no sentido de erradicar as condições desumanas sob as quais os sujeitos internados eram submetidos nos hospitais psiquiátricos, com tratamentos precários e em um sistema similar ao carcerário, mais de culpabilização do indivíduo do que de cuidados médicos (Silveira, 2011 apud Madruga, 2013).

Portanto, a Reforma tinha como objetivo romper com esta dinâmica de controle pela violência e garantir pleno acesso de pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento psicológico a seus direitos básicos, reconhecendo que o sistema de saúde será transformado se a luta for alinhada com reivindicações dos setores sociais. Nesse momento, compreende-se que o debate da saúde pública atravessa outras esferas na sociedade, incluindo aspectos políticos no panorama da atenção psiquiátrica (Amarante, 2008).

Devido às transformações embasadas por um conteúdo crítico da categoria, algumas entidades que discutem saúde mental entram em conflito. Um exemplo é o próprio MTSM e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), o primeiro sendo considerado mais crítico e radical, enquanto a segunda discorda politicamente de alguns elementos. Apesar disso, em 1987 ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que direcionar-se-ia a partir de três eixos: “Economia, sociedade e Estado – impactos sobre a saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; Cidadania e doença mental – direitos, deveres e legislação do doente mental” (Amarante, 2008, p. 135).

Durante o evento, foi analisada também a Proposta de Política de Saúde Mental na Nova República, que apontava como objetivos de ação da saúde mental a universalização e equidade, articulações interinstitucionais, regionalização e descentralização no sentido de favorecer os planos estaduais, municipais e comunitários (Brasil, 1988). Além disso, também são citadas metas em relação à priorização do setor público, transformações nos modelos de atenção assistencial e terapêutica, recursos humanos e monitoramento da política, visando qualidade técnica e administrativa quanto à Saúde Mental no país.

Referente ao contexto histórico, a década de 1980 representou um período de democratização para o Brasil, tendo em vista o fim da ditadura militar e um protagonismo dos movimentos sociais na luta pela conquista de direitos à população. Como consequência destes empenhos, foi na Constituição Federal de 1988 que a seguridade social, envolvendo as categorias de assistência, previdência e saúde, é reconhecida como direito social de todos (Cohn, 2020). No entanto, ainda cabia aos ministérios e às categorias a organização, criação e disposição de serviços e programas que de fato viabilizassem o acesso da população.

Buscando concretizar o direito à saúde no Brasil, no início da década de 1990 é criado o Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei 8.080/90, que estabelece



parâmetros e ordena uma gama de serviços públicos para proteção, recuperação e promoção da saúde à população. De acordo com esta legislação, o SUS deve ser universal, integral e gratuito aos cidadãos, conforme indica o Art. 2º:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1990).

Na década seguinte, a Reforma Psiquiátrica foi regulamentada pela Lei 10.216/01, que representou um grande avanço no que diz respeito à atenção à saúde mental e à luta antimanicomial no Brasil. A lei “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001). Nesse período foi também reforçada a importância de uma rede integrada, para cuidados extra hospitalares, e articulação entre serviços da saúde e assistência social, envolvendo tanto a atenção básica quanto a psicossocial.

Essa lei defende a humanização dos tratamentos psiquiátricos, com qualidade e de maneira universal, visualizando os indivíduos como sujeitos de direito, e não os reduzindo apenas às suas questões mentais. A partir disso, foram especificados os três tipos de internação psiquiátrica: voluntária, involuntária e compulsória (Brasil, 2001).

Em decorrência dessa lei e do movimento pela desinstitucionalização e ampliação da rede de integração, nos anos seguintes há o fechamento de um número significativo de hospitais psiquiátricos devido ao não cumprimento de requisitos mínimos e denúncias de violação de direitos humanos (Almeida, 2019). Através da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 há a regulamentação das diferentes modalidades de serviços dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dividindo-os em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Portanto, este movimento incentivou a transição gradual das instituições asilares para os CAPS (Almeida, 2019).

Com todas essas transformações percebia-se uma alteração no foco dos serviços que antes eram de caráter hospitalocêntrico para um foco na comunidade e nos sujeitos. Em 2003 houve a criação do Programa de Volta Para Casa, que fornecia apoio financeiro para os indivíduos desinstitucionalizados e que tivessem

permanecido determinado tempo internados (Almeida, 2019). Pela Portaria nº 3.088/11 a Rede de Atenção Psicossocial é formalmente estabelecida, com o intuito de articular uma rede de serviços substitutivos aos hospitalares, incentivando um processo de territorialização e pontos de atendimento à população.

Entretanto, apesar destas conquistas, de acordo com uma avaliação da Reforma Psiquiátrica no Brasil realizada em 2015 pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Fundação Gulbenkian e Organização Mundial da Saúde (OMS) (Almeida, 2019), as novas configurações das políticas públicas de saúde mental estariam se distanciando do estabelecido pela Lei 10.216/2001. Seja por investidas neoliberais, terceirização de serviços ou avanço do neoconservadorismo, o contexto brasileiro atual de proteção social caminha no sentido contrário ao de garantia de direitos à população.

É nesse contexto que o conservadorismo tem encontrado espaço para se reatualizar, apoiando-se em mitos, motivando atitudes autoritárias, discriminatórias e irracionais, comportamentos e ideias valorizadoras da hierarquia, das normas institucionalizadas, da moral tradicional, da ordem e da autoridade. [...] O “mal” acaba justificando o próprio “mal”: a morte, a tortura, a eliminação do outro (Barroco, p. 210, 2011).

Essa linha de pensamento retoma justamente o início dos hospitais psiquiátricos e tratamento de sujeitos com questões de saúde mental: o de segregação dos “loucos”, isolamento e controle excessivo sobre seus corpos e mentes. Mesmo apesar dos avanços antes mencionados, esta conduta psiquiátrica arcaica ainda é readmitida através de notas oficiais mais recentes do Governo, como a Nota Técnica de fevereiro de 2019 que busca trazer o protagonismo dos hospitais psiquiátricos sob as nomenclaturas “Unidades Psiquiátricas Especializadas e Unidades Ambulatoriais Especializadas” (Almeida, 2019).

Além disso, pela Portaria nº 2.979/2019 há a instituição do Programa Previne Brasil, que visa aplicar novo modelo de financiamento para custear a Atenção Primária em Saúde, o que interfere diretamente nos recursos das equipes Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e sua continuidade, impactando a política de saúde mental.

Dessa forma, há uma incompatibilidade entre o discurso de viabilização de direitos e as políticas restritivas que não respeitam a individualidade dos sujeitos, visto que prezam pela exclusão e estigmatização dos transtornos mentais. É notável a contradição entre o que é estabelecido em legislação e com o que a população se

depara na realidade quando busca acessar os serviços da política de saúde mental, pois há muito tempo o próprio Estado, a instituição que supostamente protegeria a população, estaria naturalizando e legitimando diferentes tipos de violência e violação de direitos.

Na realidade, o próprio Estado nos últimos anos no Brasil promoveu o enfraquecimento das políticas de proteção social no país. De acordo com Cohn (2020, p. 157), “bebendo na máxima absolutista do *l'État c'est moi* (o Estado sou eu), sem ser capaz de alcançar essa sutileza, promove-se a despolitização da sociedade e a criminalização da ação política, evangeliza-se a violência”.

Sendo assim, o que se apresenta na conjuntura atual é o papel de desproteção social que o Estado assumiu perante a população. O Brasil tem passado por períodos de verdadeiro desmonte das políticas sociais e garantia de direitos, à exemplo das iniciativas de privatização de serviços públicos, essencialmente terceirização de setores do SUS (Barroco, 2011). Esse incentivo ao terceiro setor serve apenas para mascarar o real objetivo destas investidas: a desestatização retira a responsabilidade do Estado de garantir os direitos constitucionais e a transfere para a própria sociedade civil, que por meio de empresas e “Organizações Sociais” tem como foco principal o lucro e capital adquiridos em seus serviços, e não o bem-estar e dignidade dos sujeitos.

Assim como os direitos conquistados foram alcançados por meio da luta da categoria e da população usuária, outros movimentos de oposição podem surgir e ganhar espaço nos sistemas dominantes. O retrocesso mencionado é um deles, priorizando a lógica do mercado capitalista e colocando a saúde mental da população em segundo plano, portanto, é importante destacar que estes programas e serviços estarão sempre suscetíveis a modificações e constantes atualizações devido às disputas de interesses na sociedade. Destarte, é essencial ocupar os movimentos de luta e democratizar os espaços de decisão, para que não se perca do horizonte o objetivo primordial de qualquer política pública: a garantia e pleno acesso da população aos seus direitos, priorizando o respeito às singularidades e a equidade social.

### **3 RESULTADOS DA PESQUISA: INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E O SERVIÇO SOCIAL NO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA (MPSC)**

Neste capítulo será exposta a análise dos Relatórios de Informação e Atendimento elaborados pelo Serviço Social do MPSC da Comarca de Palhoça nos anos de 2022 e 2023. A apreciação destas informações requer uma articulação com elementos que nem sempre são mencionados em atendimento pelos usuários. Como por exemplo a própria história do Ministério Público como instituição que garante e viabiliza os direitos da população. O Serviço Social nesse contexto também merece destaque, pois inúmeras questões da profissão surgem a partir da inserção profissional nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais. Esse em específico, por ser uma área focalizada para o direito, apresenta-se como uma esfera desafiadora para a ação profissional do Serviço Social.

Além disso, também se pretende enunciar um breve mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município, no sentido de compreender as demandas e a capacidade de Palhoça em atender a população que busca estes serviços. Por fim, os dados coletados através do roteiro de coleta serão apresentados e os aspectos quanti-qualitativos de estudo da pesquisa categorizados em três subseções centrais: a natureza dos atendimentos; o perfil dos usuários envolvidos nas solicitações; e o acompanhamento dessas situações pela rede.

#### **3.1 NOTAS SOBRE A INSTITUIÇÃO MPSC E O SERVIÇO SOCIAL**

O Ministério Público (MP) é uma instituição que está situada no âmbito da defesa dos direitos da sociedade, como direito à vida, à saúde, à liberdade, à habitação, ao trabalho, à cidadania e à educação, por meio de um aparato sociojurídico, atuando de diversas formas. Sua centralidade se localiza no sistema de justiça criminal, no amparo de direitos civis, do regime democrático, patrimônio cultural e interesses da coletividade, gerido e financiado pelo Estado, com atuação organizada pelo Ministério Público da União (que se divide em Ministério Público Federal, do Trabalho, Eleitoral, Militar, do Distrito Federal e Territórios). Ele representa o interesse público e mesmo estando na esfera jurídica é independente pois seu orçamento e administração são próprios, não pertencendo aos Poderes Judiciário, Executivo, Legislativo ou Tribunal de Contas (MPSC, 2023).

O MP, em sua forma mais ampla, surge como uma instituição resultante da Revolução Francesa (1789) e da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, na passagem da responsabilidade de justiça do rei ao magistrado. De acordo com Tejedadas (2013), com caráter acusador na defesa do interesse monárquico inicialmente e com as influências do liberalismo, passa a valorizar como foco os interesses societários de forma acusatória. Já no Brasil, a primeira entidade que mais se aproxima dos objetivos e funções do MP tem origem no Brasil Colônia, com fundamentos nas Ordenações Filipinas, mesmo que não estruturado da maneira que se apresenta atualmente, visto que “os promotores públicos da época eram nomeados e exonerados livremente pelos presidentes das províncias e vinculavam-se ao Poder Executivo” (Maia Neto, 1999 apud Tejedadas, 2013, p. 464).

O Serviço Social no MP surge por transformações advindas da Constituição Federal de 1988, quando ele passa a trabalhar a defesa e garantia de direitos. De acordo com Tejedadas (2013, p. 469), há “profunda relação entre a missão institucional do Ministério Público, conferida na Constituição Federal de 1988, e o projeto ético-político do Serviço Social”, pois ambos envolvem a defesa dos direitos como diretriz primordial. Sendo assim, na instituição a ação profissional está estritamente relacionada com os objetivos primordiais e básicos do MP: o acesso da população a seus direitos fundamentais indisponíveis, bem como a manutenção da justiça social.

Conforme indicado pela Brochura “Atuação de assistentes sociais no sociojurídico: subsídios para reflexão” (CFESS, 2014), a ação do Serviço Social no MP caminha por 2 linhas: uma voltada para os direitos individuais indisponíveis e outra para os coletivos e difusos. Esta segunda está presente em apenas algumas regiões e se divide em duas faces: a análise de programas e orçamentos públicos como avaliação de políticas públicas – também para captar demandas não atendidas – e a fiscalização de entidades de atendimento, no fortalecimento do controle social pela relação das estruturas do MP com movimentos sociais e conselhos de direitos (CFESS, 2014).

O Serviço Social enquanto categoria profissional inserida no sistema jurídico, constituindo então um campo sociojurídico de ação para a profissão, se depara com desafios não apenas nas relações institucionais, mas também nos limites de suas competências com a ação interdisciplinar nesses espaços. Inegavelmente há uma contradição presente na relação entre a autonomia relativa do/a assistente social, algo indicado amplamente ao longo da graduação, e a postura profissional na garantia

do acesso pleno da população a seus direitos. Uma grande preocupação que recai na categoria é o posicionamento crítico e de “defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo” (CFESS, 2011, p. 23), mesmo sob os grilhões institucionais de determinados espaços sócio-ocupacionais. A autonomia relativa versa sobre os limites na ação profissional devido a diversos fatores do cotidiano institucional, em especial à correlação de forças política, econômica e social, e delinea o estabelecimento de relações com os sujeitos de direito, de acordo com lamamoto (2009, p. 33), as

Distintas inserções profissionais condicionam: as condições em que se materializa a autonomia profissional o trabalho concreto realizado e seus efeitos no processo de reprodução das relações sociais. Isto porque são espaços ocupacionais de natureza, racionalidade e finalidades exclusivas. Forjam, assim, específicas condições e relações sociais por meio das quais se realiza o exercício profissional no mercado de trabalho.

Ou seja, inegavelmente todos os espaços de inserção do/a assistente social exigirão adaptação, reconhecimento institucional – daí a importância de uma análise e elaboração de plano de trabalho ao adentrar em um espaço sócio-ocupacional – e elaboração de estratégias para a ação profissional, tendo como base o Projeto Ético Político e o Código de Ética da profissão.

Outro elemento que atravessa a inserção do Serviço Social nos espaços sócio-ocupacionais é a própria visão que determinada instituição possui da categoria. Trazendo a discussão para o MPSC da Comarca de Palhoça, mesmo que os profissionais de outras categorias e formações compreendam a ação do Serviço Social como única e sua autonomia em relação às Promotorias de Justiça, pela lógica burocrática do MPSC, o setor ainda serve funcionalmente para responder diligências e, realizar a maior parte dos atendimentos aos usuários. Mesmo que os atendimentos à população nos mais diversos campos sejam competência de diferentes categorias, é notável como em determinadas instituições o Serviço Social passa a ser responsável por toda interação com os usuários, mesmo que as outras categorias também tenham isto programado em seu plano de trabalho. Estes pontos são evidenciados ao longo do processo de estudo da inserção do Serviço Social no sistema jurídico, por meio da realidade institucional ganha materialidade a ideia do campo do direito como privilegiado nesses espaços da área sociojurídica.

Referente a esta área, conforme Borgianni (2013), há uma estrutural disputa sobre quem possui o “direito de dizer o direito”, pela concepção de Bourdieu, entre os “operadores de direito” dentro das instituições desta área. Lukács (2013) menciona a questão dos “especialistas” na área e a autonomia relativa imposta aos outros profissionais pois apenas alguns poderiam dominar a linguagem e códigos específicos, o que remete ao conceito de “astúcia da razão” que o próprio autor menciona, projetando uma mistificação da eticidade da ação profissional (Sartori, 2018). Isso faz com que o campo seja entendido “como um complexo fechado na própria imanência, autossuficiência, acabado em si, que apenas é possível manejar corretamente mediante a lógica jurídica” (Sartori, 2010, p. 96). Logo, a inserção do Serviço Social nestes espaços será permeada pela própria correlação de forças já existente entre os conceitos de Direito, justiça, os agentes de sua matéria e a relação com o Estado, o que também é apontado pelos autores.

Vale destacar que o conceito de justiça abordado aqui representa aquele conhecido pelo *status quo* e sistema da sociedade, em sua mais pura essência, de acordo com Tribunais de Justiça, Juízes e agentes do Direito. A grande questão é que esta imagem se passa mais como um elemento subjetivo na vida dos sujeitos do que de fato concreto e representando uma justiça coletiva e para todos. Por isso, pode-se concluir que esta justiça amplamente expressada se alinha com a vontade e interesses mais individuais do que inteiramente populares, representando uma minoria na sociedade.

Dessa forma, a maneira como profissionais do Serviço Social se impõe no espaço dirá sobre as estratégias de ação a serem utilizadas para a viabilização de direitos à população. Conforme Bisneto (2007, p. 65):

Há uma luta social pela definição dos objetos das instituições e dos fins institucionais, através da imposição de saberes que estão ligados a relações de poder e a interesses econômicos, visando à manutenção e à ampliação do âmbito de atuação das instituições sociais. Com esses saberes, certos atores sociais pretendem manter o mandato social sobre o objeto institucional “reservado” a grupos específicos, que representam projetos de classes.

No entanto, apesar das limitações determinarem uma autonomia relativa ao/à assistente social, este não pode permitir que o embrutecimento institucional dite o desenvolvimento de suas ações, levando-o a uma passividade exagerada.

Referindo-se à Comarca de Palhoça, o setor de Serviço Social possui a ação profissional direcionada majoritariamente para atendimentos espontâneos à população, quando usuários buscam o setor voluntariamente, e Ordens de Trabalho, quando as Promotorias encaminham procedimentos para o/a assistente social realizar análise e elaboração de Estudo Social sobre determinada situação. Em ambas as ocasiões foi percebida frequência quanto às solicitações de internação compulsória, seja por dependência química ou por transtornos psiquiátricos. Estes pedidos ocorrem quando indivíduos buscam o sistema de justiça para requerer algum tratamento psiquiátrico de institucionalização a terceiros, em sua maioria familiares.

### 3.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE PALHOÇA

Em mapeamento dos serviços da RAPS realizado no contexto do Estágio Obrigatório de Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) no MPSC, período de identificação das demandas por internação compulsória, foram elencadas as instituições públicas presentes no município que estão envolvidas com o atendimento da saúde mental da população.

Percebendo essas demandas por internação como uma expressão da Questão Social e possuindo relação direta com os atendimentos prestados pela RAPS, há de tomar-se os serviços de atenção à saúde mental da população como objeto essencial para a análise da internação compulsória no município. Como bem indica Lewgoy (2013, p. 78),

o conhecimento e a problematização da realidade nos campos de estágio, pela familiarização com a instituição, com os programas e projetos, com a política social e ainda com a identificação das expressões da questão social, são elementos constitutivos de intervenção e elaboração do projeto de intervenção pelo aluno.

Nesse mapeamento foram identificadas 27 instituições inseridas na Política de Saúde no município de Palhoça: 3 Centros de Atenção Psicossocial (Infantil, Álcool e Drogas e II), 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Logo, percebe-se a presença da articulação entre três diferentes modalidades de saúde atenção primária (UBS), secundária (UPA) e média complexidade (CAPS) no município.



Os CAPS no município estão localizados em áreas centrais e por isso seriam considerados de fácil acesso para a população. Referente às UPAs, uma está localizada na região do centro, visando também facilitar o acesso e outra ao sul do município, para que os moradores de bairros mais distantes também tenham uma área de cobertura de serviços da saúde razoável. As Unidades Básicas de Saúde estão espalhadas por vários bairros de Palhoça, e sua equipe técnica e rotina de atendimentos varia conforme a densidade populacional na área de abrangência.

Ainda no âmbito da rede, vale destacar o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ), que mesmo pertencente ao território do município de São José, é uma instituição essencial para todos os municípios no Estado. É neste espaço que os sujeitos a serem internados compulsoriamente permanecem durante o tratamento, portanto, reconhecê-lo como integrante da RAPS na região é elementar.

No entanto, considerando uma área territorial de 394,850 km<sup>2</sup> e uma população totalizando 222.598 pessoas (IBGE, 2022), muitos sujeitos de direito em Palhoça acabam tendo o acesso a esses serviços dificultado pela distância de suas residências e a questão do transporte público no município, que vem sofrendo reduções de linhas, horários e rotas após a pandemia de COVID-19 no ano de 2020 a 2022.

Apesar das instituições serem territoriais e abrangerem grande parte dos bairros de Palhoça, o número de serviços localizados durante o mapeamento não parece dar conta do elevado número de habitantes para acessar tais políticas públicas. Mesmo com a difusão no território, a realidade ainda demanda do município ampliação da rede.

A territorialização está hoje presente nos documentos reguladores da ABS do SUS e incorpora em si mesma o modelo de atenção que se quer adotar. Mas os contextos político-ideológicos e os processos econômico-institucionais inviabilizaram, até agora, a reorientação para um modelo assistencial territorializado. Por isso, a territorialização da ABS não se completou e, por conseguinte, não se completou também o desenho da porta de entrada do SUS no Brasil (Faria, 2020, p. 4522).

Pela análise realizada no período de estágio, o município vem crescendo em proporções desmedidas nos últimos anos devido ao fluxo de migração pendular entre as cidades na Grande Florianópolis e a capital: devido à especulação imobiliária na ilha de Santa Catarina, os indivíduos que procuram a área para inserção no mercado de trabalho e qualidade de vida acabam sendo deixados de lado e são empurrados para as margens da grande cidade.

Buscando por um contexto sócio-histórico, de acordo com Lefebvre (2001), existem as cidades que são submersas pela industrialização, quando ocorre ampliação maciça da cidade e uma urbanização com pouca industrialização, o que o autor menciona ser o caso da maior parte das cidades da América do Sul, cidades com gigantes vizinhanças de subúrbios nas bordas territoriais. Nestes países latino-americanos, esse processo consiste na dissolução das antigas estruturas agrárias pelo êxodo rural - camponeses arruinados rumam para as cidades em busca de trabalho e sustento -, já que elas vão desaparecendo pelo jogo dos novos preços mundiais. Isso resulta na chamada implosão-explosão da cidade, o que se pode relacionar com o conceito de tecido urbano (Lefebvre, 2001).

Portanto, a questão de grande fluxo de habitantes, sejam brasileiros ou nativos de outros países, não se dá por acontecimentos recentes. Pode-se dizer que a industrialização junto suas tecnologias foi o ponto de partida para a discussão desta problemática urbana, e ela é o motor da acessibilidade aos serviços no município, pois ela traz questões em relação ao crescimento, planificação e desenvolvimento da realidade urbana e da cidade.

### 3.3 INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E O MPSC: RELATÓRIOS DE ATENDIMENTO E INFORMAÇÃO

A internação compulsória, como modalidade de hospitalização que exige ordem judicial para efetivação, possui estreita relação com o MP justamente pelo caráter jurídico destas situações. Com o objetivo de ampliar e tipificar as vias de institucionalização dos sujeitos, foram definidos os três tipos de internação psiquiátrica, de acordo com o Art. 6º da Lei 10.2016/01:

A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça (Brasil, 2001).

Portanto, levando em consideração que para ocorrer uma internação psiquiátrica – independente da autonomia do usuário – deve haver avaliação médica

diagnosticando a institucionalização, essas demandas quando recebidas pelas equipes de Serviço Social de qualquer espaço profissional, devem ser articuladas por análise de profissionais da saúde que indicarão a necessidade ou não de internação. De acordo com Novaes (2014), este procedimento deve ocorrer de acordo com os padrões internacionais segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e em acordo com Tratado de Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental.

Há de se salientar que “conflitos familiares ou profissionais, a não conformidade com valores morais, sociais, culturais, políticos ou religiosos da comunidade da pessoa, ou [...] história de tratamento anterior ou uma hospitalização como usuário” (Novaes, 2014, p. 343) não se constituem como agentes determinantes de questões psiquiátricas e/ou dependência química, e conseqüentemente a internação compulsória. Portanto, é importante traçar uma linha entre a avaliação médica e a opinião familiar sobre possível diagnóstico de um sujeito, levando em conta tanto a valorização do componente médico especializado nas situações, quanto uma análise da realidade familiar para compreender possíveis violações de direito – estas que não determinarão a hospitalização.

A internação compulsória, portanto, é aquela encaminhada por deferimento do Poder Judiciário, conforme o Art. 9º da Lei 10.2016/01 pontuando que “a internação compulsória é 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). Feito isso, o indivíduo deverá ser avaliado por um profissional competente que fará os encaminhamentos de acordo com a situação clínica do sujeito. No município de Palhoça, tendo o diagnóstico de internação deferido pelo juiz, o usuário é direcionado a tratamento no IPQ, com duração média de 15 dias a 1 mês, visando a estabilização do quadro de saúde.

A internação compulsória continua sendo restrita às medidas de segurança, enquanto a possibilidade de internação involuntária passa a ser permitida apenas em casos específicos em que o tratamento ambulatorial não funcione como meio de reinserção social do dependente, quando há risco iminente de vida do usuário ou terceiro, sendo que entendimento diverso leva necessariamente a violações constitucionais e de tratados internacionais de direitos humanos, dos quais o Brasil é signatário (Novaes, 2014, p. 351-2).

No entanto, o que muitas famílias buscam através destas solicitações é um afastamento prolongado dos sujeitos a serem institucionalizados, como uma espécie de acolhimento em instituições de longa permanência. Logo, esta demanda possui relação direta com a Portaria nº 3.088/11 que regulamenta “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)” (Brasil, 2011), a qual destaca que:

São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros (Brasil, 2011).

Isto é, para atender tais demandas seria necessário que estes usuários fossem acolhidos, por exemplo, por Serviços Residenciais Terapêuticos, de acordo com a Portaria nº 3.090/11, do mesmo ano:

Configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares (Brasil, 2011).

Contudo, como observado no período de estágio, o município de Palhoça não possui estas Residências de maneira inteiramente pública, dando espaço a instituições do terceiro setor conveniadas à Prefeitura Municipal de Palhoça. Sendo assim, os sujeitos de direito acabam não tendo uma alternativa acessível para suas demandas, dificultando o acesso da população solicitante a este serviço, visto que os custos dessas institucionalizações não correspondem à média de renda de parte dos habitantes da cidade, limitados pela questão socioeconômica, pelo observado em estágio.

O reconhecimento da trajetória histórica das instituições que atuavam no passado como residências para aqueles que possuem transtornos mentais, como mencionado no capítulo anterior, é essencial pois estes espaços ofereciam um tratamento mascarado de seus pacientes, com caráter corretivo e moralista em nome

de um “processo terapêutico”. Ademais, as políticas públicas do município de Palhoça também têm forte papel no atendimento dessas demandas, pois é o seu sistema que estabelecerá o acesso a esses direitos, como a utilização de serviços de atenção psicossocial, o que também está intrinsecamente relacionado à atuação do Serviço Social do MPSC, visto que uma competência fundamental de assistentes sociais é viabilizar a garantia de direitos e acesso da população, conforme o Código de Ética (CFESS, 2014) da categoria.

Para que uma prática transformadora seja realizada, no sentido de atender as demandas da população, se faz necessário uma análise aprofundada da realidade apresentada diante do cotidiano profissional. Essa ação profissional, deve ser fruto de estudo e debruçamento do/a assistente social sobre seu objeto de estudo com apoio na teoria social crítica, e neste caso a partir da fundamentação teórica do Serviço Social, da Saúde Mental e Saúde Coletiva. Sendo assim, surge a proposta de analisar os Relatórios elaborados pelo Serviço Social da instituição em questão, pois apropriar-se da realidade é a melhor maneira de elaborar estratégias profissionais para a construção de políticas públicas efetivas e a viabilização dos direitos. Isto é essencial “para a escolha da estratégia de enfrentamento” (Novaes, 2014, p. 343).

### **3.3.1 Dados sobre os atendimentos para internação compulsória no MPSC de Palhoça nos anos de 2022 e 2023**

Quanto à natureza e os encaminhamentos dos Relatórios elaborados pelo setor, havia dois principais modos das demandas de internação compulsória chegarem ao Setor de Serviço Social na Comarca de Palhoça. A maneira mais comum, dado expresso pelo elevado número de atendimentos iniciais registrados sem antecedência de Ordem de Trabalho<sup>4</sup>, ocorria por meio de atendimentos espontâneos da população. Por se tratar de uma instituição aberta para atendimento ao público, muitos usuários procuravam o espaço físico ou meios eletrônicos, como aplicativos de mensagens e contato telefônico, para iniciar um atendimento.

---

<sup>4</sup> Documento encaminhado pela Promotoria para solicitação de Estudo Social do Serviço Social do MPSC. “Art. 5º Sempre que o órgão de execução do Ministério Público necessitar que seja realizado determinado trabalho relacionado com o diagnóstico, desenvolvimento, aconselhamento, a orientação, o encaminhamento, a prevenção e o tratamento de aspectos sociais em procedimento afeto à área de sua atribuição, deverá fazê-lo mediante a expedição da competente “ORDEM DE TRABALHO” [...] a ser cumprida pelo Assistente Social” (MPSC, 2006).

Ao buscar o atendimento espontâneo, os usuários são inicialmente recebidos no Fórum da Comarca, ou então no prédio específico do MPSC. Em Palhoça, há uma triagem inicial na recepção do Fórum, então o encaminhamento para o MPSC e a segunda triagem na recepção da instituição. Dessa forma, quando o sujeito entra em contato com o Serviço Social, uma prévia do assunto do atendimento e informações do usuário são encaminhados pela recepcionista ao setor, e devidamente armazenadas em um documento para registro de atendimento. Sendo a demanda correspondente com as competências da instituição, um Relatório de atendimento é elaborado e encaminhado à Promotoria que trata do determinado assunto.

Outra maneira de recebimento das demandas era através de Ordens de Trabalho, na maior parte das situações em Notícias de Fato ou Procedimentos Administrativos nos quais a Promotoria competente solicita elaboração de Estudo Social da Analista em Serviço Social. A Notícia de Fato, conforme art. 1º da Resolução nº 174/2017 do Conselho Nacional do Ministério Público

é qualquer demanda dirigida aos órgãos da atividade-fim do Ministério Público, submetida à apreciação das Procuradorias e Promotorias de Justiça, conforme as atribuições das respectivas áreas de atuação, podendo ser formulada presencialmente ou não, entendendo-se como tal a realização de atendimentos, bem como a entrada de notícias, documentos, requerimentos ou representações (CNMP, 2017);

Já de acordo com a mesma Resolução, porém no Art. 8º (2017), há também Ordens de Trabalho advindas de Procedimento Administrativo, que seria

o instrumento próprio da atividade-fim destinado a:

- I – acompanhar o cumprimento das cláusulas de termo de ajustamento de conduta celebrado;
- II – acompanhar e fiscalizar, de forma continuada, políticas públicas ou instituições;
- III – apurar fato que enseje a tutela de interesses individuais indisponíveis;
- IV – embasar outras atividades não sujeitas a inquérito civil.

Parágrafo único. O Procedimento Administrativo não tem caráter de investigação cível ou criminal de determinada pessoa, em função de um ilícito específico. (CNMP, 2017).

Ao pensar nas principais diferenças entre uma Notícia de Fato e um Procedimento Administrativo, percebe-se que a primeira se refere a um processo em seu estágio inicial, como os atendimentos espontâneos, representações introdutórias de outras instituições sobre as situações, como Relatórios do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), do Centro de Referência de Assistência

Social (CRAS) e CAPS. Enquanto isso, o Procedimento Administrativo representa uma ação com mais acúmulo de documentos, tempo e envolvimento do Ministério Público, muitas vezes já tendo percorrido o Poder Judiciário e a ele retornado.

Sendo assim, após determinado momento, quando a situação se enquadra em uma das hipóteses previstas no Ato 398/2018 (MPSC, 2018) ou pelo decurso do prazo, padronizado em 30 dias e prorrogável por mais 90 dias, uma Notícia de Fato pode evoluir para Procedimento Administrativo, de acordo com despacho (decisão) do Promotor/a da Promotoria competente à situação.

Todas as Ordens de Trabalho até então observadas tinham como objetivo a elaboração de Estudo Social. Isto demonstra uma incisiva atribuição da assistente social na instituição, que utilizará este instrumento de trabalho para expressar suas dimensões técnico-operativas, teórico-metodológicas e ético-políticas na sua ação profissional através de uma perspectiva de totalidade, visando apreender as diferentes esferas presentes nas vidas dos usuários, como aponta Tejedadas (2013, p. 477):

um Estudo Social construído a partir da ótica da garantia de direitos foge ao lugar-comum do enquadramento das relações sociais. Ele traz novos prismas interpretativos para as situações individuais que as conectam ao universal, às determinações sociais, políticas, econômicas e culturais e, por isso, causa estranheza.

Portanto, é elementar que a análise da assistente social esteja amparada pela premissa da viabilização de direitos da população usuária, visando garantir o pleno acesso dos usuários àquela ou a seus direitos individuais indisponíveis. Quando pensada de maneira positivista, a ação profissional nunca dará conta de englobar a complexidade do real que se apresenta, é isto que Tejedadas traz na citação. Deve-se manter aqui a perspectiva dialética, distinguindo a aparência da essência e apreendendo as mediações entre singular, particular e universal do materialismo histórico de Marx.

A possibilidade de um conhecimento sintético e completo da realidade - o conceito como reprodução do concreto [...] - e a existência de um movimento dialético imanente às próprias coisas (desenvolvimento das formas sociais, como movimento do real, no tempo, por exemplo) (Marx, 2008, p.27).

A pesquisa baseou-se na leitura e análise documental dos Relatórios de atendimento e informação elaborados pelo Serviço Social no MPSC da Comarca de Palhoça, com base no roteiro de coleta de dados (Apêndice I), cujas informações qualitativas foram submetidas à análise temática de Bardin (1977) e os dados quantitativos submetidos à estatística simples. Nesse momento, explicitam-se os dados numéricos dos dados coletados em sua totalidade, 2022 e 2023, e tece-se uma análise teórico-crítica das informações encontradas.

No ano de 2022, entre os meses de abril e dezembro, foram realizados no setor 255 atendimentos ao total, incluindo espontâneos e/ou agendados por Ordem de Trabalho dos mais diversos assuntos. Destes, 32 foram classificados no sistema interno da instituição com a temática de “Internação” ou “Internação Psiquiátrica Compulsória” e 23 Relatórios foram elaborados envolvendo o assunto. O número de atendimentos é superior ao de Relatórios devido a estudos que exigiam mais atendimentos com diferentes membros de uma família ou situações que foram encaminhadas diretamente à rede, sem a elaboração do Estudo Social. Ademais, por este mesmo motivo, no ano foram elaborados 115 Relatórios, um número consideravelmente inferior ao total de atendimentos.

Já no ano de 2023, até o mês de setembro – data limite de coleta de dados, foram realizados 202 atendimentos no setor. Os classificados como internação totalizaram 28 e destes, apenas 8 tiveram o tema específico da internação compulsória. No entanto, foram identificados 15 Relatórios com a temática da pesquisa. O desencontro desse número está relacionado a uma particularidade dos dados preenchidos na tabela de registro de atendimentos, além das classificações do sistema operacional interno do MPSC. Por exemplo, uma situação que envolva cuidados com idoso e internação compulsória, não poderá ser classificada como ambos os assuntos no sistema. O Relatório, claro, apresentará todas as demandas, a análise e os dados coletados em entrevista e conversa com familiares, porém, caso os cuidados com o idoso sejam a prioridade na situação, este Relatório não será identificado com o assunto “internação compulsória”. No entanto, em algumas das situações, a classificação foi reduzida à “internação” quando deveria ter sido especificada como compulsória.

Isto é, apesar da internação compulsória ser reconhecida como uma alta demanda da instituição, por vezes está atravessada por outras demandas mais urgentes do atendimento. Por isso a importância de elaborar Relatórios detalhados e



que expressem as reais e diversas demandas da população, para que não tenham seus direitos violados por uma limitação no sistema de registro das temáticas de seus relatos.

**Quadro 1 - Classificação de assuntos de atendimentos em 2022 e 2023:**

<b>Assuntos:</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Educação básica (escola e creche)	39	21
Internação/Internação compulsória	32	28
Interdição/Cuidados com idoso	31	17
Denúncias (ameaças)	26	19
Saúde (Solicitação de medicamentos)	21	21
Guarda/curatela	17	16
Atendimento marcado (atendimentos de Ordens de Trabalho)	14	09
Cuidados com Pessoa com Deficiência	04	02
Subsídio/auxílio financeiro	03	06

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Apesar de haver a classificação específica “Atendimento marcado (atendimentos de Ordens de Trabalho)”, todos os outros assuntos também envolviam atendimentos a partir de Ordens de Trabalho. No entanto, essa classificação era nomeada pela recepção do Ministério Público, era nomeada de acordo com a manifestação do usuário quanto ao próprio atendimento. Portanto, ao chegar ao MPSC, caso o sujeito nomeasse o assunto de seu atendimento, “hora marcada”, assim ficaria registrado no documento de registros de atendimento do setor.

Em 2022, entre os 23 Relatórios realizados sobre a temática, 19 foram elaborados a partir de atendimentos espontâneos, enquanto apenas 4 tiveram como origem uma Ordem de Trabalho exigindo Estudo Social. Essa discrepância entre os números se dá justamente pela alta procura direta da população por internação psiquiátrica às instâncias jurídicas, como o MPSC ou o próprio Tribunal de Justiça de

Santa Catarina (TJSC). Já no ano de 2023, dos 15 Relatórios elaborados por atendimentos espontâneos e apenas 4 advindos de Ordens de Trabalho.

Este dado expressa uma grande procura inicial dos próprios usuários pela internação compulsória na Instituição, superando o número de encaminhamentos da rede através de ofícios e pelas Promotorias. Neste interim, vale rememorar os três tipos de internações psiquiátricas: voluntária; involuntária; compulsória (Brasil, 2001). A partir da experiência de estágio, pode-se perceber que para que uma família busque o MPSC com uma demanda de internação, possivelmente foi alertada pela rede que a maneira mais assegurada de afastamento do usuário seria compulsoriamente, visto que a internação voluntária exige consentimento do próprio, e a involuntária é viável apenas em momentos de crise extremos ou em situações de indivíduos interditados/curatelados. Dessa forma, os (as) atendidos (as) procuravam no MPSC uma forma de obrigatoriamente internar os requeridos, ressaltando a postura reguladora e autoritária que o campo jurídico possui.

Os Estados possuem um órgão encarregado da ação penal [o MP], não deixando a missão de processar criminalmente um cidadão na mão de particulares. Geralmente, essa é uma tarefa desempenhada por promotores, mas até a polícia já foi encarregada de apresentar matérias penais para os tribunais em algumas democracias (Cf. Fionda, 1995; Tonry, 2012) [...] O Ministério Público e o Poder Judiciário, embora façam parte do sistema de justiça e, em alguns casos, sejam formalmente parte do mesmo Poder de Estado, têm atribuições diversas (Kerche, 2018, p. 573).

Sendo assim, mesmo que o MP não se enquadre burocraticamente no Poder Judiciário, há esta visão do senso comum que encara a área jurídica como inteiramente interligada sobre o véu de uma mesma jurisdição e dinâmicas, como se as diferentes estâncias fossem de uma mesma instituição. Este pensamento surge principalmente devido à ideia do direito como um campo para poucos, estruturalmente limitando a percepção que a população tem sobre esta esfera como se fosse compreensível e permitida apenas aos mais superiores e habilitados.

Nas situações que já se enquadravam como Notícia de Fato ou Procedimento Administrativo – portanto Relatórios de informação – muitas vezes a busca inicial pela internação tinha sido realizada à outra instituição da rede, como o próprio CAPS ou CRAS. Sendo assim, os encaminhamentos eram feitos fora da esfera jurídica até que fosse identificada necessidade de ação neste âmbito. Alguns exemplos são as situações em que o sujeito a ser internado não comparece à avaliação psiquiátrica e

a equipe de atenção do CAPS encaminha ofício explicitando a ausência do sujeito e possível violação de direitos na família, sugerindo que alguma ação judicial seja encaminhada em relação aos conflitos e rompimento de vínculos familiares.

Diferentemente de instituições totais que operam na lógica da segregação produzindo, no caso das instituições em saúde mental, a perda da identidade e redução dos sujeitos à doença mental – entendida como desvio social ou moral –, os CAPS propõem cuidados a partir da clínica ampliada. A ampliação da prática de cuidado pressupõe a valorização da subjetividade, singular e complexa, e a possibilidade de trocas cotidianas nos planos micro e macropolítico, considerando as dimensões sociocultural e jurídico-política da Reforma Psiquiátrica Brasileira. “Entre” sujeitos e instituições, “entre” clínica e política devem ser problematizados os direitos dos usuários em intenso sofrimento psíquico (Emerich et al, 2014, p. 686)

Isto é, justamente por não ser uma instituição total, mas sim para tratamento ambulatorial e terapias de acompanhamento periódico, os CAPS não podem assumir a função dos institutos e hospitais psiquiátricos. Dessa forma, ao se deparar com situações extremas de violações de direitos como direito vida e à própria saúde dos usuários, a instituição deve encaminhar para a rede as possíveis atuações e estratégias de atenção psicossocial, visando à proteção integral da família e dos sujeitos. No caso em que a internação compulsória possa se enquadrar, esse encaminhamento terá como destino o Poder Judiciário, e uma das portas de entrada para o recebimento destas informações e ofícios é o MP. Por isso há fundamental relação entre as instituições nessas situações, e as equipes devem estar bem articuladas dada a frequência de ocorrências.

### **3.3.2 Dados sobre o perfil dos (as) solicitantes, sujeitos e motivos para internação compulsória**

A partir da análise, um recorte sistemático foi feito nos Relatórios elaborados nos anos de 2022 e 2023. No que diz respeito ao perfil do usuário solicitante da internação compulsória para um terceiro, em 2022 na sua grande maioria eram mulheres do círculo familiar do sujeito, totalizando 19 mulheres solicitantes e 4 homens. Já em 2023, esse dado se repete, com 14 mulheres solicitantes e apenas 1 homem. Quanto à relação parental, foi percebida grande maioria de solicitantes indicaram ser mãe ou pai do sujeito, em ambos os anos, como aponta o quadro:

**Quadro 2 - Grau de parentesco dos (as) solicitantes:**

Solicitante	2022	2023
Mãe/pai	14	09
Irmã/o	05	02
Esposa/o	02	01
Outro	02	03

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Já em relação ao perfil do sujeito a ser internado, a questão do gênero é invertida e os homens tomam vantagem numérica, representando 18 dos 23 Relatórios, enquanto apenas 5 mulheres possuem familiares solicitando sua internação compulsória no setor. Em 2023, os homens também possuem protagonismo no perfil dos sujeitos a serem internados, representando 10 dos 15 Relatórios analisados.

Os dados sobre o perfil dos sujeitos envolvidos nas solicitações são essenciais para uma análise de quais parcelas e classes da população presenciam com maior frequência as situações envolvendo internação compulsória. Esta direção possibilita uma melhor compreensão da realidade social em que os sujeitos estão inseridos e isso, como reforçado anteriormente, é a chave para uma ação profissional estratégica.

Nessa perspectiva, rememora-se o que Marx (2008) aborda sobre o materialismo histórico e o atravessamento do concreto real e do mundo das ideias para a formação do que é a vida e as relações humanas e sociais. Um surge no outro e resulta em si próprio, é a soma das individualidades do ser e o que ele experiencia cotidianamente. Um movimento constante de dependência simbiótica entre o que o ser pensa e o que vive na materialidade da vida, todas as questões que o atravessam o compõem como humano e montam um perfil, por isso a importância da reflexão sobre esta categoria.

A totalidade dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência (Marx, 2008, p. 47)

Apesar do roteiro de coleta de dados (Apêndice I) sugerir a identificação de raça/etnia, durante a análise dos Relatórios foi constatada a ausência destas informações na maior parte dos documentos. Os Relatórios foram elaborados através de entrevistas aos usuários, e mesmo que não houvesse um roteiro específico de perguntas, algumas acabavam sendo elementares para a elaboração destes. No entanto, considerando que as informações não foram interpretadas como essenciais para a solicitação da internação, estes dados não eram incluídos. Ponderando sobre a presente análise, reconhece-se a importância destes elementos na compreensão da totalidade de cada situação, mas por vezes ao informar os dados sobre determinada família às Promotorias, esse dado poderia ser interpretado como irrelevante pelas equipes.

Quanto à questão da raça/etnia, apesar dos dados não expressos nos Relatórios, percebe-se que a relação da internação compulsória com pessoas não brancas na sociedade é intensificada à medida que as parcelas racializadas da população possuem grande parte de seus direitos violados pelo próprio Estado.

Vale lembrar que os discursos em torno da internação compulsória atingem, sobremaneira, pessoas que já estão marcadas por estigmas sociais. É o caso das pessoas em situação de rua, majoritariamente pertencentes à população negra, já alvo de um racismo velado e de uma violência implícita. [...] É nesse sentido que o racismo e a violência, como sintomas sociais da nossa época (Laurent, 2013), bem como o ódio destinado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, e sua face de segregação irrompem nas instituições, nas ruas, nas relações familiares e atravessam, muitas vezes, o campo das políticas públicas (Ribeiro, Nascimento, 2020, p. 7-8).

Isto é, além de enfrentar a estigmatização da dependência química e repressão higienista de exclusão, os indivíduos negros/pardos/indígenas/quilombolas que se encontram nessa situação, somados à sua classe social, são distanciados ainda mais do acesso aos seus direitos.

Os estigmas trazem consequências para a vida social do sujeito, deixando-o com papéis e funções sociais restritos, o de “drogado”, não se enxergando, dessa maneira, além do uso de drogas, o sujeito capaz de cumprir com suas obrigações e papéis sociais. [...] Faltam campanhas que desmistifiquem com os estereótipos que se impregnaram nesses sujeitos ao longo da história, estereótipos que o inferiorizam e o discriminam na sociedade (Sheffer, Quixaba, 2015, p.99).

Essa mistificação dos estereótipos é justamente a construção sócio-histórica das identidades desses sujeitos, desde os primórdios das sociedades. Para Goffman (1891, p. 7) “um estigma é então, um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo”. O autor ainda defende que a visão de normalidade dos sujeitos pode ter surgido juntamente com a origem da abordagem médica, quando aqueles que não respondiam à determinados fenômenos, como doenças e transtornos psiquiátricos, da maneira esperada.

Quaisquer que sejam suas origens, ela parece fornecer a representação básica por meio da qual os leigos usualmente se concebem. De maneira interessante, parece ter surgido uma convenção na literatura popular segundo a qual uma pessoa de reputação duvidosa proclama o seu direito de normalidade citando o fato de ter-se casado e ter filhos e, muito estranho, declarando ter passado o Natal e a Ação de Graças com eles (Goffman, 1891, p. 7).

Melhor dizendo, para se enquadrar nos padrões estabelecidos, as pessoas passam a forçar atributos a si mesmas, com o intuito de mostrarem-se “normais” e não sofrerem a mencionada estigmatização. O conceito de família tradicional brasileira, o casal branco constituído por homem e uma mulher adultos, com dois filhos, classe média alta, por exemplo, se enquadra nesse pensamento. O modelo ideal para o sistema e visão da sociedade é um grupo familiar “limpo” da dependência química, então aqueles sujeitos envolvidos nas solicitações de internação compulsória acabam sendo classificados como população marginalizada justamente por não se enquadrarem nos parâmetros desejados pelo *status quo*.

Toda esta linha rememora o início dos hospitais psiquiátricos, antes mencionados, quando a internação se resumia na segregação dos “desajustados” por não seguirem a ordem padrão, os estigmas que lhe são atribuídos, seja por sua classe, gênero, raça/etnia, orientação sexual. Quando a diversidade destes estereótipos e os elementos que compõem a existência e identidade do ser se correlacionam, é o que se refere quando se trata da totalidade de uma vida, os diferentes aspectos do perfil dos sujeitos, o que também é reconhecido como interseccionalidade.

Com a categoria da interseccionalidade, Crenshaw (1994) focaliza sobretudo as intersecções da raça e do gênero, abordando parcial ou periféricamente classe ou sexualidade, que “podem contribuir para estruturar suas experiências (Idem, p. 54), [...]”. A interseccionalidade é uma proposta para “levar em conta as múltiplas fontes da identidade”, embora não tenha a

pretensão de “propor uma nova teoria globalizante da identidade” (Idem, ibidem) (Hirata, 2014, p. 62).

Dessa forma, a interseccionalidade une os aspectos levantados no roteiro de coleta de dados (Apêndice I) e funciona justamente para colaborar na compreensão do perfil dos sujeitos que buscam o serviço e para quem. Conforme apresentado através na análise, há tendências e padrões nesses perfis, como por exemplo a alta demanda de mulheres solicitando a internação de homens, na maioria mães para filhos ou companheiros. Este ponto atravessa uma discussão central da luta feminista, a responsabilização do trabalho de cuidado familiar às mulheres.

Há muito tempo, na sociedade de uma maneira geral, o compromisso de assegurar o bem-estar da família e a ordenação dos comportamentos de seus membros foi atribuído às mulheres. Seja as avós, mães ou irmãs, as mulheres são consideradas o símbolo de ajuda e o suporte emocional, sendo responsabilizadas pelas relações intrafamiliares. Nas situações analisadas de internação compulsória, era nítido o papel que as solicitantes assumiam involuntariamente ao buscar o tratamento para seus filhos ou familiares. Sentiam-se na necessidade ética de consertar os indivíduos, pois acreditavam que um desvio de seu crescimento os tinha levado à atual condição. Ou seja, pelo seu ponto de vista uma própria falha sua como mãe/esposa resultara na dependência química do outro.

A ética faz as mulheres se sentirem responsáveis pela manutenção da ligação afetiva que mantém com os familiares. Assumem o ato de cuidar do outro como a concretização de suas responsabilidades. O imperativo moral para as mulheres caracteriza-se na obrigação e na ética do cuidado. A voz feminina não é percebida, é silenciada, pois traz um discurso contra hegemônico. Para os homens, prevalece o dever de respeitar as pessoas protegendo-as de qualquer interferência em sua autonomia ou nos direitos à vida e à autorrealização. (Renk, Buziquia, Bordini, 2022, p. 417)

Vale destacar que essa responsabilização não ocorre de maneira voluntária ou consciente. Justamente por ser algo intrinsecamente impregnado na história da sociedade humana, a priorização do masculino ao feminino não ocorre devido a uma passividade natural ou consentida pelas mulheres, mas sim por um sistema que as reprime e as obriga a assumir uma determinada função dentro do seu círculo familiar. Essa questão do gênero exemplifica a interseccionalidade presente nos elementos da análise, além de demonstrar no âmbito teórico a reflexão sobre este dado concreto de uma maior número de solicitantes mulheres do que homens.

Os constructos dos papéis sociais perpetuam o sofrimento moral das mulheres, obscurecendo as consequências das relações de poder existentes na vida social e da distribuição do cuidado e do trabalho no espaço familiar. Desta forma, os papéis de gênero vinculados à execução de cuidados, impactam diferentemente na saúde de homens e mulheres. (Renk, Buziquia, Bordini, 2022, p. 418)

Pensando em alguns debates que são trazidos atualmente, sobre a igualdade de gênero e de raças, o que se espera é que todas as diversidades sejam reconhecidas e igualmente consideradas nas diferentes esferas da vida em sociedade, seja na inserção em políticas públicas ou ocupações de cargos em instituições. Entretanto, como afirma Bezerra (2005), apesar de todos serem iguais perante a lei, o que se percebe na realidade experimentada é a falta de justificção para tantas desigualdades que atravessam a sociedade contemporânea. A autora aponta que quando os “irrelevantes”, neste caso toda a população reprimida e marginalizada previamente destacada, procuram por identificação e validação simbólicas, deparam-se apenas com barreiras e padrões inalcançáveis para suas particularidades.

Retomando os dados presentes nos Relatórios, quanto a naturalidade dos sujeitos e solicitantes, grande parte eram de famílias da região da Grande Florianópolis, enquanto 2 tinham como origem o estado do Rio Grande do Sul. A maior parte também está na faixa etária entre 20-50 anos. Em 2023, 11 das 15 famílias classificaram-se como da região, enquanto dois atendimentos envolveram residentes de São José, 1 do Paraná e 1 do Rio Grande do Sul. Este número elevado de pessoas da região buscando atendimento na Comarca de Palhoça diz respeito à territorialização do serviço, visto que apenas poderiam ser atendidos sujeitos residentes do município de Palhoça. Assim como o TJSC, o MPSC possui uma rede de circunscrições espalhadas pelo Estado, para possuir maior alcance e atendimento à população.

Para o exercício das atividades jurisdicionais, o território do Estado de Santa Catarina constitui seção judiciária única, fracionada, para efeitos da administração da Justiça, em 3 (três) subseções, 9 (nove) regiões, 40 (quarenta) circunscrições, 112 (cento e doze) comarcas e 183 (cento e oitenta e três) comarcas não instaladas, conforme disciplinam o artigo 3º da Lei Complementar n. 339, de 8.3.2006 e o artigo 1º da Resolução n. 08/2007-TJ e o art. 1º da Resolução n. 44/08-TJ. A comarca será constituída de um ou mais municípios, formando área contígua, com a denominação daquele que lhe servir de sede (TJSC, 2023).



Esse é um exemplo do que se chama de territorialização, que ocorre com inúmeros outros serviços, incluindo aqueles da política de assistência e saúde. A existência de instituições nos mais diversos territórios de um país, estado ou cidade, é essencial para o reconhecimento daquela população regional específica, compreender suas tendências e particularidades no sentido de abranger determinada área e acompanhar mais aproximadamente dada população.

Ao agir sobre um território com base nos dados e informações identificados sobre a dinâmica do real, a Política [...] torna visíveis aqueles setores tradicionalmente tidos como excluídos das estatísticas, quais sejam: a população em situação de rua, adolescentes em conflito com a lei, indígenas, quilombolas, pessoas com deficiência, entre outros (PNAS/2004) (MPSC, 2016).

Quanto à questão de formação estudantil e ocupação, remetendo à renda dos (as) atendidos (as), em ambos os anos, a maior parte dos relatos incluía solicitantes aposentados (as) ou beneficiários (as) de algum auxílio governamental, como o Auxílio Brasil à época, atualmente Bolsa Família, e o Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS). No que diz respeito à natureza de trabalho dos sujeitos a serem internados, a maior parte foi indicada como desempregada:

### Quadro 3 - Trabalho dos sujeitos a serem internados

	2022	2023
Desemprego	17	12
Informal	02	01
Aposentadoria	02	00
Formal	01	00
Outro/não mencionado	01	02

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Há alguns anos o desemprego no Brasil virou pauta de diversas categorias e análises socioeconômicas do país. Atualmente, de acordo com levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE, 2022), no segundo semestre de

2023, 8,6 milhões de brasileiros estão desempregados, e a taxa de desemprego no país alcança 8% da população. Quando se trata de internação compulsória, analisando os dados expostos neste capítulo, pode-se perceber que na maior parte das situações o sujeito está desempregado e dependendo financeiramente de seus familiares que solicitam a internação, o que acaba levando à presença de violência financeira e psicológica na maioria dessas situações.

O desemprego aqui mencionado, que também pode ser estudado no macro da questão, possui uma particularidade específica: é o desemprego atrelado à questão psiquiátrica ou à dependência química. Portanto, se para uma população que não é acometida por nenhuma destas questões já é extremamente difícil conseguir um emprego formal no sistema de capital concorrencial atual, imagine para os sujeitos que estão enfrentando conflitos internos contra a própria saúde mental.

Essa concepção diz respeito à relação do desemprego ao ócio, matéria que por sua vez é constantemente ligada à dependência química: a “vagabundagem” atribuída aos usuários de substâncias psicoativas ou a quem possui transtornos psiquiátricos.

Quando o sujeito dependente químico é estigmatizado como um “criminoso” ou “doente” ele naturalmente será visto e considerado pela sociedade e pelo mercado de trabalho como uma pessoa incapacitada para desenvolver qualquer função ocupacional; ou seja, ele não terá a oportunidade de mostrar sua capacidade e produtividade. O uso abusivo de drogas traz consigo a característica de rebeldia, irresponsabilidade; acarretando, assim, prejuízos financeiros para o dependente químico, pois, querendo ou não, a sociedade discrimina como “diferente” algo que não conhecem e as oportunidades de uma inserção no mercado de trabalho serão diminuídas; o sujeito pode até ter vontade e disponibilidade para o trabalho; porém, o estigma de “drogado” lhe trará algumas consequências diante do modelo societário vigente (Sheffer, Quixaba, 2015, p. 87-88).

Indiscutivelmente esta é uma questão estrutural e que opera através dos mecanismos de produção e reprodução do sistema capitalista atual. O argumento levantado aqui de nenhuma maneira culpabiliza o indivíduo pelo desemprego ou seu quadro de saúde, mas sim questiona as políticas que estão sendo colocadas para a população referindo-se a estes assuntos. Quais serão os esforços do poder público para que estas pessoas superem seus transtornos e sejam inseridas no mercado de trabalho? O que significativamente foi feito nos últimos anos para combater o consumo de substâncias psicoativas e transtornos mentais, e posterior afastamento dos empregos por estas questões?

Sem dúvidas, atualmente muito é falado sobre o combate ao desemprego no Brasil. Seja pelas mídias, jornais e até em conversas coloquiais, o assunto do desemprego é reconhecido como presente no país. Entretanto, o que não é evidenciado é seu caráter basilar na constituição do sistema capitalismo.

A ideologia neo-liberal também pode dificultar a implementação de uma política mais consistente em relação ao desemprego. Normalmente ela culpa o próprio trabalhador pelo desemprego. Num nível mais primário, ouve-se a alegação de que o trabalho existe, o trabalhador é que não tem disposição para ocupá-lo, seja por preguiça pura e simples, seja por não aceitar o preço a ser pago pelo seu trabalho (Reinert, 2001. p. 47).

Outro aspecto analisado foi a motivação da busca pela internação compulsória. Neste caso, a dependência química e as questões psiquiátricas entraram como principais razões, levando a conflitos familiares, comportamentos agressivos, violência psicológica e exploração financeira das famílias, estas foram as situações mais mencionadas. Para o ano de 2023, o cenário se assemelha muita ao do ano interior, as razões pela busca da internação compulsória permanecem no mesmo sentido, a violação de direitos familiares, dependência financeira, violência patrimonial, transtorno de acumulação, etc.

#### **Quadro 4 - Motivos para busca da internação compulsória:**

<b>Motivos:</b>	2022	2023
Dependência química	19	14
Conflitos familiares	17	13
Comportamento agressivo	11	12
Questões psiquiátricas	09	08
Violência financeira/patrimonial	08	07
Violência psicológica	07	01

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Vale ressaltar que esses dados eram somados uns aos outros em cada Relatório, por esta razão o número total de cada ano ultrapassa a quantidade de Relatórios correspondente. Melhor dizendo, justamente por uma dessas situações

nunca estar isolada de outras expressões na realidade cotidiana dos usuários, nunca havia um único motivo específico que levava a procurar pela internação, mas sim um conjunto de relações conflituosas e a preocupação das famílias pela preservação da integridade física e mental dos sujeitos a serem internados.

De uma certa maneira, todos esses motivos entrelaçam-se uns aos outros. Em muitos dos atendimentos, a prolongada dependência química na vida dos sujeitos acabava resultando em alguma questão psiquiátrica, como esquizofrenia ou transtornos de falta de atenção, dados que também foram expressos na análise dos Relatórios. E a exploração financeira e violência psicológica nessas situações também eram resultados do uso excessivo de substâncias psicoativas e álcool, pois este é um fenômeno que altera as percepções dos indivíduos e os leva a comportamentos que não condizem com seu padrão.

Sendo assim, poderia então a dependência química ser a origem de todas as expressões da Questão Social que advém dessas situações? Seria ela uma fraqueza do sujeito ou culpa dos familiares que não evitaram a dependência?

Na verdade, esse debate não é tão simples quanto parece, o ponto de vista do *status quo* possui tendência de culpabilizar o indivíduo pelo uso, e para responder essas perguntas é necessária uma análise extensa sobre o próprio tema de combate às drogas no âmbito da sociedade brasileira contemporânea. O que muitas famílias atendidas expressavam em relatórios é a questão de a raiz de sua solicitação de internação ser a dependência química, que o sujeito em questão só vivenciava aquela situação de violência e violadora de direitos pois havia o uso de substâncias psicoativas. Entretanto, justamente por todos os elementos atravessando suas vidas serem manifestações da Questão Social, percebe-se que a culpa nunca realmente será da dependência química ou do sujeito, pois não se constituem como origem da problemática, mas sim a realidade social brasileira.

No ano de 2006, através da Lei n. 11.343 (Brasil, 2006), foi instituído Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas<sup>5</sup>, que tem como objetivo principal prevenir o uso

---

<sup>5</sup> Antes da implementação desta Política, vale destacar a Política de Redução de Drogas no Brasil, que deste o século passado vem implementando programas e ampliando a rede para tratamentos do uso de substâncias psicoativas. “A Redução de Danos foi ao longo dos anos se tornando uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para a população de usuários de drogas” (Passos, Souza, 2011, p. 154).

indevido de drogas, focando na reinserção social e atenção dos sujeitos com dependência química, além de reprimir a produção e o tráfico ilícito de drogas.

Essa política possui alguns eixos centrais:

- i – redução da demanda: prevenção, promoção à saúde, cuidado, tratamento, acolhimento, apoio, mútua ajuda e reinserção social
- ii – gestão: incluídas as ações de estudo, pesquisa, avaliação, formação e capacitação; gestão de ativos.
- iii – redução da oferta: incluídas as ações de segurança pública, defesa, inteligência, regulação de substâncias precursoras, de substâncias controladas e de drogas lícitas, repressão da produção não autorizada, de combate ao tráfico de drogas, à lavagem de dinheiro e crimes conexos, inclusive por meio da recuperação de ativos que financiem ou sejam resultados dessas atividades criminosas (Brasil, 2021)

Entretanto, mesmo possuindo um arcabouço legislativo proibindo o uso e venda de drogas no país, a existência destes elementos só será extinguida uma vez que os ambientes da dependência química sejam transformados. O conceito de ambiente aqui trazido envolve a realidade social dos sujeitos, que só poderá ser mudada com uma análise verdadeira do que atravessa a vivência da população.

De acordo com alguns autores, e concluindo a partir dos atendimentos realizados, a própria a família se auto constitui como elemento fundamental na manutenção da ordem social e correção dos comportamentos dos sujeitos. Isto é, muitas categorias já reconhecem a família como responsável pelas condutas dos indivíduos, e, portanto, por sua realidade social – o ambiente mencionado, o que também se relaciona com os cuidados femininos e preservação da ordem familiar antes explicitados. Para Minayo (1998, p. 41),

Sem dúvida, as ações de prevenção ao abuso de drogas só alcançarão real efetividade se houver um investimento significativo e de qualidade na educação básica, na melhoria das condições de vida, na oferta de emprego sobretudo para jovens de comunidades mais pobres, no reforço cultural de valores que desfavoreçam a drogadição abusiva e na valorização do diálogo e apoio familiar.

Ou seja, por mais que a família possa representar fonte de apoio e auxílio na reinserção dos sujeitos enfrentando a dependência química, é apenas com transformações estruturais que a questão das drogas poderá ser erradicada. Melhor dizendo, o quadro de uso excessivo de drogas apenas pode ser revertido caso haja investimento na melhoria das condições de existência dos sujeitos, ofertando trabalhos dignos, sem exploração, respeitando as individualidades e particularidades

de cada um, em conjunto com implementação de políticas públicas que de fato garantam seu acesso aos direitos.

Portanto, a dependência química não está relacionada a uma culpa individual dos sujeitos, muito menos da sua família, mas sim na postura repressiva e dominante do Estado em relação aos assuntos envolvendo as substâncias psicoativas e o álcool. O tema da pesquisa exemplifica este caráter: a solução mais rápida e recorrida para essas situações é a internação psiquiátrica compulsória desligada de uma rede eficiente que acompanhe e promova a reinserção social destes indivíduos (Minayo, 1998).

Apesar de nem todas as situações envolverem a dependência química, pois também há possibilidade de internação psiquiátrica compulsória para o tratamento de questões psiquiátricas, como esquizofrenia e transtorno da bipolaridade – que apareciam com certa frequência nos atendimentos –, o álcool e outras drogas estiveram presentes como principais motivos para solicitação de internação. Vale destacar a alta incidência destes elementos como protagonistas nestas situações, e aqueles motivos que dela derivam: a exploração financeira, a violência psicológica, os conflitos familiares, entre outros.

### **3.3.3 Dados sobre histórico de acompanhamento na RAPS compulsória**

Em relação ao tempo em que os sujeitos se encontraram na situação mencionada nos atendimentos, 11 indicavam dependência química há mais de 5 anos, 4 sujeitos há 5 anos ou menos e em 8 Relatórios não foi mencionada a duração do quadro. No ano de 2023, a duração da situação que motiva os familiares a buscarem a internação compulsória é um pouco mais elevada. Destes atendimentos, em 3 o sujeito apresentava a condição há mais de 30 anos, em outros 3 há mais de 20 anos, outras 3 famílias mencionaram situações entre 3 e 7 anos, enquanto 6 Relatórios não continham a duração.

Um fato curioso, e que reflete uma triste realidade no país, é que boa parte dos atendimentos mencionavam o surgimento da dependência química durante a adolescência dos sujeitos. De acordo com Peuker et al (2020), a maioria das situações de uso excessivo de álcool e outras drogas ocorre em homens, em vulnerabilidade econômica, e é iniciada entre os 12 e 18 anos. Um dos fatores deste consumo precoce é a própria aprovação dos pais aos seus filhos, pois pensam não ser uma ação

prejudicial a longo prazo. No entanto, em muitas situações percebe-se o afastamento do indivíduo da própria família em uma idade e, portanto, nada tem relação com a dependência o consentimento dos pais. Novamente, percebe-se como a família não pode assumir o papel de responsável pelos comportamentos individuais de cada sujeito.

O papel relevante e decisivo das relações familiares resta evidenciado na mediação do funcionamento emocional de seus membros. [...] (Há necessidade de se desenvolver outros trabalhos e aperfeiçoar os existentes na rede pública e privada no que se refere às práticas direcionadas às famílias, no sentido de que a orientação seja um fator de proteção e prevenção ao uso de álcool e outras drogas, principalmente na adolescência (Peuker et al, 2020, p. 330)

Dessa forma, fortalecer a rede de atenção psicossocial dessas famílias, deve ser uma estratégia do Estado para prevenir que esse contato inicial de jovens e adolescentes com as drogas e o álcool ocorra. Se evitado no início, maiores são as chances do uso não se tornar excessivo e como consequência, não ser fonte de conflitos familiares e dos motivos mencionados na seção anterior.

O último elemento da análise diz respeito ao histórico de acompanhamento pela rede em relação à prevenção e/ou internação psiquiátrica anterior. Em sua grande maioria, os (as) solicitantes informaram que os sujeitos já foram internados, mas retomaram o uso de substâncias psicoativas, ou recusaram-se a aderir ao tratamento com medicamentos, acompanhamento médico, ocasionando a desregulação de seu quadro clínico. No ano de 2023, os dados também não diferem muito do ano passado. O quadro a seguir ilustra numericamente em quantos Relatórios cada ação foi mencionada:

**Quadro 5 - atendimentos do usuário RAPS prévios e atuais:**

<b>Histórico:</b>	2022	2023
Acompanhamento CAPS	14	08
Houve internação psiquiátrica previamente	12	11
Recusa de tratamento	12	13
Acompanhamento saúde (UPA/UBS)	03	02

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Novamente, em todos os casos de ambos os anos, o usuário já havia algum envolvimento com o sistema de saúde do município ou região, em especial da RAPS. Muitos já possuíam histórico de institucionalização e após alta, seja pela recusa de tratamento contínuo ou pela dificuldade em seguir com o tratamento, pelo fornecimento de medicamentos ou agendamento de consultas, a maior parte destes usuários acaba retornando ao quadro anterior ao da internação e este ciclo continua sendo reproduzido. Outro elemento é a questão de usuários em situação de rua envolvidos com a dependência química, o que não foi apresentado pelos dados coletados no município mas deve ser considerado na análise da temática.

Esse dado é interessante pois demonstra justamente a ineficácia da internação compulsória<sup>6</sup> como opção para solucionar a questão da dependência química ou dos transtornos psiquiátricos uma vez que o próprio sujeito deve ter a total liberdade de escolher seguir com comportamentos anteriores da internação. Por mais que soe como uma alternativa para cessar a urgência da família de afastamento do sujeito, nada adiantará a internação quando ele retornar da institucionalização e não aderir acompanhamento da RAPS. Esta falta de adesão está vinculada a duas principais linhas: a recusa voluntária de tratamento e a falta de acesso do indivíduo à própria rede.

A dificuldade de compreender o que são e como se articulam os diversos elementos presentes nessas noções [de tratamento] nada óbvias, levam muitos dependentes e codependentes a gastarem um tempo demasiadamente longo para implementá-las – sentindo-se incapazes de avançar, acabam abandonando o tratamento e voltando ainda mais debilitados à situação inicial (Calábria, p. 2007, p. 67).

A autonegação pelo tratamento pode ser causada pela estigmatização do consumo de drogas, antes mencionada, que faz os sujeitos não se enxergarem como capazes de interromper o uso das substâncias psicoativas. Isto ocorre devido ao constante julgamento do fato como culpa exclusiva do ser, e não como uma questão clínica, mas sim moral. Por isso, muitos acreditam que por sua própria força de vontade ou livre escolha conseguirão “curar-se” do vício e retomar uma vida digna e

---

<sup>6</sup> Isto é, apesar da internação ser indicada como um dos encaminhamentos principais da dependência química, vale destacar a contradição existente entre os Institutos de Psiquiatria, as Comunidades Terapêuticas e a fragilidade da RAPS.



respeitada pela visão da sociedade padrão. Quando na verdade o próprio acompanhamento médico e humanizado poderia tratar da dependência de maneira mais profissional e qualificada.

O outro ponto, de falta de acesso à rede, ocorre pela falta de articulação e integração dos serviços dentro da RAPS.

De forma desligada de um território específico e sem uma integração adequada com os CAPS [...], levará inevitavelmente a uma fragmentação do sistema e a um desaparecimento da continuidade de cuidados. [...] Essas unidades devem estar junto das pessoas e dos serviços de atenção primária, com que desejavelmente devem colaborar (Almeida, 2019, p. 4,).

Dessa forma, para que haja a continuidade dos cuidados, é essencial que os sujeitos possam acessar os tratamentos e o acompanhamento pós-internação psiquiátrica, no sentido da reinserção social. Apenas com a continuação de processos terapêuticos que respeitem suas singularidades e visem a melhoria de suas condições de vida o sujeito poderá se ver livre da dependência química, ou conviver sem conflitos com os próprios transtornos psiquiátricos.

Entretanto, vale destacar que de todos os atendimentos realizados referentes à internação compulsória, apenas em uma situação houve o retorno da família informando a adesão do usuário à rede e a dependência química sendo acompanhada e tratada junto à instituição. Este é um exemplo do motivo de alguns autores afirmarem que:

esse modelo de tratamento ambulatorial mostra-se adequado para uma parcela [...] de indivíduos, existem casos em que tais recursos se mostram insuficientes e, ainda, há diversos municípios que sequer contam com tal estrutura após mais de dez anos de vigência da Lei e da Portaria que os instituiu (Novaes, 2014, p. 343).

A estrutura mencionada é a própria RAPS, os CAPS e UBS que mantêm tratamento acompanhando os usuários. Por isso que mesmo o sujeito aceitando tratamento, caso não haja o suporte necessário no âmbito da oferta dos serviços nos territórios, a internação compulsória ainda se apresenta como uma resposta que não cessa as problemáticas da realidade social da população brasileira.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como apontado anteriormente, o presente trabalho teve como força motriz a curiosidade pelo fluxo de atendimento na RAPS no município de Palhoça. Ao longo da pesquisa, a partir da leitura e análise da História da Loucura, da Política Nacional de Saúde Mental em seu marco jurídico-normativo, foi possível reconhecer a construção das políticas públicas referentes à atenção psicossocial tanto no âmbito mundial como no nacional. A partir da análise das instituições psiquiátricas e sua origem fica evidente como ainda atualmente muitos espaços funcionam com um caráter repressor e autoritário que antes predominava nos hospitais da psiquiatria.

Até os dias atuais, o isolamento total, medicalização e fragmentação do sujeito (Lima, Guimarães, 2019) ainda são enxergados por uma parcela da população como métodos eficazes no tratamento da dependência química ou transtornos psiquiátricos.

Uma outra crise - considerada retrospectivamente, se não originalmente - é a experiência do isolamento e da falta de habilitação, geralmente um período de hospitalização que mais tarde vem a ser considerado como a época em que o indivíduo podia pensar em seu problema, aprender sobre si mesmo, adaptar-se à sua situação e alcançar uma nova compreensão daquilo que é importante e merece ser buscado na vida (Goffman, 1891, p. 37).

Esta citação reflete exatamente este pensamento, que grande parte da sociedade acredita que o momento de afastamento total pode representar um período de “cura” e de retomada dos valores centrais da vida, aqueles definidos pela sociedade. Melhor dizendo, a internação é tida como um retiro de reflexão e mudança de hábitos para que os sujeitos retomem sua moral e os princípios valorizados por todos: o da sobriedade, da família tradicional, dos padrões impostos de comportamento, o real status quo. Nesse sentido, por mais que haja uma preocupação mínima quanto à saúde do sujeito e de seu bem-estar, a saúde mental passa a ganhar destaque nos países para que as pessoas consideradas anormais pudessem se ajustar nos moldes sugeridos e não representassem mais um perigo ou interferência na vida das outras classes. Novamente, os hospitais e instituições neste âmbito tinham como objetivo inicial a higiene das ruas, o que até hoje é carregado como herança deste período.

Percebendo o mapeamento da RAPS no município de Palhoça, pôde-se apreender a existência de instituições próprias que tem a internação compulsória e a

saúde mental como focos de ação e serviços. Apesar do não atendimento integral das demandas da população, ainda assim é essencial que estes espaços existam para que garantam, mesmo que minimamente, o acesso a esta política pública. Indubitavelmente, quanto maior e mais articulada a rede, maior será o acesso e as demandas serão efetivamente encaminhadas e o direito da população garantido.

Um elemento essencial que acaba sofrendo com a questão da desarticulação de serviços e equipes é o fluxo destas demandas, o que ficou evidente após tantas situações de internação em que famílias eram erroneamente encaminhadas a determinadas instituições para solicitar o serviço, fazendo com que recorressem ao Poder Judiciário exigindo a institucionalização dos sujeitos.

Portanto, pensando na atual rede do município e sua forma de funcionamento e pelo fluxo das solicitações de internação compulsória, reconhece-se que a “articulação da rede em análise é pontual e prioriza os serviços especializados em psiquiatria/ saúde mental, com primazia das estratégias informais para a tessitura da rede, em detrimento de estratégias formais de articulação” (Lima, Guimarães, 2019, p. 16).

Quanto aos motivos relacionados às solicitações da internação compulsória, na seção de análise de relatórios fica explícita a presença de uma tendência no município, tanto para o perfil dos sujeitos solicitando quanto daqueles a serem internados, bem como as razões pela busca dos serviços e o histórico de tratamento. Em sua maioria, mulheres mães solicitantes de internação para o filho homem, que já passou por antigas institucionalizações e recusa tratamento psiquiátrico, como causas da busca do atendimento: dependência química, comportamento agressivo, exploração financeira.

Considerando a interseccionalidade, questão de raça/etnia, classe e gênero, percebe-se que esta realidade não é presente apenas no município de Palhoça, este é na verdade um padrão observado em diversas outras regiões do país.

É possível apreender o funcionamento de um circuito mantenedor da situação de vulnerabilidade dos usuários dos serviços de saúde mental: o usuário tem acesso a direitos sociais devido ao adoecimento, e tal acesso o estigmatiza, inviabilizando-o como sujeito de direitos. Este circuito é reforçado ao não serem construídas, com o usuário, formas de sair deste lugar, passando a ser, cada vez mais, dependente das decisões externas (Emerich, 2014, p. 691)

Este circuito tem relação direta com a reprodução do próprio capitalismo, e ocorre devido a esta raiz que origina a vulnerabilidade social e desigualdades nestas questões e na sociedade em geral. Este sistema é diretamente ligado à ação do Estado sobre a população, a construção, efetivação e monitoramento das políticas públicas, regendo sua ação e funcionando como parte da entidade.

O poder no capitalismo contemporâneo menos reprime do que molda e modula a vida, produzindo existências assujeitadas por normas disciplinares e práticas de regulamentação da vida. Essas relações de poder incidem sobre quem está no centro da organização social, mas, também, sobre quem está na sua periferia, como pessoas que recebem algum diagnóstico psiquiátrico (Emerich, 2014, p. 687).

De acordo com Barroco (2011), os princípios e valores em destaque são aqueles da sociabilidade burguesa, da classe que detém os meios de produção e o acúmulo de capital no país. Ou seja, para o público analisado pela pesquisa, sujeitos desempregados em sua grande maioria e de camadas pauperizadas e marginalizadas, além destes estigmas os distanciarem do padrão, as questões psiquiátricas tornam ainda mais distante o alcance deste *status quo*.

Numa sociedade de raízes culturais conservadoras e autoritárias como a brasileira (Chauí, 2000), a violência é naturalizada; tende a ser despolitizada, individualizada, tratada em função de suas consequências e abstraída de suas determinações sociais (Barroco, 2011, p. 208)

Destarte, a internação compulsória junto à RAPS em Palhoça ocorre através da articulação entre a rede de atenção psicossocial e o sistema jurídico local. Entretanto, o fluxo existente atualmente permite que muitas demandas fiquem sem os devidos encaminhamentos, demonstrando estratégias que não visam o pleno acesso aos direitos da população, mas sim um cumprimento mínimo da legislação da RAPS, ofertando o número burocraticamente necessário para existência de serviços.

Há diversas organizações sociais ligadas às áreas da saúde, da assistência social, do direito, da luta antimanicomial, dos direitos humanos, contrárias à internação compulsória e que apresentam propostas alternativas à questão do uso de drogas, mas que são pouco ouvidas pela imprensa em geral. [...] A ética profissional coloca os princípios e valores que normatizam a profissão num âmbito mais universal. E para que isso se concretize, temos que desvelar a realidade em que vivemos, identificar, no cotidiano profissional, alternativas que particularizam a realização dos valores e princípios que defendemos. Valores e princípios que são conquistas históricas da classe trabalhadora (CFESS, 2014, s/p).

Sendo assim, considera-se que o interesse no tema não se finda nesta parte da pesquisa. O assunto da internação compulsória e todas as expressões da Questão Social que atravessam a realidade dos sujeitos envolvidos nestas situações são extremamente relevantes para a ação profissional do Serviço Social e merecem análise aprofundada, no sentido de desbravar de maneira mais detalhada os impactos na realidade social dos sujeitos e as estratégias adotadas por assistentes sociais para a viabilização deste direito à população, sem inviabilizar o direito à vida e dignidade da existência de todos os indivíduos, por suas singularidades e liberdade própria. Portanto, a pesquisa estender-se-á pelo período de mestrado no sentido de dar continuidade aos estudos por uma formação continuada relacionada ao tema.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. M. C. DE. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 11, p. e00129519, 2019. Disponível em: [www.scielo.br/j/csp/a/KMwv8DrW37NzpmvL4WkHcdC/#](http://www.scielo.br/j/csp/a/KMwv8DrW37NzpmvL4WkHcdC/#). Acesso em: 22 nov. 2023.
- AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
- \_\_\_\_\_, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 4nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROCO, M. L. S. Barbárie e neoconservadorismo: os desafios do projeto ético-político. *Serviço Social & Sociedade*, n. 106, p. 205–218, abr. 2011. Disponível em: [www.scielo.br/j/sssoc/a/rTywnLhQhmCyXCtYCSQWN9n/abstract/?lang=pt#](http://www.scielo.br/j/sssoc/a/rTywnLhQhmCyXCtYCSQWN9n/abstract/?lang=pt#). Acesso em: 22 set. 2023.
- BEZERRA, B. Jr. “Identidade, Diferença e Exclusão na Sociedade Brasileira Contemporânea” IN: ACSELRAD, G. (Org.). *Avessos do Prazer: drogas. Aids e direitos humanos*. – 2. ed., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- BISNETO, J. A. **Serviço Social e Saúde Mental**: uma análise institucional da prática. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- BORGIANI, E. Para entender o Serviço Social na área sóciojurídica. **Serviço Social e Sociedade**, n. 115, p. 407-422, jul/set. 2013. Disponível em: [www.scielo.br/j/sssoc/a/m7fYNtwTngwKyg3N7DWB8yS/?format=pdf&lang=pt](http://www.scielo.br/j/sssoc/a/m7fYNtwTngwKyg3N7DWB8yS/?format=pdf&lang=pt). Acesso em: 27 nov. 2023.
- BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Composição do SISNAD**. S/L, 2021. Disponível em: [www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/composicao-do-sisnad-1](http://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/composicao-do-sisnad-1). Acesso em: 27 nov. 2023.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** – 5. ed. ampliada – Brasília, 2004.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília. 2012. **Diário Oficial da União**. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html). Acesso em: 27 nov. 2023.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília. 1992. **Diário Oficial da União**. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002642.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002642.pdf) Acesso em: 27 nov. 2023.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011a. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema

Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011a. **Diário Oficial da União**. 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: 27 nov. 2023.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.090/2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília: DF. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 20 nov. 2023.

\_\_\_\_\_. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 27 nov. 2023.

\_\_\_\_\_. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 27 nov. 2023.

\_\_\_\_\_. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **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. Brasília, 2001. Disponível em: [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: 27 nov. 2023.

CALÁBRIA, O. DEPENDÊNCIA QUÍMICA E LIBERDADE: A FILOSOFIA E O TRATAMENTO DA CODEPENDÊNCIA. **Interações: Cultura e Comunidade**, vol. 2, núm. 2, 2007, pp. 65-79 Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais Uberlândia Minas Gerais, Brasil.

COELHO, I.; OLIVEIRA, M.H.B. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. *Saúde em Debate* [online]. 2014, v. 38, n. 101 [Acessado 23 Novembro 2023], pp. 359-367. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140033>>. ISSN 0103-1104. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140033>.

COHN, A. As políticas de abate social no Brasil contemporâneo. *Lua Nova*, 109: 129-160, São Paulo: CEDEC, 2020. Disponível em: [www.scielo.br/j/ln/a/Y3jzjrjsLPLS9QfRhnc3kvG/?lang=pt&format=pdf](http://www.scielo.br/j/ln/a/Y3jzjrjsLPLS9QfRhnc3kvG/?lang=pt&format=pdf). Acesso em: 22 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Atuação de assistentes sociais no Sociojurídico: subsídios para reflexão**. Brasília, 2014. (Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais). Disponível em: [www.cfess.org.br/arquivos/CFESSsubsidijs\\_sociojuridico2014.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESSsubsidijs_sociojuridico2014.pdf). Acesso em: 27 nov. 2023.

\_\_\_\_\_. (Brasil). **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília, 2011. Disponível em: [www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf). Acesso em: 27 nov. 2023.

\_\_\_\_\_. (Brasil). **O serviço social tem alternativas à internação compulsória**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/982>. Acesso em: 27 nov. 2023.

Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP). **Resolução nº 174**, de 4 de julho de 2017. Disponível em [www.cnmp.mp.br/portal/images/Resolucoes/Resoluo-174-1.pdf](http://www.cnmp.mp.br/portal/images/Resolucoes/Resoluo-174-1.pdf). Acesso em: 27 nov. 2023.

EMERICH, B. F., Campos, Rosana Onocko e Passos, Eduardo. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2014, v. 18, n. 51, pp. 685-696. Disponível em: [doi.org/10.1590/1807-57622013.1007](https://doi.org/10.1590/1807-57622013.1007). Acesso em 27 nov. 2023.

FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4521–4530, nov. 2020.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GALLIO, G.; MAURIZIO, C. François Tosquelles: a escola de liberdade. In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúdeloucura 4*. São Paulo: Hucitec, 1993.

GOFFMAN, E. *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, Publicação original, 1891.

IAMAMOTO, M. V. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico de 2022**. Área territorial brasileira 2022. População e Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: [cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/palhoca/panorama](http://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/palhoca/panorama). Acesso em: 27 nov. 2023.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social** [online], v. 26, n. 1, pp. 61-73, jan. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/LhNlNH6YJB5HVJ6vnGpLgHz/#>. Acesso em 27 nov. 2023.

JONES, M. *A Comunidade Terapêutica*. Petrópolis: Vozes, 1978.

KERCHE, F. INDEPENDÊNCIA, PODER JUDICIÁRIO E MINISTÉRIO PÚBLICO. **Caderno CRH** [online]. 2018, v. 31, n. 84, pp. 567-580. Disponível em: [doi.org/10.1590/S0103-49792018000300009](https://doi.org/10.1590/S0103-49792018000300009). Acesso em: 27 nov. 2023.

LEFEBVRE, H. Industrialização e urbanização - Noções preliminares. In: *O direito à cidade*. 5. ed. São Paulo: Centauro, 2001. p. 11-35.

LEWGOY, A. M. B. O estágio supervisionado em Serviço Social: desafios e estratégias para a articulação entre formação e exercício profissional. *Temporalis*, n. 25, p. 63-90. Brasília - DF, 2013. Disponível em: [www.cressrn.org.br/files/arquivos/9EKbSiT14wI79N0dO3D9.pdf](http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/9EKbSiT14wI79N0dO3D9.pdf). Acesso em: 27 nov. 2023.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2019, v. 29, n. 03. Disponível em: [doi.org/10.1590/S0103-73312019290310](https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290310). Acesso em: 27 nov. 2023.

LUKÁCS, G. *Para uma ontologia do ser social II*. Tradução Nélio Schneider. São Paulo: Boitempo, 2013.



MADRUGA, C. E. Internação compulsória e serviço social: negação ou garantia de direitos? 2013. 94f. TCC (Graduação) – Departamento de Ciências Jurídicas e Sociais, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí, Ijuí, Rio Grande do Sul, 2013.

MARX, K. *Contribuição à Crítica da Economia Política*. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MINAYO, M. C. S. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Fio Cruz**. 1998. Disponível em: [www.scielo.br/j/csp/a/xzcHYX4w88D36ZswRjLGVfB/abstract/?lang=pt](http://www.scielo.br/j/csp/a/xzcHYX4w88D36ZswRjLGVfB/abstract/?lang=pt). Acesso em 27 nov. 2023.

\_\_\_\_\_. Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ, Vozes, 2002, p. 09-29. Disponível em: [wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf](http://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf). Acesso em: 17 maio. 2023.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA (MPSC). Entenda o Ministério Público. Florianópolis: Procuradoria Geral de Justiça. 2023. Disponível em: <https://www.mpsc.mp.br/o-ministerio-publico/entenda-o-ministerio>. Acesso em: 23 de nov. 2023.

\_\_\_\_\_. Ato nº 00398/2018. Florianópolis: Procuradoria Geral de Justiça. 2022. Disponível em: [www.mpsc.mp.br/atos-e-normas/detalhe?id=2369](http://www.mpsc.mp.br/atos-e-normas/detalhe?id=2369). Acesso em: 27 nov. 2023.

\_\_\_\_\_. Ato nº 107/2006/PGJ. Disciplina a forma de realização dos atos a serem executados pelos Assistentes Sociais no âmbito do Ministério Público de Santa Catarina. Florianópolis, junho 2006. Disponível em: <https://mpsc.mp.br/atos-e-normas/detalhe?id=154>. Acesso em 27 nov. 2023.

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Assistência Social – Atuação do Ministério Público na estruturação e fiscalização. Florianópolis, 2016. Disponível em: [documentos.mpsc.mp.br/portal/manager/resourcesDB.aspx?path=2104](http://documentos.mpsc.mp.br/portal/manager/resourcesDB.aspx?path=2104). Acesso em: 27 nov. 2023.

NOVAES, P. S. O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental** [online]. 2014, v. 17, n. 2, pp. 342-356. Disponível em: [doi.org/10.1590/1984-0381v17n2a13](https://doi.org/10.1590/1984-0381v17n2a13). Acesso em: 27 nov. 2023.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P.. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". *Psicologia & Sociedade*, v. 23, n. 1, p. 154–162, jan. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/zMk4Dq4gQ4XhH4dQgzScQRm/#>. Acesso em: 29 nov. 2023.

PEUKER, A. C. W. et al. Uso de álcool e outras drogas por adolescentes: associações com problemas emocionais e comportamentais e o funcionamento familiar. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 315-334, ago. 2020. Disponível em: [pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652020000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652020000200007&lng=pt&nrm=iso). acessos em: 20 nov. 2023.

REGINA, E. **Redescobrir**. Rio de Janeiro: WEA, 1980. Disponível em: [www.youtube.com/watch?v=5D4MQZttLg0](https://www.youtube.com/watch?v=5D4MQZttLg0). Acesso em: 29 nov. 2023.

REINERT, J. N. Desemprego: causas, consequências e possíveis soluções. **Revista de ciências da Administração**, 3(5), 45–48, 2001. Disponível em: doi.org/10.5007/%x. Acesso em: 27 nov. 2023.

RENK, V.E; BUZQUIA, S.P; BORDINI A.S.J. Mulheres cuidadoras em ambiente familiar: a internalização da ética do cuidado. *Cad Saúde Colet*, 2022; 30(3) 416-423. doi.org/10.1590/1414-462X202230030228. Acesso em 24 nov. 2023.

RIBEIRO, C. T.; NASCIMENTO, Z. A. Racismo, Violência e a Questão Das Drogas No Brasil: Faces da Segregação. **Rev. Subjetividades**, Fortaleza, v. 20, n. spe2, p. 1-12, 2020. Disponível em: pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S2359-07692020000500006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 27 nov. 2023.

ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

RUIZ, V.; MARQUES, H. A internação compulsória e suas variáveis: reflexões éticas e socioculturais no tratamento e reinserção do paciente na sociedade. **Revista Psicologia e Saúde**. Campo Grande, v.7, n. 1, p. 01-08, jan/jun, 2015. Disponível em: pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n1/v7n1a02.pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.

SARTORI, V. B. Lukács e a crítica ontológica ao direito. São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. Lukács e a Especificidade da Questão da Ética: Apontamento Sobre a Crítica Lukacsiana ao Direito e à Moral. *Revista Direitos Humanos e Democracia*. Editora Unijuí, ano 6, n. 11, jan./jun. 2018, ISSN 2317-5389.

SHEFFER, G.; QUIXABA, A. Trabalho, estigma e uso de drogas: encruzilhadas da inserção ao mercado atual. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 24, n. 2, 2015. Disponível em: periodicos.franca.unesp.br/index.php/SSR/article/view/2498. Acesso em: 27 nov. 2023.

SILVA, L. C. **Diretrizes para a arquitetura hospitalar pós-reforma psiquiátrica sob o olhar da psicologia ambiental**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo. Universidade Federal de Santa Catarina. 2008. p.198

TEJADAS, S. S. Serviço Social e Ministério Público: aproximações mediadas pela defesa e garantia de direitos humanos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 115, p.462 - 486, 2013.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SANTA CATARINA (TJSC). Circunscrições. **Poder Judiciário de Santa Catarina**, 2023. Disponível em: www.tjsc.jus.br/circunscricoes. Acesso em 27 nov. 2023.

VASCONCELOS, E. M. O movimento de higiene mental e a emergência do Serviço Social no Brasil e no Rio de Janeiro. **Serviço Social e Sociedade**, ano 21, n. 63, 2000, p. 151-188.

**APÊNDICE A – Roteiro coleta de dados: relatórios de atendimento e  
informação do Serviço Social**

1. Qual a natureza do atendimento?  
( ) Ordem de Trabalho    ( ) Atendimento espontâneo
  
2. Caso seja Ordem de Trabalho, havia encaminhamento prévio da rede para internação compulsória (como relatório do CAPS e CRAS)?
  
3. Quem é o solicitante da internação compulsória? Qual seu perfil (naturalidade, gênero, idade, raça/etnia, formação estudantil/acadêmica, ocupação)?
  
4. Quem é o sujeito em questão? Qual seu perfil (naturalidade, gênero, idade, raça/etnia, formação estudantil/acadêmica, ocupação)?
  
5. Qual a natureza do trabalho do sujeito (formal/informal)? Qual sua participação na renda familiar?
  
6. Quais os motivos da solicitação de internação compulsória?
  
7. Há quanto tempo o sujeito apresenta as questões que levaram à internação compulsória?
  
8. Qual é o histórico de acompanhamento da rede em relação à prevenção e/ou internação psiquiátrica anteriormente?