



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS – CCJ
COORDENAÇÃO DO CURSO DE DIREITO – CAMPUS JOÃO PESSOA
COORDENAÇÃO DE MONOGRAFIA**

KLIVIA LARISSA CARDOSO DA COSTA

**ENTRE AS BRECHAS DA LEI: UMA ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES
COMPULSÓRIAS E INVOLUNTÁRIAS ENCAMINHADAS PELO SISTEMA DE
JUSTICA PARAIBANO NO ANO DE 2018**

**JOÃO PESSOA
2020**

KLIVIA LARISSA CARDOSO DA COSTA

**ENTRE AS BRECHAS DA LEI: UMA ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES
COMPULSÓRIAS E INVOLUNTÁRIAS ENCAMINHADAS PELO SISTEMA DE
JUSTICA PARAIBANO NO ANO DE 2018**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Direito de João Pessoa do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial da obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Dr.^a Ludmila Cerqueira Correia

Coorientadora: Ma. Olívia Maria de Almeida

**JOÃO PESSOA
2020**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

KLCCe Costa, Klivia Larissa Cardoso da.

ENTRE AS BRECHAS DA LEI: UMA ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES
COMPULSÓRIAS E INVOLUNTÁRIAS ENCAMINHADAS PELO SISTEMA
DE JUSTIÇA PARAIBANO NO ANO DE 2018 / Klivia Larissa
Cardoso da Costa. - João Pessoa, 2020.
95 f.

Orientação: LUDMILA CERQUEIRA CORREIA CORREIA.
Monografia (Graduação) - UFPB/CCJ.

1. INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS E INVOLUNTÁRIAS. 2. SISTEMA
DE JUSTIÇA DA PARAÍBA. 3. SAÚDE MENTAL. I. CORREIA,
LUDMILA CERQUEIRA CORREIA. II. Título.

UFPB/CCJ

KLIVIA LARISSA CARDOSO DA COSTA

**ENTRE AS BRECHAS DA LEI: UMA ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES
COMPULSÓRIAS E INVOLUNTÁRIAS ENCAMINHADAS PELO SISTEMA DE
JUSTICA PARAIBANO NO ANO DE 2018**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Direito de João
Pessoa do Centro de Ciências Jurídicas da
Universidade Federal da Paraíba como
requisito parcial da obtenção do grau de
Bacharel em Direito.

Orientadora: Dr.^a Ludmila Cerqueira Correia

Coorientadora: Ma. Olívia Maria de Almeida

DATA DA APROVAÇÃO: 26 DE MARÇO DE 2020

BANCA EXAMINADORA:

**Prof.^a Dra. LUDMILA CERQUEIRA CORREIA
(ORIENTADORA)**

**Prof. Ma. OLÍVIA MARIA DE ALMEIDA
(COORDINADORA)**

**Prof. Dra. ANA LUISA CELINO COUTINHO
(AVALIADORA)**

**Prof. Dra. ANA LUIZA CASTRO GOMES
(AVALIADORA)**

**À Ivania e Edson, meus pais, pelo amor
inesgotável e por sempre incentivarem meus
sonhos e objetivos.**

**Aos que – parafraseando Martinho da Vila –
amam a liberdade e acreditam na felicidade de
ver um Brasil melhor.**

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado forças para concluir essa etapa, por ouvir minhas preces baixinho no escuro e me sustentar em todos os percalços.

Aos meus pais, Ivania Cardoso e Edson Bezerra, minhas firmes referências, pelos ensinamentos, pela paciência, apoio, amor incondicional e por terem me dado a oportunidade de ser a primeira da família a concluir um curso superior.

Aos meus irmãos, Kevin e Kauã, por perguntarem todos os dias nesse último ano “quando você vai ter tempo?” ou “tu nunca terminas de estudar não?” e por aguentarem meu estresse além do habitual.

Aos meus avós e tios pelo incentivo que sempre deram.

A minha irmã siamesa Mayara, pela parceria desde o início dessa graduação, pelas playlists no fim da aula, pelo desespero em dupla e por toda amizade para além da UFPB.

A Natália, Lucas e Mathews, por todo o apoio, principalmente nesse último ano, por aliviarem minha barra por causa do trabalho, aguentarem meus abusos e pelo companheirismo de todos os dias.

A Sofia e a Bianca, por serem meu trio desde o colégio e pela parceria independente de tempo ou distância.

A Shayelli, Brena e Bruna, integrantes do “*squad*” pela amizade mais improvável, divertida e verdadeira dessa graduação.

A Caren por todas as conversas e conselhos nesses cinco anos.

A Ludmila e Olívia, por toparem a orientação dessa monografia, pelos ensinamentos, pela paciência e por toda referência de luta e resistência.

Ao LouCid por ter me proporcionado uma das experiências mais engrandecedoras dessa graduação.

A todos que cruzaram meu caminho em algum ponto dessa jornada, que me incentivaram e me desejaram o bem.

*você vê
agora que você vê que
tudo que nos disseram
estava errado?
o elefante capturado
daquele jeito
e enjaulado
daquele jeito?
o modo como nos enganaram
e nos enjaularam também?
(Charles Bukowski)*

RESUMO

O presente estudo busca analisar as fundamentações e lógicas discursivas presentes nos encaminhamentos do Sistema de Justiça da Paraíba para internação compulsória ou involuntária de pessoas em sofrimento mental e de usuários e dependentes de drogas no período de janeiro a junho de 2018 no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM). Esta pesquisa é resultado da atuação do Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania (LouCid/UFPB) através de um Projeto de Iniciação Científica (PIBIC) que visou coletar dados nos arquivos do referido hospital psiquiátrico para compreender essa problemática. Para a elaboração do presente trabalho de conclusão de curso, o LouCid/UFPB disponibilizou os dados do ano de 2018. Objetiva-se analisar se há banalização ou judicialização excessiva dessas internações, contrariando as diretrizes da Lei da Reforma Psiquiátrica, além de compreender se há utilização das internações psiquiátricas como forma de isolamento dessas pessoas. Realiza-se, então, uma pesquisa de abordagem qualitativa, com revisão bibliográfica em conjunto com análise de conteúdo. Para tanto, foi realizada pesquisa documental, com base nos instrumentos legais sobre a proteção e defesa dos direitos humanos desse segmento social, principalmente a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica). A posteriori, há a sistematização dos dados coletados no período de janeiro a junho de 2018 destacando o perfil das internações, para que, por fim, houvesse a análise qualitativa e interpretativa das argumentações jurídicas utilizadas para embasar o encaminhamento. Frente ao analisado, verificou-se que os discursos proferidos pelos agentes do Sistema de Justiça, por vezes, não se atem aos preceitos da legislação em saúde mental e ao ordenamento jurídico como um todo, a exemplo das internações mantidas sem a presença de laudo médico; se verificou também que a maioria dos casos se baseia em normativas que fortalecem argumentos sobre a periculosidade social; além da existência de encaminhamentos sem fundamentação jurídica. Conclui-se, portanto, que as medidas do Sistema de Justiça para o encaminhamento de pessoas em sofrimento mental e usuários e dependentes de drogas para o CPJM, além de desrespeitar os instrumentos normativos, especialmente no que se refere à garantia do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), aprofundando a segregação e estigmatização desses indivíduos.

Palavras-chave: Internações compulsórias e involuntárias. Sistema de Justiça da Paraíba. Saúde Mental.

ABSTRACT

This study seeks to analyze the reasons and discursive logic present in the decisions of the Justice System of Paraíba which forwards for compulsory or involuntary hospitalization in the Juliano Moreira Psychiatric Complex (CPJM), from January to June 2018, people in mental distress and drug users and dependents. This research is the result of the work of the Research and Extension Group “Loucura e Cidadania (LouCid/UFPB)” through a Scientific Initiation Project (PIBIC) that aimed to collect data in the archives of the referred psychiatric hospital to understand this problem. For the preparation of this final course work, LouCid / UFPB made available the data of the year 2018. The objective is to analyze whether there is excessive trivialization or judicialization of these compulsory and involuntary hospitalizations, contraring the guidelines of the Psychiatric Reform Law, in addition to understanding whether there are use of psychiatric hospitalizations as a way of isolating these people. A qualitative research is then carried out, with a bibliographic review together with a content analysis. To this end, documentary research was carried out, based on legal instruments on the protection and defense of human rights in this social segment, mainly the Federal Constitution of 1988 and Law No. 10.216 / 2001 (Law on Psychiatric Reform). Hereafter, there is a systematization of the data collected in the period from January to June 2018, highlighting the profile of the psychiatric hospitalizations in order that, finally, implement a qualitative and interpretative analysis of the legal arguments used to support the referral. Before the analysed, it was checked that the speeches given by the agents of the Justice System, sometimes, do not adhere to the precepts of the legislation in mental health and to the legal system as a whole, as in the case of hospitalizations maintained without the presence of a medical report; it was also found that the majority of cases are based on regulations that strengthen arguments about social hazard; in addition to the existence of decisions which forward to psychiatric hospitalization without legal basis. It is concluded, therefore, that the measures of the Justice System to refer people in mental suffering and drug users and dependents to CPJM, in addition to disregarding the normative instruments, especially the ones which regard to the guaranteeing care in the Health Network. Psychosocial Care (RAPS), deepening the segregation and stigmatization of these individuals.

Keywords: Compulsory and involuntary hospitalization. Justice System of Paraíba. Mental health.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Sexo	47
Gráfico 2 – Cor/Raça/Etnia	48
Gráfico 3 – Município de Origem	49
Gráfico 4 – Idade/faixa etária	49
Gráfico 5 – Tempo de Internação	50
Gráfico 6 – Diagnóstico e CID para doença, transtorno ou deficiência mental da última internação	51
Gráfico 7 – Laudo médico	52
Gráfico 8 – Formas de Encaminhamento	54
Gráfico 9 – Encaminhamento para internação.....	55
Gráfico 10 – Tipo de Ação Judicial.....	56
Gráfico 11 – Tempo de Internação	57
Gráfico 12 – Oportunidade do contraditório	58
Gráfico 13 – Existência de Laudo Médico (2º Formulário Google <i>Forms</i>).....	59
Gráfico 14 – Outros Argumentos	62
Gráfico 15 – Fundamentação Jurídica	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CF – Constituição Federal

CFM – Conselho Federal de Medicina

CP – Código Penal

CC – Código Civil

CID – Cadastro Internacional de Doenças

CPJM – Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira

CEPCT-PB – Comitê Estadual de Prevenção e Combate à Tortura

CRDH-UFPB – Centro de Referência em Direitos Humanos da Universidade Federal da Paraíba

CT – Comunidade Terapêutica

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

DPE-PB – Defensoria Pública do Estado da Paraíba

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EPC – Equipamento de Proteção Coletiva

EAC – Espaço de Atenção à Crise

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HC – Habeas Corpus

MP-PB – Ministério Público do Estado da Paraíba

MLA – Movimento da Luta Antimanicomial

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

MPF – Ministério Público Federal

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PROBEX – Programa de Bolsas de Extensão

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RS – Regiões de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SES-PB – Secretaria de Estado de Saúde da Paraíba

SUDS – Sistema Unificado Descentralizado de Saúde

STJ – Superior Tribunal de Justiça

TCL – Termo de Consentimento Livre

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UPA – Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
 1 AS INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS E COMPULSÓRIAS NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E DOS DIREITOS HUMANOS.....	17
1.1 Reflexões jurídicas acerca dos institutos das internações involuntárias e compulsórias frente à Constituição Federal de 1988.....	17
<i>1.1.1 Reflexão histórica da legislação brasileira nas internações compulsórias</i>	<i>23</i>
1.2 A normativa sobre drogas e a estigmatização do usuário e dependente	31
1.3 O direito à saúde e o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	37
 2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	42
2.1 O projeto de pesquisa e a atuação do Loucura e Cidadania	42
<i>2.1.1 Metodologia do Projeto.....</i>	<i>45</i>
2.2 O que dizem os encaminhamentos?	49
<i>2.2.1 Análise quantitativa e descritiva dos documentos coletados</i>	<i>56</i>
 3 DIREITO PARA QUEM? ATUAÇÃO DO SISTEMA DE JUSTIÇA DO ESTADO DA PARAÍBA NO CONTEXTO DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS	63
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
 REFERÊNCIAS.....	82
 APÊNDICE A – Formulário de Coleta	91
APÊNDICE B – Termo de Anuência da Pesquisa no CPJM.....	93

INTRODUÇÃO

A questão primordial que perpassa os embates acerca da temática da loucura é fundada - dentre inúmeros conceitos e preconceitos – na acepção de periculosidade. O ordenamento jurídico brasileiro, não afastado das tendências conservadoras que cercam o campo das ciências médicas e da psiquiatria, traz a questão do comportamento como fator determinante para julgar o ato praticado pelo indivíduo a partir da lógica positivista, na qual as ações que se afastam do padrão de previsibilidade determinado pela norma são combatidas pelo recrudescimento das normas.

Historicamente, os sujeitos em sofrimento mental são marginalizados e restritos de seus direitos constitucionalmente previstos com base na retórica do perigo e da prevenção, sendo constantemente privados do convívio social e encarcerados em instituições asilares e manicomiais. Nesse contexto, surge a mobilização do Movimento Antimanicomial, que mobilizou o Estado para que fosse colocada em pauta uma Política Nacional de Saúde Mental, que passou a ser representada pela Lei nº 10.216/2001 e traz profundas mudanças no *modus operandi* no que se refere ao trato dessas pessoas.

Como pano de fundo, a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei nº 10.216/2001) propõe ações substitutivas ao “tratamento” promovido pelos hospitais psiquiátricos e manicômios, devendo este ocorrer preferencialmente no aparato disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com base na integralidade do cuidado, universalidade e, principalmente, respeitando a liberdade e autonomia dessas pessoas. . Ocorre que o fortalecimento dessas práticas também carece de análise sobre a atuação da rede substitutiva e das reformulações constantes que os hospitais psiquiátricos tem vivido, pois esses espaços, por vezes, ainda persistem mantendo a lógica de controle dos corpos, segregação e isolamento. Sabe-se que a Lei da Reforma Psiquiátrica dispõe em seu artigo 4º que a internação só poderá ser indicada nos casos em que todos os recursos extra-hospitalares forem insuficientes, sendo, inclusive, expressamente vedada a internação em instituições de caráter asilar (BRASIL, 2001). Apesar dos inúmeros avanços promovidos por tal normativa e pelas políticas públicas de saúde mental, as internações psiquiátricas ainda se fazem presentes na legislação atual, sendo clara a contradição diante das diretrizes e princípios dispostos na lei. As internações psiquiátricas forçadas se subdividem em involuntárias e compulsórias, sendo a primeira direcionada pelo Ministério Público Estadual e a segunda pelo Poder Judiciário, pondo como possibilidade a privação de liberdade dessas pessoas como forma de atenção e cuidado, abrindo a possibilidade para violação de direitos.

Foi nesse contexto que o Grupo de Pesquisa e .Extensão Loucura e Cidadania da Universidade Federal da Paraíba (LouCid/UFPB) tomou conhecimento, em uma reunião realizada no mês de janeiro de 2018 entre a Frente Paraibana da Luta Antimanicomial (da qual o LouCid/UFPB faz parte), o Comitê Estadual de Prevenção e Combate à Tortura (CEPCT/PB), o Ministério Público do Estado da Paraíba (MPPB), dentre outros atores, , sobre o aumento do número de internações psiquiátricas realizadas no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM). O LouCid/UFPB atua desde o ano de 2012 aproximando a temática da saúde mental com o direito por meio da assessoria jurídica popular universitária em direitos humanos, em conformidade com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial. Nesta reunião, conforme ofício disponibilizado pela direção do CPJM ao LouCid/UFPB e demais participantes, apenas no ano de 2017, houve o encaminhamento de cerca de 129 pessoas por determinação do Ministério Público ou através de ordem judicial, destoando da tratativa disposta na Lei da Reforma Psiquiátrica acerca da priorização de meios extra-hospitalares para o cuidado em saúde mental.

Nesse contexto, o LouCid/UFPB submeteu o projeto de iniciação científica a partir do Edital nº 01/2018 da Pró Reitoria de Pesquisa da UFPB (PROPESQ) com o título “Internações involuntárias e compulsórias no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira: qual o papel do Sistema de Justiça da Paraíba?”, no qual uma das etapas fora a pesquisa de campo nas dependências do CPJM¹ a partir dos encaminhamentos dos órgãos vinculados ao Sistema de Justiça que serviu de substrato para a discussão do presente trabalho . A vinculação de autoria com essa temática advém da minha participação no LouCid/UFPB no ano de 2018 como bolsista do Programa de Bolsas de Extensão (PROBEX) e na coleta dos dados como voluntária no Projeto de Iniciação Científica que serviu de tela para o presente trabalho.

Assim, o objetivo dessa pesquisa é discutir, a partir dos encaminhamentos realizados pelo Ministério Público e pelo Poder Judiciário no período de janeiro a junho de 2018, coletados na vigência do projeto de iniciação científica supramencionado, a lógica discursiva que embasa as solicitações de internações compulsórias e involuntárias no âmbito do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira sob a ótica da garantia do direito à liberdade e da dignidade da

¹ O Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira é um hospital público estadual que foi inaugurado no ano de 1982 que oferta, além dos serviços de internação voluntária, involuntária e compulsória, pronto socorro e ambulatório. Desde 2011, com base nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, a Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde da Paraíba (SES/PB) tem executado estratégias para desinstitucionalização e posterior fechamento do hospital. Ver também: <https://www2.pbagora.com.br/noticia/saude/20140721142036/juliano-moreira-da-continuidade-ao-processo-de-desinstitucionalizacao>. Acesso em: 16 mar. 2020.

pessoa humana, sobretudo, em razão do fato de que tal instituição tem promovido um trabalho para redução dos leitos psiquiátricos² e desinstitucionalização.

Busca-se compreender, portanto, se persistem as velhas práticas manicomiais mascaradas pelo respaldo da própria Lei da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista o crescente aumento do número de internações constatadas pelo ofício³ apresentado ao pelo CPJM ao referido CEPCT/PB, respondendo, a princípio as seguintes perguntas: qual o aparato jurídico utilizado para justificar a internação compulsória?; existe a judicialização das vidas dos sujeitos em sofrimento mental a partir da utilização desse mecanismo?

Desta feita, o objetivo geral aqui galgado é compreender o discurso dos órgãos do Sistema de Justiça da Paraíba para as internações compulsórias e involuntárias no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira a partir dos encaminhamentos realizados no primeiro semestre de 2018, na perspectiva dos direitos fundamentais. Já como objetivos específicos, tem-se: a) estudar os institutos da internação involuntária e compulsória na legislação brasileira e nos instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos; b) discutir como os institutos da internação involuntária e compulsória se inserem no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental; c) levantar e analisar as motivações e os fundamentos utilizados pelos órgãos do Sistema de Justiça da Paraíba no encaminhamento de pessoas para internações involuntárias e compulsórias no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, no ano de 2018; d) descrever o perfil das pessoas encaminhadas para internação compulsória; e) identificar a relação entre os fundamentos citados e a legislação vigente sobre o tema, especialmente a Lei da Reforma Psiquiátrica e a Lei Brasileira de Inclusão.

Para que estes objetivos fossem alcançados utilizou-se a metodologia qualitativa, tendo em vista o fato de que o objeto de pesquisa, conforme com Deslandes, Gomes e Minayo (2008) é uma construção composta pelos pensamentos e ações ideológicas que o fundam. Nesse sentido, embora existam dados estatísticos a serem apresentados a partir da coleta dos dados documentados nos encaminhamentos do Sistema de Justiça da Paraíba, não basta mensurar numericamente, pois só a análise reflexiva é capaz de demonstrar, a partir da interpretação e

² De acordo com o Relatório de Visita a Unidades de Privação de Liberdade no Estado da Paraíba, elaborado pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura no ano de 2016, o CPJM possuía em 2014, 232 leitos psiquiátricos, compostos por 132 leitos masculinos e 100 femininos. Desse período para cá, o Sanatório Clifford (que fazia parte da estrutura do Complexo) foi fechado, de modo que as pessoas que estavam internadas vêm recebendo alta, reduzindo, por conseguinte, o número de leitos que atualmente somam 72. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/sistema-nacional-de-prevencao-e-combate-a-tortura-snpct/mecanismo/paraiba-relatorio-de-visita-as-unidades-de-privacao-de-liberdade-da-paraiba-outubro-2016-1> e <http://antigo.paraiba.pb.gov.br/index-52321.html>. Acesso em: 16 mar. 2020.

³ Ofício encaminhado pelo CPJM no dia 29 de janeiro de 2018, constando relatos de banalização e judicialização excessiva das internações (CPJM, 2018).

compreensão, as implicações desses dados na realidade pesquisada. No que se refere aos procedimentos, utiliza-se a pesquisa bibliográfica, documental e levantamento de dados. Em se tratando da análise dos objetos do estudo utiliza-se técnicas de estudo de caso e análise do conteúdo, que tem o intuito de verificar as hipóteses elaboradas na pesquisa, mas também busca descobrir o que está além das categorias selecionadas (FRANCO, 2008).

Sendo assim, o presente trabalho apresenta as implicações dessa discussão, com foco no impacto subjetivo desse processo. O primeiro capítulo intitulado “As Internações Involuntárias e Compulsórias no contexto da Reforma Psiquiátrica e dos Direitos Humanos”, rememoramos as lutas travadas pelos Movimentos Sanitário e Antimanicomial até desembocar na Lei nº 10.216/2001 com a construção de uma nova Política Nacional em Saúde Mental. Posteriormente, foi feita a análise das primeiras normativas que introduziram as internações compulsórias e involuntárias no país, a exemplo do Decreto 1.132 do ano de 1903 e o Decreto nº 24.559 de 1934, até chegar na normativa atual, observando também os impactos da utilização da Lei da Reforma Psiquiátrica na internação de usuários e dependentes de drogas. Além disso, houve a discussão sobre o “devido processo legal” como forma de garantir os direitos constitucionalmente previstos dessas pessoas no caso de internação.

Já no segundo capítulo, é trazida a trajetória do Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania (LouCid) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) como projeto que atua nas questões atinentes à saúde mental e à garantia dos direitos humanos. A posteriori, é exposto o pano de fundo que fez com que o LouCid submetesse o Projeto de Iniciação Científica (PIBIC). No mesmo capítulo é apresentada a trajetória metodológica da pesquisa, a partir da coleta dos dados sobre os encaminhamentos proferidos pelos órgãos do Sistema de Justiça paraibano no período acessado pelos pesquisadores, além da logística para o acesso a essas informações.

Também no segundo capítulo, mensura-se estatisticamente o número de internações ocorridas no período de janeiro a junho de 2018, por meio da análise de gráficos acerca do sexo; cor/raça/etnia; município de origem; idade/faixa etária; tempo de internação; diagnóstico e CID para a doença, transtorno ou deficiência mental da última internação e presença do laudo psiquiátrico junto ao encaminhamento. A partir dessas informações, propõe-se a análise qualitativa desses dados, a fim de compreender como se dão os argumentos que promovem a internação dessas pessoas.

Por fim, no terceiro capítulo, é discutido o aspecto da fundamentação jurídica das internações, a partir das seguintes categorias que emergiram na pesquisa: periculosidade social; relação com drogas; diagnóstico patologizante/estigmatizante; inexistência de políticas públicas; cometimento de crimes e personalidade do agente. Nesse contexto, é possível

apreender a lógica discursiva que embasa a argumentação dos agentes do Sistema de Justiça da Paraíba visando analisar se esses fundamentos estão de acordo com a Lei da Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental.

1 AS INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS E COMPULSÓRIAS NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E DOS DIREITOS HUMANOS

1.1 Reflexões jurídicas acerca dos institutos das internações involuntárias e compulsórias frente à Constituição Federal de 1988

O ideal que norteou a superação do modelo hospitalar de assistência, voltado ao isolamento promovido pela lógica manicomial e pela institucionalização do sujeito em sofrimento mental, foi fruto de uma série de embates sobre os limites da utilização dessa via de “tratamento”. Nesse contexto, legislação importante para o fortalecimento desse processo foi a Constituição Federal de 1988, conhecida popularmente como Constituição Cidadã, que trouxe uma série de preceitos e garantias que se estendem a todos os indivíduos, inclusive aos estrangeiros. Dentre os preceitos mais importantes, ganha destaque o princípio da dignidade da pessoa humana que foi um dos balizadores para o processo de superação dos métodos de tratamento vinculados ao hospital psiquiátrico, abrindo um “leque” de possibilidades em saúde mental, principalmente no que tange ao cuidado em liberdade.

O seu artigo 3º traz os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, dentre elas a garantia de uma sociedade baseada na justiça e solidariedade, a redução das desigualdades sociais e a promoção do bem de todos sem discriminações (BRASIL, 1988). Ademais, o artigo 5º dispõe de um rol de direitos fundamentais aos brasileiros e estrangeiros, a exemplo da vida, liberdade, igualdade e segurança, garantindo igualdade jurídica e material entre todos, incluindo, portanto, as pessoas com transtornos mentais.

Para empreender uma análise desse movimento, é necessário revisitar o período anterior a CF/1988, como uma forma de melhor compreender a reforma sanitária⁴ (PAIVA, 2014), que em conjunto com a transição democrática e, consequentemente, com a busca de um ideal de estado democrático de direito, provocaram profundas mudanças no pensamento sobre saúde mental e sobre a loucura. As primeiras movimentações a questionar o modelo de assistência psiquiátrica “vigente” remontam os anos 1970 quando os profissionais tiveram a possibilidade de conhecer a realidade manicomial e se depararam com as condições sub-humanas em que os sujeitos em sofrimento mental viviam.

⁴ A respeito da reforma sanitária, seu contexto surge no período de redemocratização, com a Constituição de 1988, na qual a saúde fora transformada em direito individual, ocasionando a criação de um sistema público universal e descentralizado de saúde, reestruturando institucionalmente no âmbito social a forma do Estado lidar com a organização da saúde pública.

Esses profissionais passaram a reivindicar nacionalmente melhores condições para as pessoas que se encontravam internadas e para os profissionais da saúde, a exemplo das mobilizações de bolsistas e residentes que trabalhavam nos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde (MS), marcados por absoluta precariedade. Após o encaminhamento de uma carta a este órgão, houve a demissão em massa de cerca de 260 profissionais, gerando mais revolta e manifestações que ganharam cada vez mais visibilidade (Amarante; Nunes, 2018).

De acordo com Amarante e Nunes (Idem.), o primeiro movimento “reconhecido” nesse contexto foi o Movimento Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), composto por diversos profissionais da saúde e pelos integrantes do Movimento Sanitário, que visavam uma nova política em saúde mental e o seu fortalecimento institucional. Não havia, nesse período, menções à ideia de saúde mental ou reforma psiquiátrica, em razão dos estigmas que carregavam, o que culminou na crítica de Franco Basaglia (principal expoente da Psiquiatria Democrática) no que se refere à “Carta de Nova York- doente artificial”, no intento de humanizar as instituições manicomiais e garantir um Estado de Bem-Estar Social (*Welfare*) que crie uma rede de serviços extra-hospitalares, reforçando a obsolescência da “manicomialização”, na medida em que uma política preventiva adote uma postura socioeconômica que se posicione contra as instituições como um lugar de isolamento, segregação e patologização da experiência humana (AMARANTE, 2008 apud CÉZAR; COELHO, 2017). Outrossim, Birman e Jurandir Costa, na carta denominada de “Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária” em sua crítica ao modelo manicomial norte-americano, cujo forte viés de controle toma a sociedade “como lócus privilegiado, com o objetivo de prevenir a doença mental por meio da detecção de comportamentos desviantes e de risco” (CÉZAR; COELHO, 2017). Deste modo, afirmam Birman e Costa:

[...] é assim que a relação Saúde-Doença, polarizadas entre adaptação e desadaptação sociais, de acordo com os critérios estabelecidos, passa a fazer parte do circuito homeostático da 'Comunidade', que lança mão da Psiquiatria Preventiva como um dos seus instrumentos para restabelecer o equilíbrio das tensões (1994, p. 56).

Em 1978, o MTSM foi constituído e começa a participar de algumas atividades que trouxeram visibilidade a sua luta, a exemplo do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria e o I Simpósio Sobre Políticas, Grupos e Instituições, que contou com a presença de vários autores influentes na área, inclusive, Franco Basaglia. Nesse mesmo ano, o MTSM passou a integrar o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), compondo a Comissão de Saúde Mental.

Nesse período foi apresentado o documento “A questão democrática na área da Saúde”, em que se propôs o Sistema Único de Saúde (SUS).

Posteriormente, o MTSM formulou o I Congresso de Saúde Mental, na cidade de São Paulo, e se aproximou da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), que seria mais um fruto das articulações com as referentes áreas que envolviam a saúde. Nesse contexto, diversas Conferências Nacionais de Saúde ocorreram, sendo uma das mais importantes, a 8ª Conferência realizada em Brasília, que apesar de abarcar temas mais genéricos, foi importante para criar uma pauta das conferências seguintes:

I) A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde em consonância com os princípios de integração orgânico-institucional, descentralização, universalização e participação, redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, estado, municípios, territórios) na prestação de serviços de saúde; III) Financiamento setorial. (ANAIS DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987 apud BRAVO, 2011, p. 110).

Ainda em 1979, os núcleos estaduais do MTSM, principalmente Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo reuniram técnicos e profissionais da saúde para questionar o papel político que deveria ser desempenhado para transformar a realidade da assistência social, superando o modelo asilar de tratamento. Nesse sentido, Delgado et al. (2007, p. 182) afirmam:

Temos, em consequência, dois aspectos a considerar, quanto ao futuro dos grandes asilos públicos no Brasil. Em primeiro lugar, a <<desospitalização>>, isto é, o conjunto de procedimentos destinados a transformar um modelo assistencial baseado na segregação hospitalar em uma prática assistencial que não isole o paciente da comunidade. Inclui-se aqui a reintegração social dos segregados, que vem sendo designada genericamente como <<ressocialização>> Um segundo aspecto, não dissociado do primeiro, implica definir novo papel a ser desempenhado pelas instituições públicas concretas que até então cumpriam papel asilar.

Pouco tempo depois foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), em junho de 1987, que buscou reconhecer a saúde como um direito. Nesse momento, os defensores do Movimento Sanitário discutiam sobre incluir alguns temas de saúde na Constituinte, além de propor a reformulação do Decreto nº 24.559/1934, que taxava o “doente mental” como civilmente incapaz de dispor dos seus atos. De acordo com o relatório da conferência, devia “ser constitucionalmente assegurada a condição de cidadania plena ao indivíduo considerado doente mental. Tal garantia pressupõe uma legislação ordinária que disponha sobre a especificidade da doença mental e coloque a necessidade de revisão de toda a legislação em vigor.” (BRASIL, 1988b, p. 21).

Durante a I CNSM, houve a convocatória do II Congresso Nacional de Saúde Mental (II CNSM), que ocorreu em dezembro de 1992 na cidade de Bauru e teve como temática: “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: modelo assistencial e direito à cidadania”. O II CNSM aderiu ao lema “por uma sociedade sem manicômios” e trouxe temas e discussões que viriam a influenciar todas as normativas em prol de uma nova política de saúde mental, tendo em vista o fato de que, desde o ano de 1934 as deliberações a respeito dessa problemática eram pautadas, basicamente, no modelo hospitalocêntrico⁵ (SILVA; CALDEIRA, 2010).

“Por uma sociedade sem manicômios” revela duas transformações significativas no movimento. Uma, que diz respeito à sua constituição, na medida em que deixa de ser um coletivo de profissionais para se tornar um movimento social, não apenas com os próprios “loucos” e seus familiares, mas também com outros ativistas de direitos humanos. Outra, que se refere à sua imagem-objeto, até então relativamente associada à melhoria do sistema, à luta contra a violência, a discriminação e segregação, mas não explicitamente pela extinção das instituições e concepções manicomiais. A partir de então se transforma em Movimento da Luta Antimanicomial (MLA). (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2069).

Em meio a esse contexto, a Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU) também trouxe um marco no campo dos direitos relacionados à saúde mental, com a aprovação dos Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental (Resolução nº 46/119 do ano de 1991), que versava sobre a melhoria dos serviços em saúde mental e a proteção desse grupo. O artigo 1º, parágrafo 4º cita que “não haverá discriminação sob alegação de transtorno mental. ‘Discriminação’ significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos.”. Já o princípio nº 11, parágrafo 1º da mesma normativa cita que não será administrado qualquer tratamento sem o consentimento informado do paciente, com exceção dos casos em que os profissionais de saúde façam o encaminhamento demonstrando urgência e necessidade em propor tal medida.

Foi a partir do II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que se buscou questionar a lógica manicomial. Assim, ideia não seria melhorar as estruturas tradicionais, mas sim criar formas de cuidado. Nesse sentido, o Movimento da Luta Antimanicomial se consolida buscando fortalecer a desospitalização e desinstitucionalização, rompendo com o paradigma vigente. Nesse sentido, o segundo termo “consiste em trabalhar para eliminar a realidade e a cultura institucional [...] e suas

⁵ Modelo de assistência curativista, voltada para a consulta médica, na qual o sistema de saúde brasileiro se volta para uma política patologizante, numa lógica de assistência centrada na doença e não na promoção da saúde.

consequências: violência, miséria, isolamento, falta de dignidade, injustiça e ampliação da enfermidade institucional, seja dos pacientes, seja dos que cuidam deles" (SARACENO; ASIOLI; TOGNONI, 1994, p. 56). Houve também a divisão do grupo em núcleos que ocuparam várias cidades, auxiliando na criação do Dia Nacional da Luta Antimanicomial no dia 18 de maio que serviu para “despertar o pensamento crítico na sociedade sobre a violência institucional da psiquiatria e a exclusão das pessoas em sofrimento psíquico (AMARANTE; NUNES, p. 2070). A partir dessas articulações e outras que ocorreram ao longo da história do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), houve a adequação às diretrizes e objetivos do SUS, junto aos preceitos da Lei 10.216/01, que promoveram mudanças no campo da saúde mental quando observado o modelo de assistência psiquiátrica anterior. Nesse processo, o MLA segue em busca dos direitos à saúde, previdência social, vida, igualdade, liberdade, trabalho, transporte e acesso à justiça, para que a ostensiva disciplinarização dos corpos em sofrimento mental transforme-se em uma metodologia de inclusão social, que instigue a inserção efetiva do sujeito em uma sociedade multidimensional. Nesse sentido, Amarante (1997, p. 165) afirma que o intuito principal desse movimento:

Seria poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados.

O teórico Amarante (2008) também cita que o processo de construção da reforma se dá por meio de quatro dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. A primeira é definida pela superação dos preceitos da psiquiatria e da medicina para compreender a loucura, compreendendo que há um aspecto subjetivo, ético, social e político que a caracteriza. A segunda, busca superar os dispositivos e mecanismos de controle, tutela e segregação dessas pessoas, dando enfoque as estratégias de cuidado. Já a dimensão jurídico-política atua no sentido de alterar a perspectiva da legislação vigente para que seja garantida a autonomia, liberdade e cidadania desses sujeitos. Por fim, a sociocultural observa os atravessamentos sociais e históricos que perpassam a questão da loucura.

Sabe-se que a Constituição Federal de 1988 traz consigo um marco na garantia da igualdade e inclusão de todos os indivíduos, pois passa a ser obrigação expressa do Estado a promoção de ações nesse sentido. Nesse contexto, a perspectiva da “extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais” mencionada no Projeto de Lei 3.657 de 1989, que desembocou na Lei 10.216 de abril de 2001, conhecida como Lei da

Reforma Psiquiátrica, fora o pontapé necessário para repensar a utilização da internação psiquiátrica no processo de cuidado da pessoa em sofrimento mental, com base no preceito de que não mais era possível permitir uma lógica de tratamento que provocasse mais sofrimento e estigmatização.

Os entraves que a problemática da saúde pública enfrenta, sobretudo no âmbito da saúde mental e do uso abusivo de drogas, carecem da leitura constitucional no sentido de entender se existe alguma colisão entre as liberdades que são conferidas ao cidadão a partir de 1988 e os impactos gerados pelo aumento do número de internações psiquiátricas compulsórias frente aos pressupostos do Movimento Antimanicomial e da Lei da Reforma Psiquiátrica. Sabe-se que a Carta Magna traz como direito fundamental, em seu art. 5º, XV, a garantia do direito à locomoção, como um meio de afastar atitudes arbitrárias do Estado no que tange ao direito de ir, vir ou permanecer em determinado espaço. É a partir desse princípio que se confere certa segurança nas relações estabelecidas pelo indivíduo, tendo em vista o fato de que dentro de seu país ele poderá se autodeterminar sem quaisquer interferências. Desse modo, só é possível a mitigação desse preceito por meio de anuência constitucional, atendendo aos requisitos impostos pelo ordenamento.

Ademais, no contexto dos entraves em busca da garantia de um novo modelo de assistência em saúde mental, a referida lei propõe significativa mudança no modo de intervenção e tratamento, que passa a se basear na ideia de autonomia do indivíduo e no consentimento informado, ainda que esteja em sofrimento mental, corroborando o que preceitua a Constituição Federal. Nesse sentido, passa a ser ultrapassado o modelo baseado nos aspectos meramente biologizantes e fortalecida a ideia das múltiplas formas de cuidado, apesar de ainda haver menção na Lei 10.216/2001 sobre a possibilidade de utilizar a internação como via excepcional de tratamento. Junto a isso, tem-se a inclusão dessas pessoas a seara dos direitos fundamentais, partindo do princípio de que estes são fundados para qualquer cidadão, afastando o aspecto das relações especiais às quais eram submetidos os pacientes internados que dependiam do poder médico, funcionando como uma espécie de ordenamento legal em separado (ANTUNES, 2007, p. 73).

Cita Robert Alexy (2010) que dentro do rol dos direitos fundamentais é necessário conceber a existência de uma norma de dignidade da pessoa humana e um princípio da dignidade humana. Dentro dessa percepção, tem-se certa preferência pelo princípio por ser o determinante do conteúdo da regra da dignidade, de modo que, diante do confronto entre as garantias e direitos fundamentais, essa regra “de ouro” deve ser utilizada na ponderação de quais direitos serão mitigados ou conciliados.

1.1.1 Reflexão histórica da legislação brasileira nas internações compulsórias

A internação compulsória foi introduzida no Brasil desde 1903 por meio do Decreto 1.132, (institui a “reorganização da assistência aos alienados”). Em seus 23 artigos, este Decreto trazia formas de tratamento dos “alienados”, tais como os procedimentos a serem utilizados no processo de internação, a exemplo da guarda dos bens, a solicitação de inspeção dos hospitais e a possibilidade de alta caso o paciente demonstrasse melhora.

O artigo 1º deste Decreto dispunha a seguinte redação: “O indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados” (BRASIL, 1903). Ressalte-se que a admissão no asilo se dava por meio da requisição de autoridade pública ou particular, de modo que qualquer pessoa que desviasse da “normalidade” estabelecida pela época poderia ser encaminhada a um hospício com base nessa norma.

Ponto importante a ser citado é o fato de que não havia o requerimento de relatório médico anterior ao internamento, caso fosse acatado o pedido, a pessoa seria isolada de maneira provisória e seria dado um prazo de 24 horas para que houvesse a comunicação ao juízo competente e juntada do parecer médico.

Ademais, o decreto trouxe a previsão de penalidades de cunho administrativo para os agentes e instituições que não cumprissem seus desígnios. Além de destacar a proibição de manter os “doentes mentais” em cadeias públicas junto aos criminosos, destinando-os ao manicômio. Antunes (2007) evidencia a importância em fazer essa separação entre os considerados alienados e os criminosos, pois a psiquiatria possuía essa perspectiva de abarcar as questões sociais controlando a ordem e desordem no espaço urbano. Isso se dá, conforme Carvalho e Amarante (2000) em razão do fortalecimento da psiquiatria como disciplina médica à época, sendo possível observar no próprio decreto a utilização de alguns termos de caráter técnico a exemplo de “moléstia mental, congênita ou adquirida”, ensejando a perspectiva de que havia um estado de “doente mental” nessas pessoas.

Posteriormente, tem-se o Decreto nº 24.559 promulgado no ano de 1934, que revogou o anterior de 1903, manteve alguns preceitos do anterior, mas deu enfoque na prevenção da doença mental. Pela primeira vez, em tese, houve a preocupação com o acompanhamento médico, a prevenção do quadro clínico e a reinserção do paciente. O artigo 1º dispõe que:

Art. 1º A Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental terá por fim:

a) Proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal; b) Dar amparo médico e social, não só aos predispostos a doenças mentais como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos; c) Concorrer para a realização da higiene psíquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial. (BRASIL, 1934).

Importante destacar que só havia a possibilidade de alta do internado no caso em que o psiquiatra atestasse que ele não era mais considerado “perigoso”, além de ser necessário que alguma pessoa se responsabilizasse na continuidade do seu tratamento e pelos seus atos. Outro ponto importante é o fato de que essa legislação trouxe também uma menção aos “toxicômanos” ou os “intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente por bebidas inebriantes” delimitando o procedimento para sua internação, que poderia ocorrer por ordem judicial ou a requerimento da autoridade policial e a pedido do paciente ou parente até o 4º grau, mas que na falta desse poderia ser solicitado por tutor, curador, diretor do hospital, chefe religioso ou qualquer interessado que declarasse o perigo em manter aquela pessoa em liberdade.

Destarte, na época em questão, vigorou nessa normativa – de forma análoga aos regimes de cumprimento de pena da execução penal – três formas de estabelecimento: aberto, fechado e misto. No aberto, estavam inclusos os psicopatas, toxicômanos e intoxicados habituais que solicitassem a internação; os abandonados que necessitassem da internação e não se opusessem de modo formal; aqueles que ameaçassem a própria vida ou a de outrem e que não confrontassem a internação; e os que fossem encaminhados para avaliação da capacidade civil. Já no que concerne aos estabelecimentos fechados, tem-se os toxicômanos, intoxicados e psicopatas que devido a suas “reações perigosas” (BRASIL, 1934) não pudessem estar em serviços abertos e aqueles que tivessem a internação determinada por ordem judicial ou fossem encaminhados por autoridade policial ou militar.

É esse processo que promove o fortalecimento dos manicômios pelo Brasil, sendo estes em grande parte de caráter privado, em razão do lucro gerado pelo que se intitula de “indústria da loucura”. Conforme citado anteriormente, o movimento que instituiu a Psiquiatria como disciplina no país trouxe consigo o intuito de promover a “organização social” através do controle, tratamento e recuperação da desordem que era influenciada pela raça ou pelo meio (FONTE, 2012).

Com isso, durante os anos de 1940 e 1950 houve um aumento significativo da quantidade de hospitais psiquiátricos no país, fato que não amenizava a superlotação e a indignidade na qual as pessoas eram submetidas. A partir do regime ditatorial, o Brasil acabou indo na contramão do processo de diminuição da rede de tratamento asilar que ocorreu nos outros países. Com o golpe civil militar de 1964 houve verdadeira “alocação” de qualquer

pessoa indigente nesses espaços, fortalecendo a privatização e a criação de novos hospícios, patrocinados pelo poder público, inclusive.

A mentalidade dessa época era voltada ao modelo de assistência com caráter asilar e de custódia, mantendo os pacientes por longos períodos de internação (QUEIROZ, 2009). Dessa maneira, a “indústria da loucura” passou a auferir vantagens econômicas significativas com o afastamento do Estado e fortalecimento da rede hospitalar privada. Essa conjuntura é, notadamente, fortalecida pelo decreto supracitado, pois vigorou do ano de 1934 até 2001 quando o deputado Paulo Delgado propôs o esboço da Lei 10.216/2001.

Nesse sentido, observa-se que a Constituição Federal não prevê expressamente a possibilidade de restringir a liberdade por meio da internação psiquiátrica. Nesse sentido, fica a cargo da Lei 10.216/01 - que garante os direitos das pessoas em sofrimento mental – utilizar-se desse meio em casos que são considerados de excepcionalidade: “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. De modo que tal processo deve ser mediado por laudo médico especializado, documento que dá subsídio à internação, conforme prevê a Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001):

Art. 6º 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.

(...)

Art. 9º 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.

A internação compulsória é a forma de hospitalização mais complexa que o ordenamento jurídico permite. Segundo Musse (2008) existem quatro possibilidades para que essa modalidade seja utilizada, quais sejam: cometimento de um crime devido ao transtorno mental; inimputabilidade; o indivíduo oferece risco à sua integridade, à de sua família e à sociedade; e a sanção proposta pelo juiz de direito é a medida de segurança nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

A Resolução nº 2.057 de 2013 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2013) também menciona esse tema:

Art. 29. A internação de paciente em estabelecimento hospitalar ou de assistência psiquiátrica deve ocorrer mediante nota de internação circunstanciada que exponha sua motivação, podendo ser classificada, nos termos da Lei nº 10.216/01, como voluntária, involuntária e compulsória.

§ 1º Internação voluntária é a que se dá com o consentimento expresso e por escrito de paciente em condições psíquicas de manifestação válida de vontade.

§ 2º Internação involuntária é a que se dá contrariamente à vontade do paciente, sem o seu consentimento expresso ou com consentimento inválido. Para que ocorra, faz-se necessária a concordância de representante legal, exceto nas situações de emergência médica.

§ 3º Internação compulsória é a determinada por magistrado.

Art. 30. Todo paciente admitido voluntariamente tem o direito de solicitar sua alta ao médico assistente a qualquer momento.

Parágrafo único. Se houver contraindicação clínica para a alta e presentes os requisitos que autorizam a internação involuntária, o médico assistente deve converter a internação voluntária em involuntária nos termos da Lei nº 10.216/01.

Art. 31. O paciente com doença mental somente poderá ser internado involuntariamente se, em função de sua doença, apresentar uma das seguintes condições, inclusive para aquelas situações definidas como emergência médica:

I – Incapacidade grave de autocuidados; II – Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde; III – Risco de autoagressão ou de heteroagressão; IV – Risco de prejuízo moral ou patrimonial; V – Risco de agressão à ordem pública.

Além da internação compulsória, tem-se a voluntária que ocorre quando a pessoa busca determinado tipo de tratamento ou acata algum proposto. Nesta modalidade há um consenso entre a capacidade de decisão do paciente, a análise médica e a escolha de uma melhor via de cuidado, nos moldes do artigo 7º da Lei 10.216/2001. Acrescente-se também que a solicitação do paciente é expressa por meio do Termo de Consentimento Livre (TCL), junto aos preceitos do artigo 429 da Portaria do Ministério de Saúde nº 2.048 do ano de 2009, que aprova o regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para que seja solicitada essa modalidade de internação, o sujeito deve ter capacidade civil plena, ou seja, ter 18 anos na data da solicitação, não ter mandado de registro de interdição para que outra pessoa o represente, nem estar em situação de desorientação seja por qualquer tipo de crise ou devido à utilização de substância psicoativa. Além disso, caso o indivíduo seja relativamente incapaz, também terá a liberalidade de solicitar a internação, desde que haja a anuência dos pais ou representantes legais. No mesmo sentido, caso o paciente deseje findar a internação, o artigo 7º da Lei da Reforma Psiquiátrica também prevê que poderá ser feito por meio de solicitação escrita pelo paciente ou por determinação do médico que acompanha o caso.

Já a internação involuntária é o ato promovido pelo médico que ocorre sem consentimento do paciente e é proposta a partir de pedido de terceiros e o aviso ao Ministério Público deve ocorrer em até 72 horas (art. 8º, parágrafo 1º, Lei 10.216/01). Acrescente-se que

o artigo 5º, LXVIII da CF/88 cita que é cabível *habeas corpus* (HC) nos casos em que alguém sofre ou está ameaçado de sofrer coação da sua liberdade de locomoção. Nesse contexto, notadamente, é possível aplicar esse remédio constitucional nos casos em que o hospital não garantir os direitos fundamentais constitucionalmente previstos e os que estão expressos no art. 2º da Lei da Reforma Psiquiátrica. Além dessa hipótese, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) também dá margem à impetração do HC perante internação psiquiátrica involuntária irregular, ou seja, casos em que a pessoa em sofrimento mental é isolada sem seu consentimento⁶.

O artigo 2º, V, da Lei 10.216/01 dispõe que nos casos em que é utilizada essa modalidade de internação, solicita-se o esclarecimento médico sobre a necessidade da hospitalização. Já o art. 8º, § 2º, estabelece que nos casos de alta do paciente, o responsável legal ou familiar da pessoa em sofrimento mental faz o requerimento por escrito ou é estabelecido por especialista responsável pelo tratamento. Saliente-se que a função da equipe médica é promover o diálogo e a integração no sentido de fazer com que o paciente compreenda se é necessária a internação e opte voluntariamente, caso se sinta confortável (BRASIL, 2001).

Como supramencionado, a internação involuntária ocorre sem o consentimento do paciente “seja porque ele é contra a medida, seja porque está impossibilitado de decidir sobre ela” (PINHEIRO, 2011). Sabe-se que a Lei 10.216/2001 não prevê um procedimento regular sob a égide do Poder Judiciário para a internação involuntária, mas em razão do direito de contraditório e ampla defesa, além do amplo acesso de jurisdição, direitos fundamentais previstos na Carta Magna, é possível a qualquer momento o paciente questionar essa via de internação. Acrescente-se que, caso haja a internação sem passar pelo crivo da Lei da Reforma Psiquiátrica e nos casos em que o indivíduo não acatou por meio do TCL (Portaria nº 2.048/2009 do MS), o familiar ou o profissional que permitiram a limitação do direito à liberdade dessas pessoas fora dos casos previstos em lei e sem o consentimento do paciente, podem incorrer no crime de cárcere privado (artigo 148, Código Penal), caso em que a pessoa é privada de sua liberdade em confinamento.

⁶ “Ementa: *Habeas Corpus*. Internação involuntária em clínica psiquiátrica. Ato de particular. Ausência de provas e/ou indícios de perturbação mental. Constrangimento ilegal delineado. Binômio poder-dever familiar. Dever de cuidado e proteção. Limites. Extinção do poder familiar. Filha maior e civilmente capaz. Direitos de personalidade afetados. É incabível a internação forçada de pessoa maior e capaz sem que haja justificativa proporcional e razoável para a constrição da paciente. Ainda que se reconheça o legítimo dever de cuidado e proteção dos pais em relação aos filhos, a internação compulsória de filha maior e capaz, em clínica para tratamento psiquiátrico, sem que haja efetivamente diagnóstico nesse sentido, configura constrangimento ilegal. Ordem concedida. Superior Tribunal de Justiça, HC 35301 / RJ, T3, Rel. Min. Nancy Andrighi, DJ de 13/09/2004. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/19400167/habeas-corpus-hc-35301-rj-2004-0063013-3/inteiro-teor-19400168?ref=juris-tabs>. Acesso em: 8 mar. 2020.

Além disso, a utilização das internações compulsória e involuntária deve passar pelo crivo da proporcionalidade. Ou seja, deve ser baseada no grau de perigo, na adequação e na necessidade. Desse modo, a princípio deve ser observado se o isolamento ocorrerá em uma situação na qual a pessoa estará em perigo efetivo, além de observar se ela já passou por outros tipos de tratamento e garantir que outros meios sejam pensados; por fim, compreender se é preciso utilizar essa medida para diminuir o risco de lesão que a pessoa estaria exposta.

Saliente-se que em caso de melhora do paciente, deve ser cessada imediatamente a internação. Já nos casos em que é necessária a manutenção da medida, é recomendada a revisão periódica da permanência no hospital para observar se houver algum progresso no tratamento ou irregularidades que justifiquem a desinternação. Isso é exposto por Leon García, em uma entrevista à Agência Brasil em maio de 2013:

A internação involuntária é o fracasso da clínica no campo da saúde mental. Qualquer psiquiatra que faz uma internação involuntária o faz através do fracasso da sua capacidade de cuidar. Ela ocorre quando nada mais deu certo. Não podemos ter uma política pública baseada no fracasso. (AGÊNCIA BRASIL, 2013)

Denota-se que não é possível mencionar um aspecto exclusivamente penal na internação psiquiátrica involuntária, ainda que haja proximidade com uma espécie de restrição de liberdade. Contudo, a lógica argumentativa que propicia a internação se afasta do modelo protetivo que visa garantir a segurança do indivíduo e da sociedade, colocando tal questão em situação de excepcionalidade, colocando-os na posição de “cidadãos em geral” contra o risco de privação injusto (ANTUNES, 2017, p. 74).

Em razão da expressa privação da liberdade pessoal, o isolamento dessas pessoas obriga a observância de rigorosa análise médica e a autorização do sistema de justiça, garantindo que haja – como supracitado – a garantia da proporcionalidade da medida. Nesse contexto, é necessário se ater ao devido processo legal ou “*due process of law*” quando se cogita a possibilidade da internação. A Constituição, em seu art. 5º, inciso LIV, preceitua que “ninguém será privado da liberdade ou dos seus bens sem o devido processo legal”, de modo que no âmbito de qualquer processo é necessário observar os critérios de justiça, paridade das partes, garantia do contraditório e ampla defesa e privilégios contra a autoincriminação. Nesse diapasão, conforme afirma Pinheiro (2011, p. 135):

O devido processo legal de internação brasileiro, segundo a Lei 10.216/2001, exige que o procedimento se realize: a) mediante laudo médico circunstanciado (Art. 6º); b) mediante consentimento informado – do paciente

ou de seu representante legal – escrito; c) autorização de médico devidamente cadastrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o estabelecimento; e d) comunicação, pelo responsável técnico do estabelecimento, no prazo de 72 horas, ao Ministério Público tanto da internação quanto da alta do paciente.

Notadamente, a garantia de um devido processo legal baseado em preceitos de “justiça”, visa garantir o mínimo de legalidade nos processos das internações compulsórias e involuntárias. Dessa forma, são garantidos os direitos de primeira dimensão que visam uma ação negativa do Estado, além de evitar que haja o fortalecimento do higienismo ao qual é submetida a pessoa que vive em sofrimento mental. Pois é evidente que há um preceito de tutela da saúde pública que ainda traz marcas das noções de periculosidade social frente à busca pela consolidação dos direitos sociais e do exercício da cidadania.

De acordo com Pinheiro (2011), apesar da incongruência perante as normativas atuais, existe um direito constitucionalmente previsto ao devido processo legal que regula a forma pela qual se dará a internação involuntária, compulsória ou voluntária, tendo em vista o fato de que há um rol de preceitos que devem ser garantidos para que haja mínima dignidade nesses processos. Assim, ultrapassa o aspecto da saúde, que vigorava à época anterior Lei da Reforma Psiquiátrica e passa a promover a dignidade de cada indivíduo e o direito fundamental à liberdade.

Sob esse preceito é que a lei busca o cumprimento dos requisitos para que haja a internação, devendo ser reforçado o fato desta funcionar como medida excepcional quando diante de casos em que a internação voluntária não é solicitada. É nesse liame que a internação compulsória surge como meio de antecipação da tutela judicial – como será observado nos capítulos posteriores – que aprofunda a utilização da internação no manicômio como meio de tratamento, demonstrando uma tentativa legislativa de solucionar de forma rápida a questão do sofrimento mental.

Tal conjuntura não está afastada da relação que a psiquiatria e a Justiça galgaram ao longo das décadas. A utilização do internamento remonta meados do século XVII, com a fundação do Hospital Geral em Paris no ano de 1656 que foi “fortalecido” por meio das marcas de segregação impostas ao sujeito em sofrimento mental, pois o hospício sentenciava aquele indivíduo como incapaz de estar inserto na cidade e de exercer seus direitos.

Foucault (2014) apresenta um fato histórico da época clássica que explicita como a loucura, os desviantes à normalidade, os indesejáveis socialmente foram arbitrariamente conduzidos coercitivamente à instituição perdendo seus direitos e se resignando à docilização de seus corpos através de mecanismos disciplinares impostos pelo rei. Neste exemplo, ele

discorre em sua abordagem referindo-se à detenção autoritária de cerca de seis mil pessoas no ano de 1657 em Paris, levados ao hospital geral por serem indigentes, vagabundos, libertinos, homossexuais sem nenhum procedimento jurídico no qual se baseassem racionalmente. Uma ordem completamente impositiva do rei legitimada pela denúncia de qualquer pessoa que causava o enclausuramento de pessoas pelo resto de suas vidas.

Ao trazer para a atualidade, pode-se constatar que houve um desenvolvimento da instituição que exerce um papel hierarquizado próprio. Tratado como um problema de saúde pública, tem-se a sua própria imposição de regras estabelecidas de forma autoritária e sem respeito aos direitos fundamentais do ser humano. Como referido no filme *Em Nome da Razão*: “através do hospício, a sociedade exclui os que não se adaptam a um sistema baseado na competição” (RATTON, 2009).

Toda essa rede de um poder que não é judiciário deve desempenhar uma das funções que a justiça se atribui neste momento: função não mais de punir as infrações dos indivíduos, mas de corrigir suas virtualidades. (FOUCAULT, 2005, p. 86).

Todo aparato burocrático normalizador das instituições utiliza-se de seu mecanismo disciplinar, onde as relações sociais manifestam-se a partir da imposição intrínseca de poder através da hierarquização. O que objetiva incisivamente este mecanismo é docilizar os corpos de forma impessoal, em que se adere uma característica fundamentalmente violenta (objetiva ou subjetivamente), desqualificando a autonomia do interno, que por sua vez torna-se extremamente dependente do sistema e de sua consequente subordinação, onde procura-se, através de constantes exames, individualizar o sujeito para que ele desenvolva maior aptidão à reinserção à sociedade nas condições a que fora induzido. Qualquer ato subversivo é imediatamente confrontado pela autoridade exercida pela disciplinarização (FOUCAULT, 2014).

Nesse sentido, Barroso (2009) traz o conceito de judicialização da vida como uma ideia de que diversas searas do convívio humano estão sendo transpassados pela ação do Poder Judiciário e não mais pelos órgãos aos quais deviam se submeter. Zimmer (2011) acrescenta que as diferentes relações histórico-sociais passaram a se respaldar sob a atuação do Sistema de Justiça, de modo que esse agente social tem substituído o papel do Estado e do próprio cidadão em demandas variadas que não necessariamente deveriam ser mediadas pelo crivo judicial.

É a partir da contradição desse movimento, no qual a lei garante a autonomia e independência dos sujeitos em sofrimento mental, mas concomitantemente busca o próprio

aparato legal para manter uma política higienista, que perdura na seleção dos corpos que serão excluídos do convívio humano. Essa judicialização demonstra que a garantia dos direitos de determinados indivíduos, regulamentados pela Constituição, tende a ser mediada pela pretensão judicial (BARROSO, 2009) que, no caso em tela, pode ser benéfica ao indivíduo, nos casos em que a Justiça afasta a internação ou observa as irregularidades praticadas ou promovendo ainda mais a sujeição ao sistema asilar.

Nesse contexto, a partir de um movimento que ameniza os sentidos do encarceramento e trazem formas “substitutivas” de controlar certos seres, torna-se forte o argumento que leva essas pessoas aos hospitais psiquiátricos, como afirma Zimmer (2011, p. 42):

São frágeis argumentos, pois anunciam algumas nuances: (1) em plena Reforma Psiquiátrica, aos olhos do judiciário, o hospital psiquiátrico ainda se constitui como destino para tratamento; (2) dada a força do judiciário, por que não remeter o tratamento para outros serviços que cuidam do portador de transtorno mental? (3) a demanda para tratamento não estaria mascarando a necessidade de outros amparos sociais, falta da família, a pobreza, etc.?

Essa lógica demonstra a falta de linearidade nos debates travados pelo Movimento Antimanicomial perante os órgãos do Sistema de Justiça. Não é possível admitir que quase 19 anos depois da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, exista uma força na pretensão judicial que mantenha a sujeição ao modelo hospitalocêntrico como meio de cuidado e tratamento.

1.2 A normativa sobre drogas e a estigmatização do usuário e dependente

Em razão do fato de os encaminhamentos e ofícios proferidos pelos agentes do Sistema de Justiça da Paraíba não estarem restritos às internações compulsórias e involuntárias apenas de pessoas em sofrimento mental, mas também os usuários e dependentes de drogas, cabe aqui suscitar uma análise mais detida sobre as motivações dessas internações quanto a esse grupo. A princípio, cabe salientar que a possibilidade conferida pela Lei da Reforma Psiquiátrica de internações compulsória e involuntária das pessoas em sofrimento mental justificou, por muito tempo, a utilização “analógica” para os casos de usuários de entorpecentes.

É necessário pontuar, a priori, a perspectiva de Foucault (1996, p. 85) sobre a noção de periculosidade social, no período da idade média:

Significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a

uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam. (FOUCAULT, 1996, p. 85).

Nesse contexto, o autor esclarece que existe uma rede que funciona junto ao Poder Judiciário que desempenha funções de corrigir o indivíduo, por meio de um efetivo sistema de controle que, caso não tenha efetividade sobre ele em liberdade, segrega-o com intuito de promover a disciplina, com base em argumentos de saúde e segurança. Esse preceito não está afastado da questão do uso de drogas, tendo em vista o fato de que os argumentos médicos - que embasam a perspectiva legal - sobre esse fato social trazem apenas a aceção de que existe uma nocividade em seu uso e uma censura moral que fortalece os argumentos de que qualquer aproximação com esse tipo de substância deve ser barrada a todo custo.

De acordo com Maria Paula Gomes (2018), a preocupação com a embriaguez e a ingestão de bebidas alcoólicas já era uma pauta debatida pelos movimentos puritanos estadunidenses no século XVIII, que consideravam um problema moral a falta de domínio sob a própria vontade. Para os adeptos à corrente dessa época a ingestão dessas substâncias levaria os indivíduos a cometerem crimes roubos, furtos e assassinatos para sustentar o vício. Foi nesse contexto que surgiu os movimentos da temperança, no século XIX, que se baseavam nos ideais de libertação e salvação para afastar as pessoas dos psicoativos, fortalecendo a perspectiva médica que designou como doença o que se intitula por “dependência química”, sendo considerada um desvio social que delineia a identidade do usuário como um doente e até incapaz.

Segundo as descrições que se popularizaram (não só no meio médico), essa doença, além de afetar a saúde do indivíduo, teria impactos sociais devastadores. Primeiramente, porque os efeitos dessas substâncias distorceriam as percepções de seus usuários, torná-los-iam consumidores compulsivos e comprometeriam a sua razão. Ademais, porque, uma vez tornados consumidores compulsivos, dependentes químicos não mediriam consequências para obter as substâncias que pretendessem consumir, ultrapassando, se necessário, quaisquer barreiras morais e legais. (SANTOS, 2018, p. 21).

Esse é o argumento que permeia a ideia de “guerra às drogas”, que se iniciou nos Estados Unidos como uma forma de barrar o uso, a venda e o comércio de entorpecentes, além de propor a abstinência como a única forma capaz de “recuperar” o indivíduo do vício. Mas, saliente-se que esse tema sempre foi alvo de inúmeras discussões, tanto quanto aos riscos no uso e sobre as formas mais adequadas de tratamento nos casos de descontrole no uso.

Evidencia-se que as regulações que tratam sobre essa temática no Brasil, seguiram o mesmo movimento de caráter proibicionista⁷. Historicamente, a legislação brasileira sobre esse tema teve esse viés de “barrar” o narcotráfico e o consumo. De acordo com Greco Filho (2009), o país aderiu à Conferência Internacional do Ópio sancionando o Decreto nº 11.581/1915 de julho de 1914 que visava uma ação conjunta de repressão e prevenção. Posteriormente, o Decreto nº 780 de 1936, que buscava ações mais precisas na repressão ao uso das substâncias. Sabe-se que as primeiras menções sobre a internação compulsória da pessoa considerada dependente química foram reguladas pelo Decreto Lei nº 891/1938 que cita as seguintes disposições:

Artigo 27 A toxicomania ou a intoxicação habitual, por substâncias entorpecentes, é considerada doença de notificação compulsória, em caráter reservado, à autoridade sanitária local.

Art. 28 Não é permitido o tratamento de toxicômanos em domicílio.

Art. 29. Os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não.

§1º. A internação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada à necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública. Essa internação se verificará mediante representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público, só se tornando efetiva após decisão judicial.

Já no ano de 1941, foi criada a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, a partir do Decreto Lei nº 3114. A posteriori, tem-se a elaboração do Código Penal no ano de 1940, que não trazia muitos artigos sobre a questão das substâncias químicas, apenas o artigo 281 que trata do crime de comércio ou facilitação do uso de intoxicantes, esse artigo foi bastante discutido pela doutrina em razão do fato de que se constituía como norma penal em branco, de modo que em razão da imprecisão técnica, qualquer substância poderia ser ali circunscrita (BATISTA, 1998). Já em 1964, tem-se a redação do que viria a ser a Lei nº 4.451/66 que acrescentou ao tipo penal quaisquer tipos de substâncias entorpecentes. Ademais, em meio ao Ato Institucional nº 5 (AI-5) do regime ditatorial militar, foi escrito o Decreto-Lei nº 385 em 26 de dezembro de 1968, que equiparava o usuário ao traficante, dispondo de penalidade de cinco anos de prisão, além das multas (GRECO FILHO, 2009)

⁷ De acordo com Bucher e Oliveira (1994), o proibicionismo se utiliza dos discursos do pânico social e do medo das classes mais abastadas para criar estigmas sobre determinadas temáticas que são discutidas no meio jurídico. Assim, a “guerra às drogas” usa a abordagem do perigo como estratégia de criminalização e afastamento de indivíduos determinados do seio social.

No ano de 1967, foi editado o Decreto Lei nº 159 que trazia um rol de substâncias passíveis de determinar a dependência física ou psíquica. Ainda de acordo com Greco Filho (2009), houve uma equiparação desses ativos aos entorpecentes com vistas a um maior controle e fiscalização. Em 1971 foi conferida nova redação ao art. 281 do Código Penal acrescentando medidas preventivas ao tráfico e ao uso de substâncias químicas (PRATES; LOPES, 2014). Essa lei foi substituída pelo que se denominou de “Lei Tóxica” que revogou o art. 281 do CP e migrou as leis de drogas para legislação especial, com novas narrativas de que seria um perigo para a saúde pública (BOITEUX, 2013).

Após diversas leis sobre essa temática, tem-se a promulgação da Lei 11.343/2006 que revogou expressamente os dois diplomas anteriores. Ela reconhece em seu artigo 4º o “respeito pelo fundamental direito das pessoas humanas, especialmente no que diz respeito à sua autonomia e liberdade”, além do “fortalecimento, autonomia e responsabilidades individuais em relação ao uso indevido de drogas” (BRASIL, 2006), mencionando, inclusive, questões sobre redução de danos⁸. Ademais, uma das questões mais discutidas nesse âmbito, desde a promulgação da Lei nº 11.343/2006, trata-se da interpretação do artigo 28 que propõe a tipificação do crime de uso de drogas. O referido (BRASIL, 2006) cita que:

Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

I - advertência sobre os efeitos das drogas; II - prestação de serviços à comunidade; III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

§ 1º Às mesmas medidas submete-se quem, para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica.

§ 2º Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.

(...)

§ 7º O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado.

Boiteux (2013) cita que apesar dos avanços promovidos por essa normativa, há na lei uma falta de clareza no que tange à diferenciação entre o uso e o tráfico. Apesar de os critérios legais colocarem que a diferença se determina em razão da quantidade e da natureza da droga,

⁸ De acordo com a Associação Internacional de Redução de Danos (2010), a redução de danos é conceituada pelo conjunto de políticas e práticas que visam reduzir as consequências para a saúde, econômicas e sociais do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem que obrigatoriamente haja a diminuição no consumo. Disponível em: https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf. Acesso em: 14 mar. 2020.

além das circunstâncias objetivas e subjetivas, evidentemente são critérios imprecisos para aplicar em situações práticas, dando margem para que o agente da lei interprete de acordo com sua subjetividade. Observa-se, conforme a disposição acima, que existe uma ambiguidade na redação desses artigos que por um lado traz uma aceção mais focada na prevenção, afastando os aspectos de periculosidade e defesa social associados ao tráfico (CAMPOS, 2015).

Em se tratando das internações compulsórias, sabe-se que desde a redação da Lei de Drogas não havia previsão da possibilidade de internação forçada dessas pessoas. Contudo, em razão dos episódios que ocorrem nas chamadas “cracolândia”, a utilização dessa via, notadamente, se revela um espelho da noção de periculosidade que ainda cerca o usuário e o dependente de drogas. O reflexo social desse processo é aprofundado pelas ações do próprio Sistema de Justiça e do Estado, a exemplo da notícia publicada no Jornal R7 no dia 23 de maio de 2017 sobre o encaminhamento para internação compulsória de dezenas de usuários e dependentes de drogas que vivem na chamada “cracolândia”, em São Paulo, que fora apoiada pelo então – e atual – Governador do Estado, João Dória. Segue trecho da manchete:

[Vamos apoiar] O exercício de convencimento para a internação dessas pessoas, exceto se a Justiça autorizar a internação compulsória obrigatória, mas enquanto isso não ocorrer, tem que haver a internação voluntária ou aquela determinada pela família ou a de convencimento, que é aquela que estamos fazendo com 130 agentes sociais”, disse Dória hoje à tarde, durante conversa com jornalistas no Largo Coração de Jesus, local onde ficava o chamado “fluxo” da Cracolândia, desmantelado há dois dias (PREFEITURA..., 2017).

Essas narrativas, portanto, embasaram diversos encaminhamentos compulsórios e involuntários com base na Lei de Reforma Psiquiátrica de forma desarrazoada, tendo em vista o fato de que o dependente de drogas e o usuário não possuem qualquer tipo de sofrimento psíquico, sendo evidente o caráter higienista dessas medidas por parte dos agentes de Estado. Nesse sentido, cite-se o que dispõe Coelho e Oliveira (2014, p. 365):

Neste ponto, devem-se ter claro algumas conclusões: 1) dependente químico não é doente mental; 2) a internação compulsória prevista na Lei 10.216/01 deve ser aplicada tão somente para os casos de doentes mentais que cometam alguma infração criminosa, como espécie de medida de segurança; 3) a internação compulsória de dependentes químicos é ilegal por falta de previsão legal, e inconstitucional por violar o direito à saúde e a dignidade da pessoa humana; 4) as internações que vêm ocorrendo podem ser equiparadas à tortura e, assim, violam direitos humanos; 5) O Poder Judiciário é guardião de direitos humanos, não podendo, sob argumento algum, violá-los.

Notadamente, existe uma proporção grave de violações quanto à tendência a criminalização e completa segregação dos usuários. Nesta tela, não se fala em um problema de

saúde pública, mas sim de uma questão majoritariamente tratada pelo ordenamento penal, que possui a influência das questões morais. Além disso, o discurso sobre o fortalecimento do tráfico estereotipa os usuários e aprofunda o processo de estigmatização que afasta esse grupo das perspectivas de cuidado. A criminalização do usuário também aumenta o problema no sentido de que só haverá submissão a algum tipo de tratamento após um longo processo de isolamento social, pois “seu lugar na saúde se dá de dois modos, ou compulsoriamente ou na condição de quem deseja parar de usar drogas” (AZEVEDO; SOUZA, 2017, p. 494).

Paradoxalmente, a mesma Constituição (o mesmo artigo) que preconizava os Direitos e Garantias fundamentais, também corroborou com a ideologia de “guerra às drogas”, ao equiparar o tráfico de drogas a crime hediondo (art. 5º, inciso XLIII), ou mesmo autorizar a extradição do brasileiro naturalizado caso for “comprovado envolvimento com tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins” (art. 5º, inciso LI). (CORREIA, 2013, p. 271).

Contudo, em razão de todo o retrocesso que a política de drogas vem sofrendo, houve a sanção presidencial no dia 05 de junho de 2019 da Lei nº 13.840/2019, que traz uma série de alterações na Lei de Drogas. A principal dessas se trata do artigo 23-A da referida, que dispõe o fato de o tratamento do usuário ou dependente de droga ter enfoque na rede ambulatorial, na rede de atenção à saúde, sendo excepcional a forma de tratamento em hospitais gerais ou psiquiátricos. O intento é, nesse contexto, fazer a articulação do cuidado com a reintegração efetiva dessas pessoas na sociedade, inclusive social e econômica.

De acordo com Isabel Teresa (2018) houve um fortalecimento que se iniciou no ano de 2010 com a inclusão das Comunidades Terapêuticas (CTs) no “Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras Drogas” aumentando os leitos dessas instituições. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) na Nota Técnica nº 2 – Perfil das Comunidade Terapêuticas Brasileiras, esses centros:

Se organizam em residências coletivas temporárias, onde ingressam pessoas que fazem uso problemático de drogas, que ali permanecem, por certo tempo, isolados de suas relações sociais prévias, com o propósito de renunciarem definitivamente ao uso de drogas e adotarem novos estilos de vida, pautados na abstinência de SPAs (IPEA, 2017, p. 8).

Em 2011 houve o aporte de recursos de 4 bilhões de reais, além da abertura de 2.462 leitos para usuários de drogas. Isso ocorreu em razão da inclusão efetiva das CTs na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 3.088/2011, fortalecendo a ideia de que o “tratamento” nesses locais traz algum benefício. De acordo com o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas organizado pela parceria do Conselho Federal de

Psicologia (CFP), do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (Ministério Público Federal – MPF) o método de tratamento utilizado por esses centros “articula isolamento, abstinência, uso do trabalho dos internos para a manutenção dos locais – sob o nome de laborterapia – e referências religiosas ou espirituais” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018) não podendo ser considerada sequer como forma de tratamento. De acordo com uma matéria do The Intercept Brasil sobre as internações forçadas de adolescentes encaminhados pelo Sistema de Justiça para tratamento do vício em uma CT na área rural do município de Lagoa Santa (MG), tem-se a seguinte passagem sobre um adolescente que:

FOI FORÇADO a ficar seis dias e seis noites pelado, trancado em um cômodo menor que 6m². Sem banheiro, o adolescente de 16 anos precisava defecar em um ralo no canto da cela. O motivo do confinamento: ter tomado banho fora do horário determinado. “Nem cadeia tem isso”, ele resumiu a temporada em que passou preso na “cela solitária” de um centro de reabilitação para usuários de drogas chamado Comunidade Terapêutica Centradeq-Credeq, na área rural do município mineiro Lagoa Santa (LEVI; FERRAZ, 2019).

Sendo assim, denota-se que o investimento nas CTs traz à tona o caráter higienista e segregatório da internação, confrontando diretamente os princípios da redução de danos adotada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003, que visa um tratamento baseado nas subjetividades do indivíduo, respeitando sua autonomia para escolher e garantindo melhor qualidade de vida (SANTOS; QUEIROZ; 2016). Ademais, o fortalecimento de políticas como as que fortalecem as CTs, demonstram o fato de que as autoridades públicas não consideram o direito de escolha do usuário e do dependente de droga, de modo que as intervenções políticas praticadas nesse contexto são embasadas pelo forte cunho moral e até religioso que ainda permeia essa temática, aprofundando o isolamento social que submete esses indivíduos.

1.3 O direito à saúde e o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A Constituição Federal de 1988, traz a saúde como um direito a ser garantido pelo Estado que deve ser acessado por todos, através de um sistema único de atendimento – que culminou com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) – propiciando uma rede de atenção. Esse direito está disposto nos artigos 196 a 200 da Carta e está incluso no capítulo que trata da Seguridade Social, abrangendo as políticas relacionadas à Previdência e à Assistência Social, que são regidas pelas diretrizes da participação comunitária e do atendimento integral (art. 198, II e III). Assim, o Estado deve garantir todos os procedimentos e meios necessários a

promover a melhor prestação ao cidadão. Observa-se, nesse sentido, que os preceitos constitucionais trazem uma percepção ampliada da saúde, pois, de fato, passou a garantir que todas as pessoas tivessem acesso, tendo em vista que a Constituição anterior só garantia esse direito aos assalariados.

Ferreira Neto (2011) trata do conceito de política pública entrelaçando a ideia de política social, pois é através dela o Estado intervém na organização da sociedade por meio de ações na seara administrativa, jurídica e social. Desse modo, para que exista, de fato, uma política social, no sentido de ações coordenadas para atender os critérios e os “bens” fundamentais protegidos pela Constituição Federal, é preciso uma ação pública correspondente.

Um marco fundamental na garantia do direito à saúde foi a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorrera nos dias 25 a 28 de junho de 1987. Ao fim do evento fora redigido um relatório intitulado “A Saúde como Direito”, que verbalizava sobre o acesso universal e a garantia de condições dignas na assistência com base nas particularidades de cada indivíduo. É a partir desse objetivo que o SUS é fundado, visando a universalidade e integralidade no atendimento, por meio de uma política nacional de saúde que se organiza de modo democrático e regionalizado, em nível federal, estadual e municipal.

Um ponto importante nesse processo foi a ressignificação do direito à saúde, principalmente no que tange à saúde mental, que deixou de ser o direito de não estar doente e passou a ser compreendido como um conceito de bem estar mental, físico e social, tornando-se um direito humano em seu conceito completo. Um reflexo desse processo é o fato de que após a promulgação da Constituição de 1988, a ideia de saúde fora estendida para a seara da moradia, ambiente e até das relações de trabalho, demonstrando que faz parte do conceito de cidadania e que é dever do Estado garanti-la (FORTES, 2010).

Fora em 1970 que o movimento da Reforma Psiquiátrica organizou um “pensamento crítico à institucionalização da loucura” (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2071). A cidade de São Paulo foi a primeira a receber o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que possui a finalidade de ofertar um cuidado intensivo sem que seja necessário recorrer à via da internação em hospitais e manicômios. A partir da inclusão dos princípios do SUS na Constituição de 1988, novos conceitos de autonomia e de políticas públicas de saúde foram criados. Na cidade de Santos, em São Paulo, ainda no projeto do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) – precursor do SUS – os gestores passaram a averiguar as violações de direitos humanos que ocorriam nos hospitais psiquiátricos, não mais no sentido de amenizar a gravidade, mas para apontar a extinção dos estabelecimentos, buscando uma rede

de atenção substitutiva, composta por serviços descentralizados que visavam não somente o tratamento, mas também o trabalho, lazer, cultura, moradia, etc (AMARANTE; NUNES, 2018)

A partir desse movimento, são criados cinco Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que tem a ideia de unir o tratamento com o desenvolvimento pessoal e a inclusão desses indivíduos, por meio de ações e projetos inclusão. Regulamentado a partir da portaria 189 do Ministério da Saúde, no ano de 1991, que incluiu as siglas NAPS/CAPS nas tabelas do SUS e pela Portaria nº 224 do mesmo órgão que, no ano de 1992, os coloca como local que realiza “o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (AMARANTE, 2018, p. 2072)

O CAPS surge, nesse contexto, como alternativa às internações psiquiátricas que promovem, evidentemente, a segregação dos indivíduos. Nesse sentido, por meio da via da reabilitação psicossocial, baseada nas singularidades de cada paciente e usuário dos serviços de saúde, visa garantir a autonomia, a responsabilidade social e a inclusão social (BRASIL, 2004). Além disso, suas ações coincidem com todos os pressupostos da política nacional em saúde, que também tem enfoque nos ideais de humanização como um meio de garantir um acesso digno e tratamento adequado, pautado no acolhimento e na qualidade do serviço.

Após a sanção da Lei 10.216/2001, houve a tramitação de uma série de normas que buscaram fortalecer esse sistema substitutivo. Tem-se a Portaria 106/2000 do Ministério da Saúde, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos e, após a Lei 10.216/2001, a instituição do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), em 2002, que promovia a avaliação desses hospitais, tanto os públicos quanto os privados, que possuísem convênio com o SUS, promovendo o fechamento de inúmeros hospitais em razão das inadequações encontradas.

Observa-se que o interesse das políticas de saúde pós Constituição Federal gira em torno da proteção, recuperação e reinserção do indivíduo de forma concreta no seio social, melhorando a qualidade de vida dos sujeitos. Outra normativa importante nesse processo é a Política Nacional de Promoção da Saúde que fora promulgada a partir da portaria nº 687 do ano de 2006, que reafirmou os compromissos do Ministério da Saúde e do Estado com a ampliação das ações no sentido de promover ações e na melhor administração do SUS (BRASIL, 2006)

Já no ano de 2011 tem-se a criação da RAPS, por meio da Portaria GM-MS nº 3.088 de 2011, que buscou ampliar as ações em saúde mental no Sistema Único de Saúde, visando “estabelecer os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2013), além da

promoção de ações articuladas no sentido de acolher e acompanhar, a partir da complexidade de cada caso, conferindo as melhores formas de tratamento.

O seu funcionamento se pauta nos princípios dos direitos humanos e na garantia da autonomia e liberdade, a partir dos pressupostos do cuidado e do acesso integral, da preparação de equipes de saúde multidisciplinares, com enfoque na humanização e na singularidade. Além disso, as ações devem ser pautadas na redução de danos, como forma de afastar o estigma e a exclusão daqueles que convivem nessa realidade, mas, sobretudo, o sentido dado a assistência deve ter enfoque na reabilitação social por meio do acesso à renda, moradia e ao trabalho.

Os serviços que compõem a RAPS estão presentes em toda a estrutura do SUS. Quando se trata da atenção básica, tem-se as unidades básicas de saúde (UBS), os serviços de apoio e os centros de convivência. Já em se tratando da atenção básica especializada, há o CAPS em todos os seus tipos e a urgência e emergência, a exemplo das salas de estabilização de crises, as UPAs 24 horas e os prontos-socorros, além da atenção residencial, que tem enfoque nas unidades de acolhimento e nos projetos de moradia assistencial. E em nível hospitalar, os hospitais gerais que atendem e direcionam serviços especializados para as pessoas que vivem com algum sofrimento mental e os usuários e dependentes de drogas (BRASIL, 2011).

Em se tratando do Estado da Paraíba, de acordo com os dados do Relatório do Monitoramento dos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Paraíba em 2018.2, disponibilizado pelo Governo do Estado, nos moldes da Portaria nº 3.088, republicada no ano de 2013 (Portaria de Consolidação nº 03/2017) que promove o Sistema de Requalificação das Unidades de Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial paraibano conta com 68 CAPS I (cerca de 15 mil habitantes); 09 CAPS II (70 mil habitantes); 05 CAPS III atendimento 24 horas (150 mil habitantes); 06 CAPS Álcool e outras Drogas (70 mil habitantes); 09 CAPS AD III 24 horas (150 mil habitantes); 12 CAPS Infanto-juvenil (70 mil habitantes); 14 Residências Terapêuticas; 05 Consultórios de Rua; 04 Unidades de Acolhimento; 20 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e 65 beneficiários contemplados com o Programa de Volta Pra Casa (PVC) (PARAÍBA, 2020).

Notadamente, nos casos em que não é possível atender a pessoa em crise por meio da estrutura da RAPS, o Ministério da Saúde acata a utilização do hospital psiquiátrico, mas, ressalte-se, quando não forem suficientes os métodos de tratamento propostos pelos serviços substitutivos. Ocorre que, desde a vigência da Lei 10.216/2001 o maior desafio da Reforma Psiquiátrica é a mudança de entendimento sobre a pessoa em sofrimento mental e o usuário de drogas, pois ainda existe uma lógica discursiva e de ação que fortalece as instituições manicomiais, realidade que não se afasta das ações promovidas pelo Sistema de Justiça da

Paraíba, como será observado a posteriori, tendo em vista os encaminhamentos de internação compulsória e involuntária que são realizados visando a hospitalização.

2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

2.1 O projeto de pesquisa e a atuação do Loucura e Cidadania

O presente trabalho surgiu a partir da atuação do Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania (LouCid) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que foi criado no ano de 2012, com o objetivo de discutir as questões atinentes à garantia dos direitos humanos em conjunto com o tema da saúde mental, a partir dos pressupostos da Luta Antimanicomial e dos princípios e objetivos que norteiam a Reforma Psiquiátrica brasileira. Através de uma roupagem interdisciplinar, o grupo busca discutir os meios de garantia do acesso ao direito e à justiça às pessoas em sofrimento mental e das pessoas que fazem uso de drogas (CORREIA, 2018).

A princípio, a atuação estava atrelada às ações do Eixo Saúde mental e Direitos Humanos do Centro de Referência em Direitos Humanos da UFPB (CRDH/UFPB), que visava promover a articulação dos movimentos sociais, a sociedade civil e a própria universidade a partir das denúncias de violações por todo o Estado (CORREIA, 2018). Posteriormente, a partir do diálogo travado com a direção do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira e as associações de usuários e familiares fora identificada a demanda para organização de um projeto de extensão intitulado “Cidadania e direitos humanos: educação jurídica popular no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM)”, submetido ao edital do Programa de Bolsas de Extensão (PROBEX) 2012 da UFPB. Tal projeto tinha por objetivo compreender os motivos pelos quais perdurava a centralidade daquele espaço como local de cuidado e tratamento, tendo em vista o processo da Reforma Psiquiátrica.

Em 2013 fora submetido um novo projeto PROBEX para dar continuidade às ações promovidas no ano anterior. Neste segundo ano do projeto, o grupo enfrentou dificuldades nos diálogos com os trabalhadores e com a coordenação do CPJM, em razão de algumas limitações que foram impostas aos extensionistas para a realização das oficinas temáticas, incluindo restrição do acesso às alas para convidar os internos a participarem, o que culminou com solicitação por parte da direção do hospital para que fossem suspensas as atividades no local (CORREIA, 2018).

Em 2018, a submissão de um novo projeto ao edital PROBEX intitulado Luta antimanicomial e acesso ao direito e à justiça: “como é que faz pra sair da ilha?”, o LouCid retomou suas atividades, dando continuidade às demandas observadas ao longo de seu período de atuação. Foi neste ano que o Grupo submeteu o seu primeiro projeto de iniciação científica por meio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) – que norteou a

realização desta monografia – com o título “Internações involuntárias e compulsórias no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira: qual o papel do Sistema de Justiça da Paraíba?”, 4 anos após a suspensão das atividades extensionistas no Complexo.

O pano de fundo da pesquisa supramencionada advém da participação do LouCid na Frente Paraibana da Luta Antimanicomial que, em conjunto com outros grupos e movimentos, tomou conhecimento em uma reunião do Comitê Estadual de Prevenção e Combate à Tortura da Paraíba (CEPCT/PB) em janeiro de 2018 do aumento do número de internações involuntárias e compulsórias no CPJM. De acordo com o documento enviado pela coordenação do Complexo (CPJM, 2018, p. 2):

(...) A luta do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira contra a banalização nas internações involuntárias e compulsórias, o que tem sido verdadeiro desserviço ao pleno funcionamento e segurança da instituição. Neste sentido temos encaminhado pleitos ao Ministério Público e demais órgãos que compõem o Judiciário no intuito de conscientizar e indicar que muitos dos problemas hoje enfrentados pelo CPJM passam pela judicialização excessiva das internações, o que, muitas vezes, põe em cheque o trabalho desenvolvido.

O Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, conforme os dados da direção em entrevista para o Jornal Correio da Paraíba em 4 de dezembro de 2019, possui capacidade para abrigar cerca de 72 pacientes, mas o número de internos oscila entre 80 a 90 pacientes (FISCALIZAÇÃO..., 2019). Apesar dos esforços para promover um processo de humanização no tratamento e cuidado no local, de acordo com os dados da Relatoria de Inspeção Nacional (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2020). organizado pelo Conselho Federal de Psicologia, pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, pelo Conselho Nacional do Ministério Público e Pelo Ministério do Trabalho, realizada em dezembro de 2018 em 40 Hospitais Psiquiátricos. O CPJM ainda dispõe de inúmeras irregularidades, a exemplo da falta de papel higiênico e ventiladores nas alas para os usuários e dependentes de drogas, que devem ser sempre solicitados aos funcionários. O relatório também traz que não há disponibilização de papeis higiênicos, sendo necessário que o paciente traga de casa, mas nos casos em que são internados em momentos de crise, é necessário manter a higiene de outras maneiras.

Além disso, o relatório também cita que os trabalhadores do local são colocados em péssimas condições de trabalho, com baixos salários e sem capacitação específica para tratamentos humanitários e, nos casos em que ocorre alguma ação educativa para capacitação dessas pessoas, o custeio é promovido pelos próprios servidores. Não são raras as denúncias e contenções irregulares por parte dos profissionais, cite-se:

Os outros casos de abusos e maus tratos contra os pacientes geralmente são registrados nos livros de ocorrência pelos técnicos de enfermagem. Há casos de cuidadores e técnicos de enfermagem que cometem estes maus tratos. As pessoas internadas falam sobre isso aos seus familiares e em alguns casos às assistentes sociais, relatam por sua vez (verbalmente, sem nenhum registro escrito) para a direção do Hospital. Ou seja, não há procedimento formal para o registro dos abusos e maus tratos contra os pacientes. O diretor do Complexo afirma que precisa ter provas do ocorrido, registro nos livros da Instituição. E em alguns casos, é instaurada sindicância (Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira - João Pessoa – PB). (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2020, p. 298)

Ademais, também ocorrem denúncias sobre a utilização da força de trabalho dos internos nas atividades do hospital, auxiliando na troca das vestimentas, banho e até alimentação. Acrescente-se que as pessoas internadas por uso abusivo de álcool ficam responsáveis pela lavagem das roupas e limpeza dos dormitórios, confrontando a Norma Regulamentadora nº 32 do Ministério do Trabalho e Emprego, que estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e a saúde dos Trabalhadores em Serviço de Saúde, cita o fato de que a higienização de ambientes hospitalares deve ocorrer com a utilização da aparelhagem de segurança, os equipamentos de proteção individual (EPI) e de proteção coletiva (EPC), devido ao risco de contaminação biológica. Além disso, o documento também trata de diversas irregularidades no que tange à falta de protocolos para os momentos de crise, ocorrendo com frequência a contenção mecânica e o uso excessivo de medicamentos em caso de agitação do interno.

Ainda, segundo os adolescentes internados, um deles afirmou que já ficou trancado, fato que os outros dois entrevistados confirmaram, mas justificaram o fato dizendo que “quando fica em surto, é comum ficar trancado”. Esse isolamento na maioria das vezes é acompanhado de falta de água para beber e do intenso calor que o quarto promove. (Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira, João Pessoa – PB) (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2020, p. 412)

Denota-se que apesar dos esforços para desinstitucionalização⁹ dessas pessoas ainda são evidentes práticas manicomiais, sendo agravadas com o aumento do número de pacientes em razão dos encaminhamentos dos órgãos do Sistema de Justiça. O documento também cita que boa parte dos encaminhamentos para a internação estaria ocorrendo de maneira irregular, pois

⁹ Ressalte-se que por desinstitucionalização entende-se o processo complexo de desconstrução da lógica manicomial por meio da legislação, da diversidade de saberes, das culturas, dos preconceitos, instituições visando a transformação do manicômio a partir da dimensão sociocultural, jurídico política, assistencial e epistemológica (SANTOS, 2015).

não há nas tratativas do Ministério Público (internação involuntária) e Judiciário (internação compulsória) observância de outras formas de cuidado disponibilizadas pela RAPS.

De acordo com as informações do Complexo, em 2017 houve o encaminhamento de cerca de 129 pessoas por expressa ordem judicial ou por determinação do Ministério Público, computando uma internação a cada três dias (CPJM, 2018), conforme o que dispõe o documento. O argumento mencionado pela diretoria do hospital era de que não haveria provas concretas de que foram utilizados todos os meios substitutivos antes de optar pela internação, em diversos casos não havendo sequer o laudo médico para justificativa (CPJM, 2018, p. 8), confrontando os preceitos da Lei 10.216/2001.

2.1.1 Metodologia do Projeto

Com base nessa justificativa, o LouCid/UFPB submeteu o projeto de pesquisa ao Edital PIBIC 2018 da UFPB com vistas a compreender a argumentação e os fundamentos utilizados pelos órgãos do Sistema de Justiça da Paraíba em suas decisões, por meio de uma pesquisa nos arquivos da Direção Técnica e no Arquivo Geral do CPJM. O universo utilizado foi, a princípio, uma amostra dos encaminhamentos do período de julho de 2015 a junho de 2018, totalizando três anos¹⁰. Ocorre que ao fim do processo de coleta das informações, houve um redimensionamento para que houvesse enfoque nos anos de 2016 e 2017, compreendendo o período de dois anos completos.

O LouCid/UFPB contatou a direção do CPJM, para que houvesse a coleta dos dados referentes às decisões e encaminhamentos. Em maio de 2018 foi assinado um termo de anuência para a realização da pesquisa nos arquivos do hospital, tendo em vista o fato de que os estudantes estariam acessando as pastas e documentações pertinentes. Saliente-se que por não se tratar de pesquisa que envolvesse seres humanos, não foi necessária sua submissão ao Comitê de Ética da UFPB.

Conforme citado anteriormente, o CPJM possui 72 leitos para internação de pessoas em sofrimento mental e àquelas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Há a internação de adultos e adolescentes de ambos os sexos, mas de acordo com o Relatório sobre Inspeções nos Hospitais Psiquiátricos – Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CONSELHO

¹⁰ A justificativa para esse recorte, se refere ao início da vigência da Lei Brasileira de Inclusão que revoga a ideia de que a pessoa em sofrimento mental seria, nos moldes do Direito Civil, absolutamente incapaz. Dessa forma, em se tratando de internações compulsórias e involuntárias, o intuito é compreender se há lesão da autonomia garantida legalmente a esses indivíduos.

REGIONAL DE PSICOLOGIA, 2019), não é clara a separação entre sexos no caso dos adolescentes. Em se tratando da organização interna, tem-se o Espaço Inocêncio Poggi, que é formado por 6 leitos femininos e 21 leitos masculinos voltados para aquele que estão em processo de desintoxicação leve a moderada do uso de substâncias psicoativas.

Há também o Espaço de Atenção à Crise (EAC) e as enfermarias separadas entre homens, mulheres e adolescentes. O Espaço Nise da Silveira, as salas onde ocorrem as oficinas, setor administrativo, o Espaço Esperança (destinado aos adolescentes), cozinha, refeitório e a enfermaria das “mulheres da justiça”¹¹. Nas salas do arquivo geral estavam as pastas e documentos referentes às pessoas que já tinham sido internadas no CPJM. Todos os processos de internação passavam por esse local antes de serem transferidos para outras salas.

O CPJM também subdividia as salas onde havia alocação desses arquivos pela frequência de uso. Duas das salas comportavam a documentação do ano de 2012 em diante, em uma das salas estavam os dados das mulheres e em outra havia o dos homens e adolescentes, quanto a estes últimos os arquivos de ambos os sexos eram mantidos na mesma sala. Além dessas, há duas salas denominadas de “arquivo morto” ou “caduco”, como foi intitulado pela profissional do CPJM nas primeiras visitas para coleta dos dados, que contém os registros de todas as internações anteriores ao ano de 2012, incluindo documentos de internações que datam da fundação do hospital, além do arquivo do setor de Pronto Atendimento.

Para facilitar a coleta das informações, foi elaborado um instrumento de coleta de dados que buscava apreender as seguintes informações: I) Identificação, constando: Sexo; Cor ou Raça/etnia (branca, parda, preta, amarela, indígena); Data de nascimento; Município de origem; Local de internação (Sanatório Clifford, Juliano Moreira, Inocêncio Poggi, Sem informação); Data da internação e data da última alta do paciente; Tempo da última internação; Já teve outras internações psiquiátricas?; Diagnóstico para a doença, transtorno ou deficiência mental da última internação; CID da doença, transtorno ou deficiência mental da última internação; II) Informações sobre o encaminhamento pelos órgãos do Sistema de Justiça: Órgão que encaminhou (Defensoria Pública Estadual, Ministério Público Estadual, Poder Judiciário ou Outros); Comarca do Processo; Presença de laudo médico; Fundamentação do laudo; Número do processo judicial; Fundamentação do encaminhamento para internação. Saliente-se que

¹¹ O que se intitula por “mulheres da justiça” é um grupo de algumas mulheres que estão em conflito com o Sistema de Justiça Criminal e se encontram internadas no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM) aguardando exame de sanidade mental, transferência para outros estabelecimentos ou submetidas a medida de segurança. Ocorre que não existe um lugar específico para reclusão de mulheres no manicômio judiciário, de modo que se iniciou um processo de reforma dentro do CPJM com estrutura de prisão para “aloca-las”, sendo um processo bastante problemático em razão da discriminação e do aprofundamento do sofrimento a que elas estão submetidas por impossibilitar um tratamento humanizado.

alguns termos adotados estavam descritos nos próprios documentos de referência das internações.

O segundo formulário utilizado na coleta dos dados teve uma formatação mais genérica, seu objetivo era mensurar o conjunto das internações dentro da referência temporal definida na coleta, compreendendo as datas das internações, faixa etária (adolescente ou adulto), sexo (feminino ou masculino) do paciente para que fosse possível delimitar a quantidade de internações no recorte adotado e as características diferenciais.

É importante salientar que a metodologia aqui adotada coaduna com a utilizada pelos pesquisadores do LouCid/UFPB na análise dos dados de 2016 e 2017. Em razão do fato de a síntese dos dados já estarem em andamento no período de elaboração do pré projeto desse trabalho, o Grupo concedeu o acesso ao formulário *Google Forms*, bem como as categorias de análise das argumentações que serão enumeradas no capítulo seguinte.

Após a formatação dos instrumentos adotados se iniciou uma etapa de pré-teste, aplicando o modelo em cada tipo de internação, observando a faixa etária e o gênero da pessoa que estava sendo internada, com intuito de observar possíveis reformulações no instrumento de coleta de dados e tornar este processo o mais objetivo possível. Após esses testes, os estudantes fizeram os ajustes demandados, culminando com a versão final que conciliava os objetivos do projeto de pesquisa. O período da coleta foi do fim do mês de setembro de 2018 até o mês de fevereiro de 2019, contabilizando cinco meses. De início, os extensionistas concentraram esforços no arquivo geral, mas, a posteriori, foi observada a falta de alguns encaminhamentos de pastas específicas. Ao questionar a coordenação do CPJM, os alunos tomaram conhecimento de um setor denominado Direção Técnica.

Nesse outro espaço, além dos diversos documentos pessoais dos internos, haviam encaminhamentos do Sistema de Justiça separados por pastas. Ocorre que, aparentemente em razão do fluxo de utilização da documentação, houve dificuldade por parte dos extensionistas para coletar os dados ali contidos, sendo necessário reorganizar os documentos para que pudessem selecionar apenas os que estavam no recorte temporal previsto. Ao fim da coleta dos dados, os pesquisadores se uniram para filtrar os números contidos e separar a documentação que não iria ser utilizada, referente aos anos de 2015 e 2018, sendo o último o período escolhido para a análise do presente trabalho.

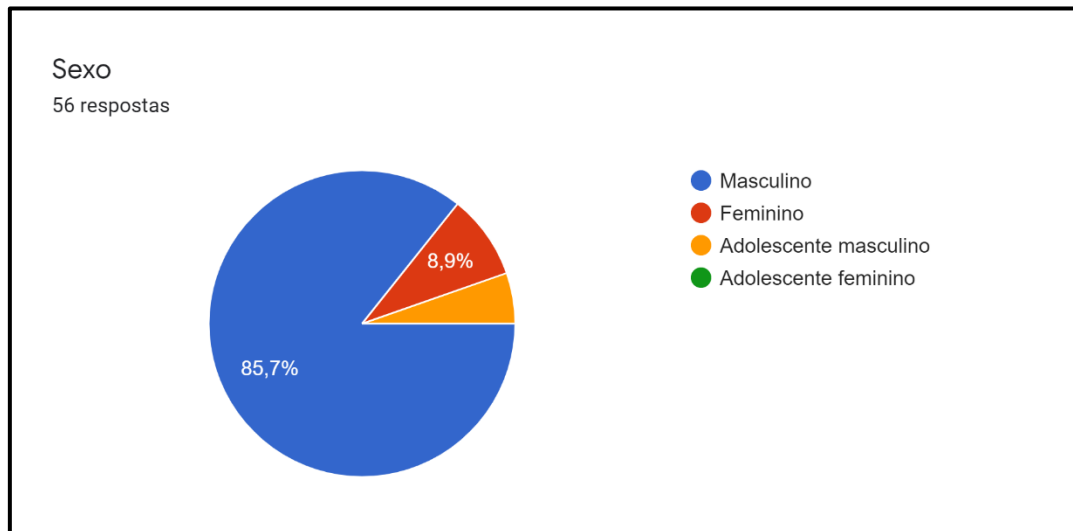
2.2 O que dizem os encaminhamentos?

A priori, é pertinente mencionar que o recorte utilizado para o presente trabalho não abarca a quantidade de internações ocorridas no ano de 2018 por completo, abrangendo apenas as internações ocorridas entre janeiro e junho em razão do recorte utilizado no PIBIC, que visava coletar os dados de três anos de internações, compreendendo o período de julho de 2015 a junho de 2018 para que contabilizasse um período de 3 anos completos. Ocorre que, em razão da promulgação da Lei Brasileira de Inclusão que passou a vigor no último trimestre do ano de 2015, considerando as pessoas em sofrimento mental como absolutamente capazes. Optou-se, por não incluir na pesquisa os argumentos dos encaminhamentos desse ano para que não houvesse interferência nos resultados. Já a exclusão dos documentos do ano de 2018 teve o intuito de filtrar o recorte da pesquisa que inicialmente observaria os documentos dos três anos completos e passou a considerar apenas dois anos, referente ao período de 2016 e 2017.

É necessário pontuar os dados brutos coletados nesses seis meses para que seja possível compreender o universo da pesquisa. Nesta primeira etapa de análise, será dado enfoque às informações que constavam nos formulários preenchidos pelos pesquisadores. Saliente-se que houve a consolidação dos dados por meio de um formulário eletrônico emitido pela plataforma do *Google Forms*, para que houvesse a quantificação precisa das informações e a geração de gráficos.

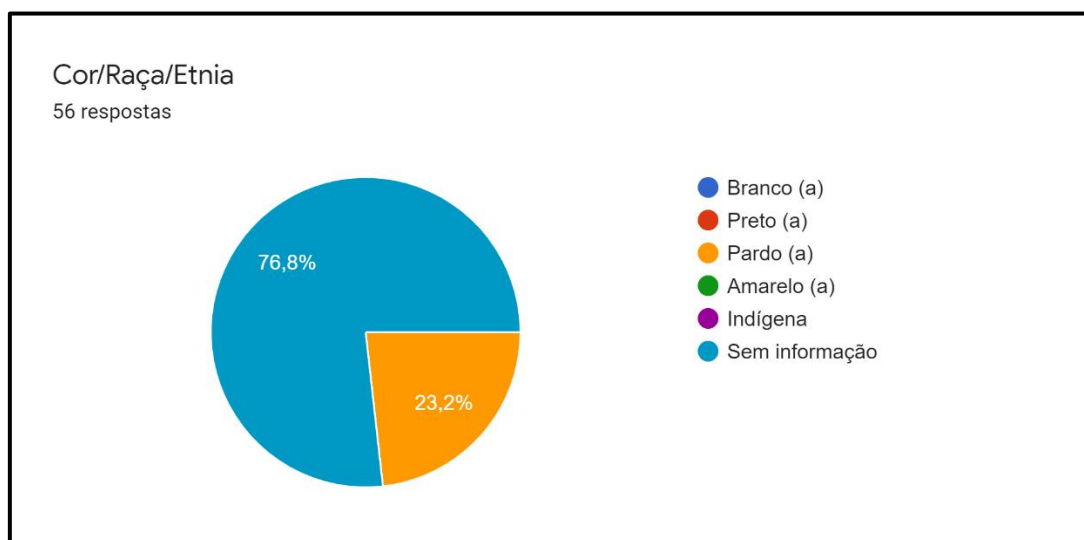
No que se refere ao número de internações, no período de janeiro a junho de 2018, foram constatadas 56 internações solicitadas por órgãos do Sistema de Justiça (100%), das quais 35 eram compulsórias (62,5%) e 19 involuntárias (33,9%), restando apenas duas internações que entraram na categoria de “outro” e “sem informação”, pois não foi possível identificar qual órgão do Sistema de Justiça encaminhou o paciente.

Em se tratando do gênero/idade foram 56 internações (85,7%) de homens, 5 de mulheres (8,9%), 3 internações (5,4%) de adolescentes masculinos e nenhuma internação de adolescente feminino. Evidencia-se, portanto, que existiu no período de janeiro a junho de 2018, uma preponderância no número de internações advindas do Poder Judiciário, além de um número maior de internações de adultos do sexo masculino.

Gráfico 1 – Sexo

Fonte: elaboração da autora a partir dos dados coletados na pesquisa empírica do LouCid.

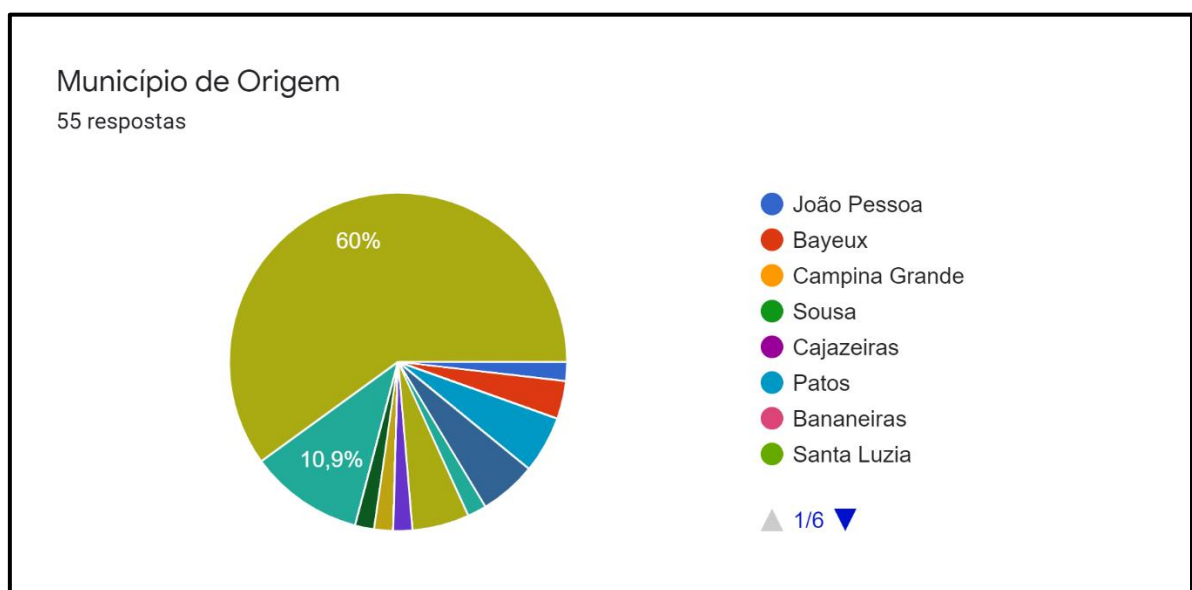
Ainda na seção de identificação houve um total de 13 (23,2%) de cor, raça ou etnia identificada pelo serviço do CPJM como “parda”, enquanto 43 (76,8%) constaram como “sem informação”. É importante pontuar que essa classificação não possui qualquer validade prática, uma vez que, conforme conversa dos extensionistas com o quadro de funcionários do CPJM, o setor que fica responsável pela identificação da pessoa internada sequer tinha contato direto com o paciente, de forma que a catalogação ocorre apenas para seguir o protocolo.

Gráfico 2 – Cor/Raça/Etnia

Fonte: elaboração da autora a partir dos dados coletados na pesquisa empírica do LouCid.

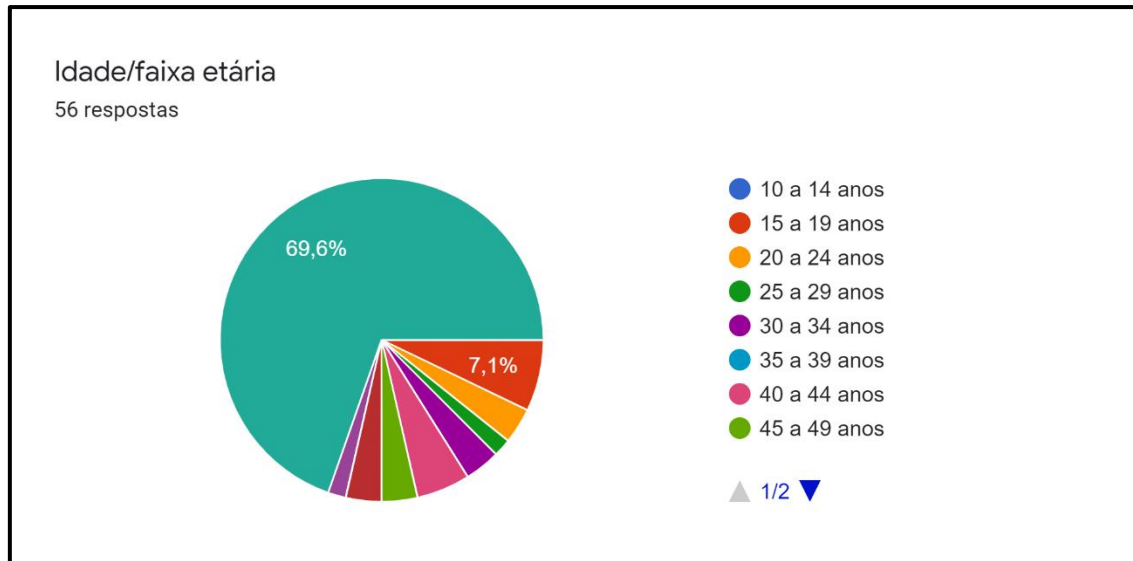
Outro vetor de análise é a quantidade de internações por município de origem. É necessário pontuar que a Paraíba é dividida por 16 regiões de saúde, conforme dados do Info Saúde – Portal de Informações em Saúde do Estado da Paraíba – (PARAÍBA, [201-]), mas a versão do formulário de coleta utilizada para consolidar os dados se utilizou apenas dos municípios mais recorrentes no período, sendo verificada uma predominância de encaminhamentos na 1ª Região, sendo 1 (1,8%) em João Pessoa, 2 (3,6%) em Bayeux, 3 (5,5%) em Sapé, 1 (1,8%) em Santa Rita; da 2ª Região, 1 (1,8%) encaminhamento de Caiçara e 1 (1,8%) de Guarabira; da 4ª Região de Saúde, sendo 3 (5,5%) encaminhamentos do município de Cuité; da 6ª Região da Saúde houve 1 (1,8%) encaminhamento de São Mamede e 3 (5,5%) do município de Patos. Ressalte-se que 6 (10,9%) vieram de outros municípios que não constavam na listagem do formulário e 33 (60%) não foram catalogados com quaisquer informações sobre a origem do paciente.

Gráfico 3 – Município de Origem



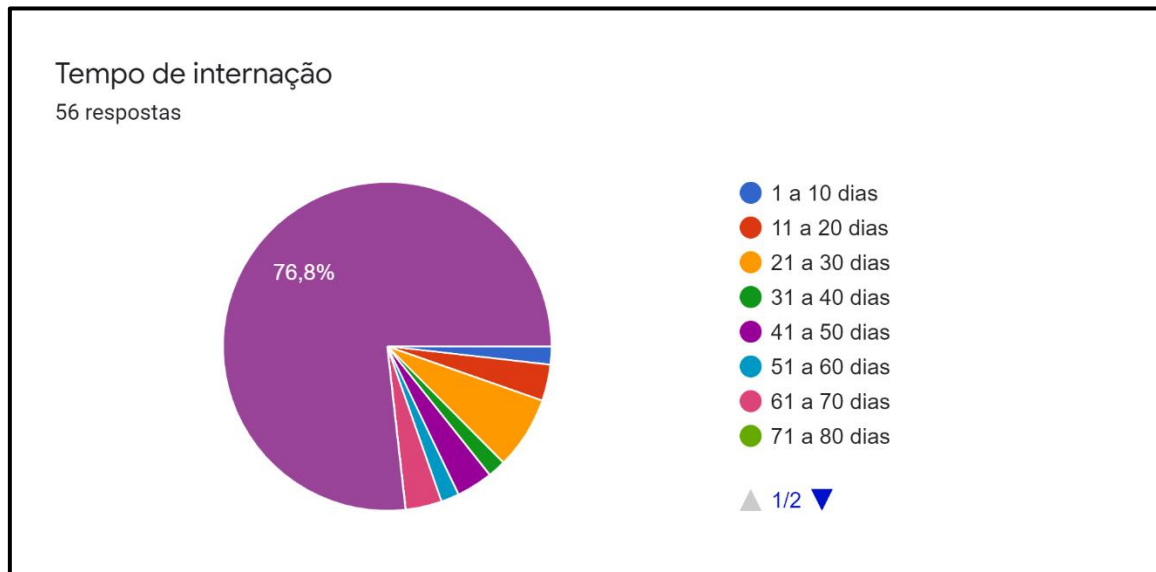
Fonte: elaboração da autora a partir dos dados coletados na pesquisa empírica do LouCid.

No que se refere a idade/faixa etária, do universo pesquisado, 4 (7,1%) tem idade de 15 a 19 anos, 2 (3,6%) dos 20 aos 24 anos, 1 (1,8%) dos 25 aos 29 anos, 2 (3,6%) dos 30 aos 34 anos, 3 (5,4%) na faixa dos 40 a 44 anos, 2 (3,6%) dos 45 a 49 anos, 2 (3,6%) dos 50 a 54 anos, 1 (1,8%) com 60 anos ou mais. Ademais, 39 (69,6%) constam como “sem informação” por não ter sido possível apreender qualquer informação nos prontuários sobre a idade/faixa etária.

Gráfico 4 – Idade/faixa etária

Fonte: elaboração da autora a partir dos dados coletados na pesquisa empírica do LouCid.

Já na categoria do tempo de internação, 43 dos encaminhamentos (76,8%) constaram como “sem informação”; 1 paciente (1,8%) que passou de 1 a 10 dias; 2 (3,6%) que fora internado de 11 a 20 dias; 4 (7,1%) de 21 a 30 dias; 1 (1,8%) de 31 a 40 dias; 2 (3,6%) de 41 a 50 dias; 1 (1,8%) de 51 a 60 dias e; 2 (3,6%) de 61 a 70 dias. Ponto importante a ser citado é que dos 56 encaminhamentos, 10 pacientes (17,9%) já tiveram outras internações psiquiátricas no Juliano Moreira, 4 (7,1%) foram internados pela primeira vez e 42 (75%) não foi possível identificar se houve passagem anterior no hospital, tendo em vista o fato de que os prontuários não estavam completamente preenchidos, sendo considerados como “sem informação”.

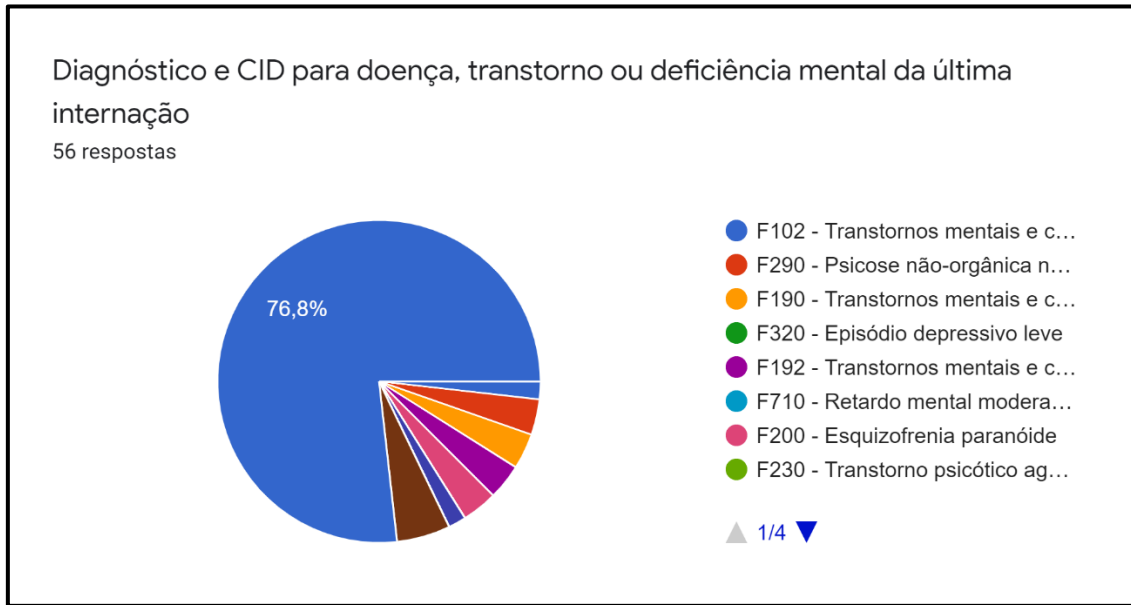
Gráfico 5 – Tempo de Internação

Fonte: elaboração da autora a partir dos dados coletados na pesquisa empírica do LouCid.

Com relação ao diagnóstico e CID¹² da doença, transtorno ou deficiência mental houve um maior número de casos de Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – intoxicação aguda (F190) e Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – síndrome de dependência (F192) totalizando 5 casos. Das outras classificações houve 1 caso (1,8%) de outros transtornos psicóticos agudos e transitórios (F238), 2 casos (3,6%) de Esquizofrenia paranoide e 2 casos (3,6%) de psicose não orgânica não identificada. Os demais encaminhamentos, somando 3 (5,4%) e 43 (76,8%) foram inclusos na categoria “outros” e “sem informação”, respectivamente.

¹² A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças – CID 10) foi elaborada e publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e tem o intuito de padronizar a classificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde.

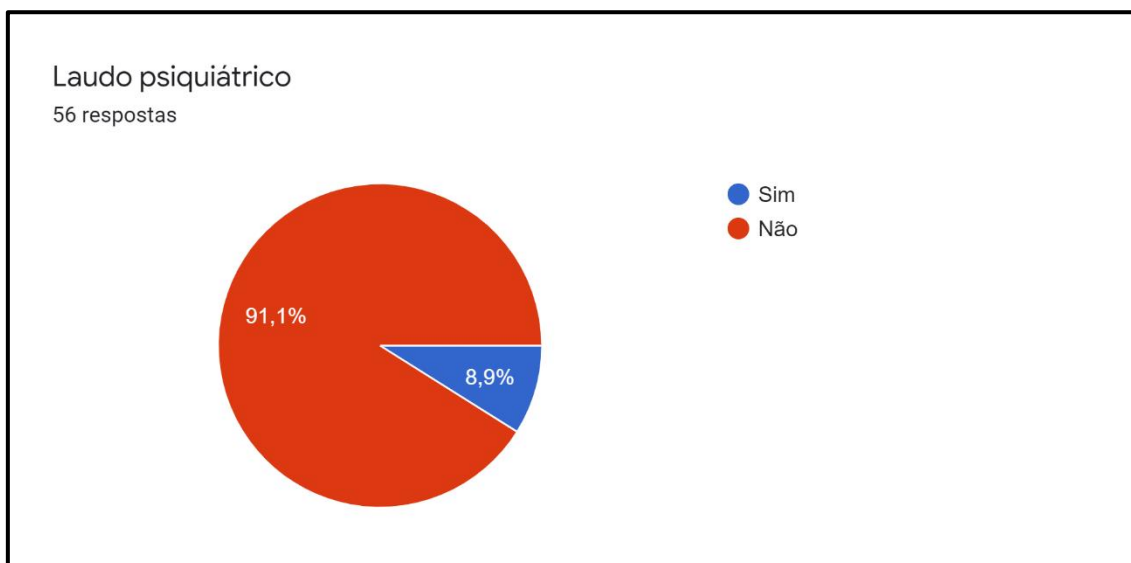
Gráfico 6 – Diagnóstico e CID para doença, transtorno ou deficiência mental da última internação



Fonte: elaboração da autora a partir dos dados coletados na pesquisa empírica do LouCid.

Além disso, cabe salientar que esses pareceres eram definidos pelos psiquiatras de serviço no CPJM durante a triagem no momento da internação, de modo que foi possível observar que apenas 5 casos (8,9%) possuíam laudo médico anterior a internação, nos moldes da Lei 10.216/2001, e 51 casos (91,1%) em que não constava qualquer parecer de profissional da saúde sobre possíveis diagnósticos e tratamentos anteriores.

Gráfico 7 – Laudo médico



Fonte: elaboração da autora a partir dos dados coletados na pesquisa empírica do LouCid.

2.2.1 *Análise quantitativa e descritiva dos documentos coletados*

Sabe-se que a ideia de pesquisa qualitativa ganha diversos enfoques no campo das ciências sociais e humanas, pois possui o intento de compreender, a partir do rigor de um método científico, uma série de fenômenos que englobam o corpo social visando decodificar seus sentidos. Como aduz Minayo (2014) essa metodologia de pesquisa se interessa nos fenômenos e sua essência, o universal e o singular, o subjetivo e o objetivo, expondo as contradições nos discursos e a importância dos sujeitos analisados.

Trabalhar dentro dos marcos das Ciências Sociais significa enfrentar o desafio de manejar ou criar (ou fazer as duas coisas ao mesmo tempo) teorias e instrumentos capazes de promover a aproximação da suntuosidade e da diversidade que é a vida dos seres humanos em sociedade, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória. O acervo dessas Ciências contempla o conjunto das expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nas relações, nos sujeitos, nos significados, nas representações (MINAYO, 2014, p. 42–43)

Desse modo, busca-se retratar e justificar de modo coerente o percurso metodológico utilizado, a partir de diversos vetores que compõem a realidade de um fenômeno, com base no processo subjetivo e histórico que o permeia e que se apresenta no universo utilizado na pesquisa. Além disso, o intento é compreender a produção do sentido nas práticas discursivas que o “mero” encaminhamento ou ofício encaminhado pelos órgãos do Sistema de Justiça produz, concatenado com a visão que os laudos médicos também promovem, sob a perspectiva do sofrimento e do isolamento social ao qual a pessoa em sofrimento mental ou o dependente químico ainda é submetido.

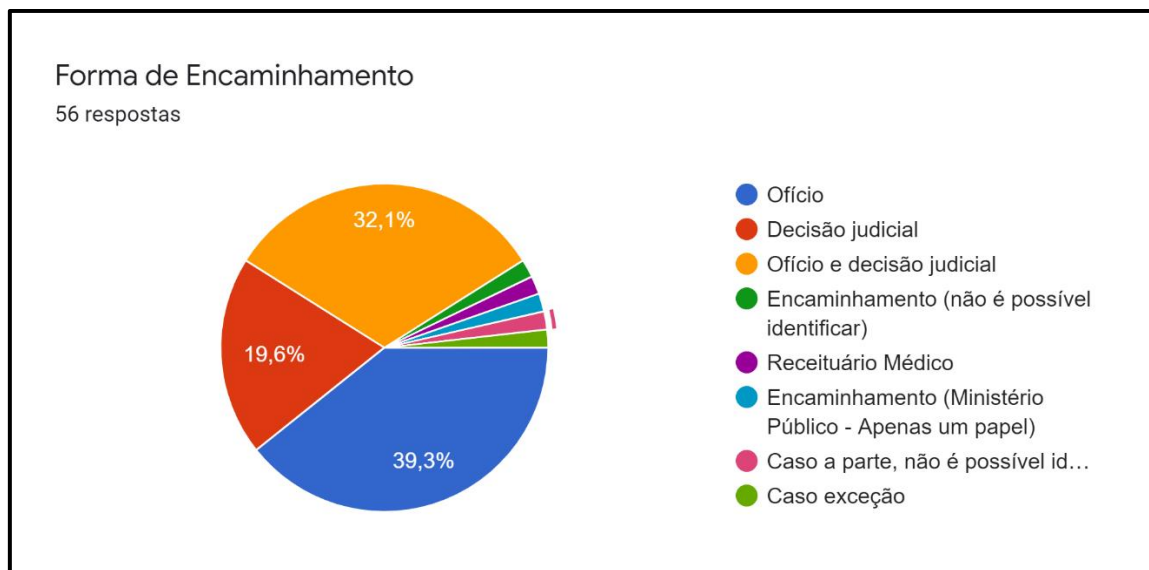
Cabe acrescentar também que para a interpretação dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo que, nas palavras de Campos (2004) seria uma forma de ultrapassar os conceitos da linguista tradicionalista, buscando apreender o sentido que as palavras trazem a determinadas situações, propondo análise do discurso. Dessa forma, foi possível compreender o que está através do contexto social e da capacidade de percepção do pesquisador.

Para que fosse possível compreender qualitativamente os discursos utilizados pelos órgãos do Sistema de Justiça Paraibano, foi necessária a formulação de um segundo formulário eletrônico do *Google Forms* para sistematizar as informações que estavam contidas em cada encaminhamento. A primeira categoria utilizada foi denominada “forma de encaminhamento” sendo subdividida em: ofício; decisão judicial; ofício e decisão judicial. Do universo

pesquisado, 22 casos (39,3%) foram encaminhados por meio de ofício, 11 casos (20%) por decisão judicial e 18 (32,7%) por meio de expediente que continha ambos os documentos.

Além desses, houveram dois (3,6%) documentos coletados que eram meros encaminhamentos, sendo um deles exarado pelo próprio Ministério Público da Paraíba, no qual constava em uma folha de papel timbrada “encaminhamento por meio do Ministério Público para avaliação e eventual internamento”. Cite-se também que um dos casos constatados (1,8%) foi assinado apenas com um receituário médico sugerindo a internação, sem que fosse possível identificar a ação a qual estava atrelado; e outros três desses foram intitulados – para maior assertividade dos dados – como “casos à parte”, pois durante a pesquisa, os pesquisadores, devido ao curto tempo para finalizar a coleta dos dados, optaram por escanear os encaminhamentos e anexá-los em uma pasta da pesquisa PIBIC na plataforma *Google Drive*. Ocorre que três desses casos não foram digitalizados, possuindo apenas o instrumento de coleta físico como forma de contabilizá-los, desse modo, optou-se por separá-los em uma categoria específica com vistas a facilitar a interpretação.

Gráfico 8 – Formas de Encaminhamento



Fonte: elaboração da autora a partir dos dados coletados na pesquisa empírica do LouCid.

Nesse mesmo formulário também foi quantificada a quantidade de casos por sexo, mas subdividindo pelos arquivos nos quais estavam contidos, sendo: homens (direção técnica); homens (arquivo geral); mulheres (direção técnica); mulheres (arquivo geral); adolescentes

homens e mulheres¹³. Essa classificação facilita a contagem dos documentos e permitiu a análise dos argumentos de forma sistematizada.

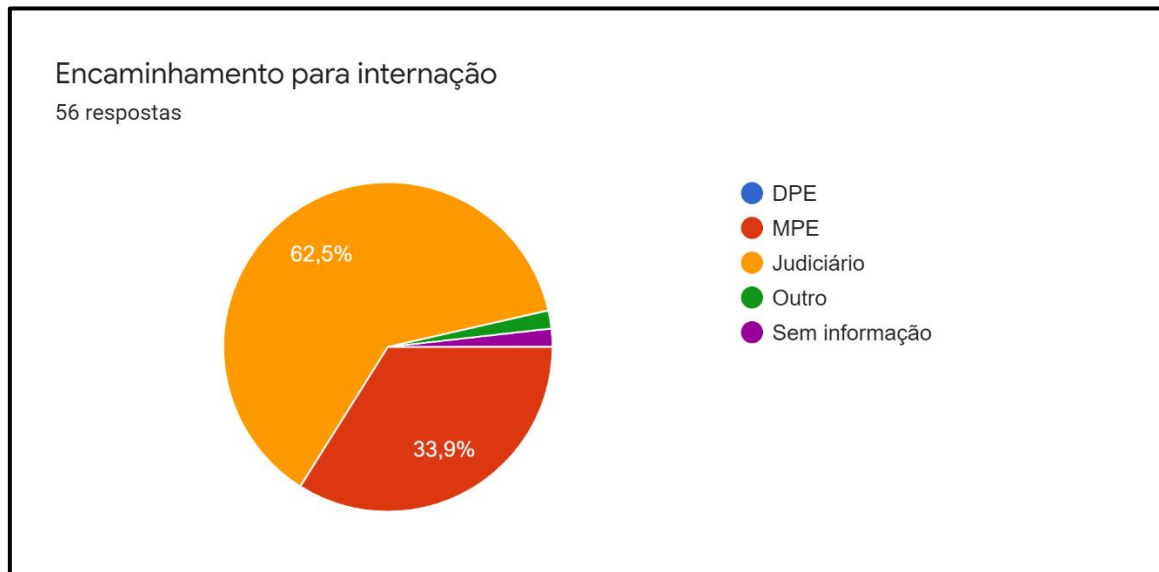
Como citado no tópico anterior, notadamente há uma preponderância de internações de pessoas do sexo masculino, 29 das documentações dos homens (51,8%) estavam na Direção Técnica do CPJM, enquanto 14 (25%) foram coletadas no Arquivo Geral. Em se tratando das mulheres, tem-se que 3 (5,4%) dos arquivos foram coletados na Direção Técnica e 1 (1,8%) adveio do Arquivo Geral. Por fim, seguindo essa classificação com os adolescentes denota-se que foram coletadas as informações de 7 (12,5%) adolescentes homens na Direção Técnica e 2 adolescentes mulheres no Arquivo Geral.

É importante citar que a análise gerada por esse segundo formulário, de fato, garantiu maior assertividade na coleta das informações necessárias, tendo em vista o fato de que houve uma divergência, no primeiro momento, entre o número de adolescentes e o de homens e mulheres. Apenas com as informações dos instrumentos produzidos pelo grupo, não houve como identificar em alguns casos a idade dos indivíduos, gerando os seguintes números: 48 internações (85,7%) de homens, 5 de mulheres (8,9%), 3 internações (5,4%) de adolescentes masculinos e nenhuma internação de adolescente feminino. Ocorre que, a partir das informações contidas nos ofícios e nas decisões judiciais foi possível ajustar esses números, conforme o supracitado.

Para melhor confrontar os dados, foi necessário em primeiro momento (formulário 1), contabilizar a quantidade de encaminhamentos para a internação por órgão. A Defensoria Pública Estadual da Paraíba (DPE – PB) não foi responsável por nenhum encaminhamento. Já o Ministério Público da Paraíba¹⁴ (MPPB) foi responsável por 19 dos encaminhamentos (33,9%), enquanto o Poder Judiciário (Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba) exarou 35 dos expedientes (62,5%). Desse número, restaram três casos que foram inclusos em “outros” e “sem informação”, respectivamente, por não haver informação no instrumento de coleta ou no próprio encaminhamento que possibilitasse identificar qual o ente que os direcionou.

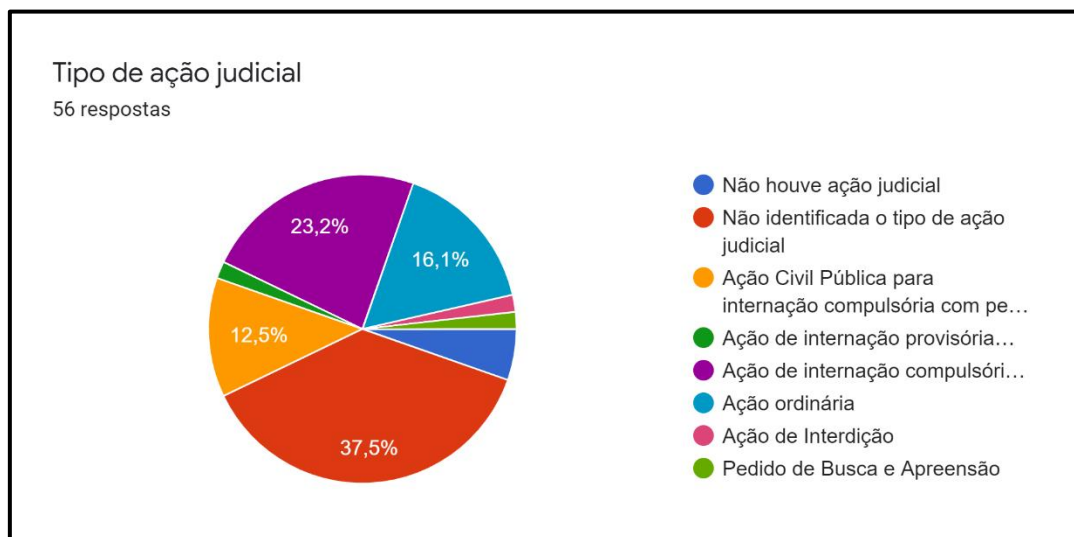
¹³ Não foi necessário manter o padrão de divisão entre a Direção Técnica e Arquivo Geral no caso dos adolescentes, devido ao fato de serem poucos casos registrados.

¹⁴ Importante salientar que o Ministério Público Estadual foi responsável por 100% das internações compulsórias que ocorreram no CPJM no período de janeiro a junho do ano de 2018.

Gráfico 9 – Encaminhamento para internação

Fonte: elaboração da autora a partir dos dados coletados na pesquisa empírica do LouCid.

A partir desses números, no segundo formulário foram elencados alguns tipos de ações judiciais promovidas por estes, conforme gráfico a seguir:

Gráfico 10 – Tipo de Ação Judicial

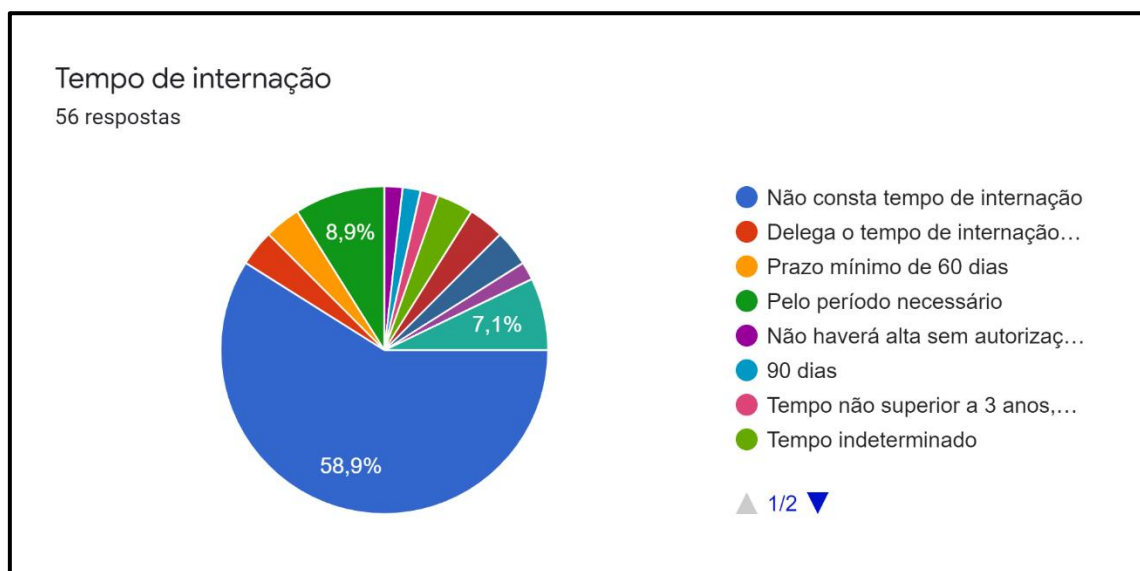
Fonte: elaboração da autora a partir dos dados coletados na pesquisa empírica do LouCid.

Outro dado observado na análise quantitativa do segundo formulário se trata do tempo da internação. Sabe-se que a Lei 10.216/01 não estipula um prazo máximo para solicitação da alta médica nas situações de internação compulsória e involuntária, o que dá margem para o prolongamento do período em que o indivíduo permanece isolado, confrontando os preceitos

do cuidado em liberdade. Ademais, quando o Sistema de Justiça coaduna com a manutenção dessas internações ou deixa a cargo dos profissionais do CPJM a concessão da alta médica, evidencia-se o risco do excesso na medida, tendo em vista o fato de que a internação deve ocorrer em última instância e que deveria ser concedida a liberação e encaminhamento para a rede substitutiva nas situações em que fosse possível observar a melhora do paciente ou estabilização do quadro clínico.

Com base nessa perspectiva, o formulário buscou sistematizar, a partir dos ofícios e das decisões, o período que os juízes, membros do MP e profissionais da saúde sugeriam para que fosse mantida a internação desses indivíduos. Do universo pesquisado, tem-se os seguintes dados: 33 casos (58,9%) não constaram o período de internação; 6 destes (10,2%) delegou o período de internamento aos funcionários do CPJM; em 5 situações (8,9%) os juízes e promotores suscitaram que o paciente poderia continuar segregado “pelo período necessário”; 2 (3,6%) sugeriam um prazo mínimo de 60 dias; 4 casos (7,2%) citavam que só seria possível a alta até a completa desintoxicação ou reabilitação; 1 dos encaminhamentos (1,8%) só sugeriu a desinternação com autorização judicial e os casos restantes estipularam prazos de 90 dias (1,8%), tempo não superior a 3 anos (1,8%) e relatórios quinzenais (1,8%) de acompanhamento.

Gráfico 11 – Tempo de Internação



Fonte: elaboração da autora a partir dos dados coletados na pesquisa empírica do LouCid.

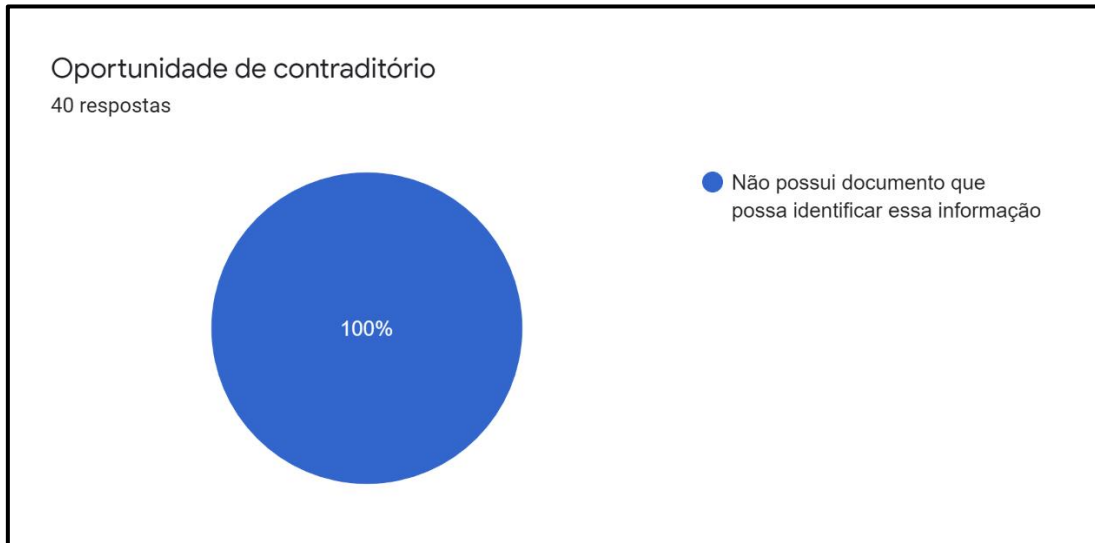
Ponto que também mereceu atenção na análise das informações coletadas e que foi quantificado pelo segundo formulário da pesquisa é a questão da oportunidade de contraditório. De acordo com Didier Jr (2019) esse instituto jurídico se exterioriza dentro de um aspecto

formal, no qual é garantida a participação de todo réu no processo e em aspecto material que é consubstanciada na atuação desse indivíduo no processo, ou seja, as formas pelas quais poderá influenciar a decisão do magistrado. Aqui, o enfoque não é compreender a materialidade desse instituto, mas sim o primeiro aspecto, o direito de poder ter voz no processo, ser comunicado e participar ativamente.

Do contraditório resultam duas exigências: a de se dar ciência aos réus da existência do processo, e aos litigantes de tudo o que nele se passa; e a de permitir-lhes que se manifestem, que apresentem suas razões, que se oponham à pretensão do adversário. O juiz tem que ouvir aquilo que os participantes do processo têm a dizer, e, para tanto, é preciso dar-lhes oportunidade de se manifestar, e ciência do que se passa, pois que sem tal conhecimento, não terão condições adequadas para se manifestar (GONÇALVES, 2019, p. 62).

Evidencia-se, portanto, a importância desse instituto, atrelado a ampla defesa, para a garantia do processo em um Estado Democrático de Direito, evitando decisões judiciais arbitrárias ou ilegais e até o cerceamento injusto da liberdade de qualquer indivíduo. À luz desse princípio, o presente trabalho também buscou compreender a sua utilização nos encaminhamentos e decisões proferidos pelos órgãos do Sistema de Justiça da Paraíba.

Considerando a seção das decisões que tratava dos “Pedidos” e a menção nos ofícios de palavras como “intime o réu para contestar” ou “intimações necessárias”, buscou-se analisar se havia a oportunidade de defesa das pessoas que estavam na iminência de terem sua liberdade de locomoção e de liberdade cerceadas. A partir dessa análise, constatou-se que apenas 16 dos encaminhamentos possuíam a oportunidade de defesa dos pacientes, enquanto os 40 restantes não mencionavam qualquer informação ou documento que pudesse identificar essa informação.

Gráfico 12 – Oportunidade do contraditório

Fonte: elaboração da autora a partir dos dados coletados na pesquisa empírica do LouCid.

A adoção de um segundo formulário também propiciou uma análise completa sobre a presença do laudo médico nos encaminhamentos coletados em 2018. A princípio, é pertinente relembrar que o art. 2º da Lei 10.216/2001 busca garantir a proteção de um rol de direitos que o a pessoa em sofrimento mental possui, entre eles:

Ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração (BRASIL, 2001)

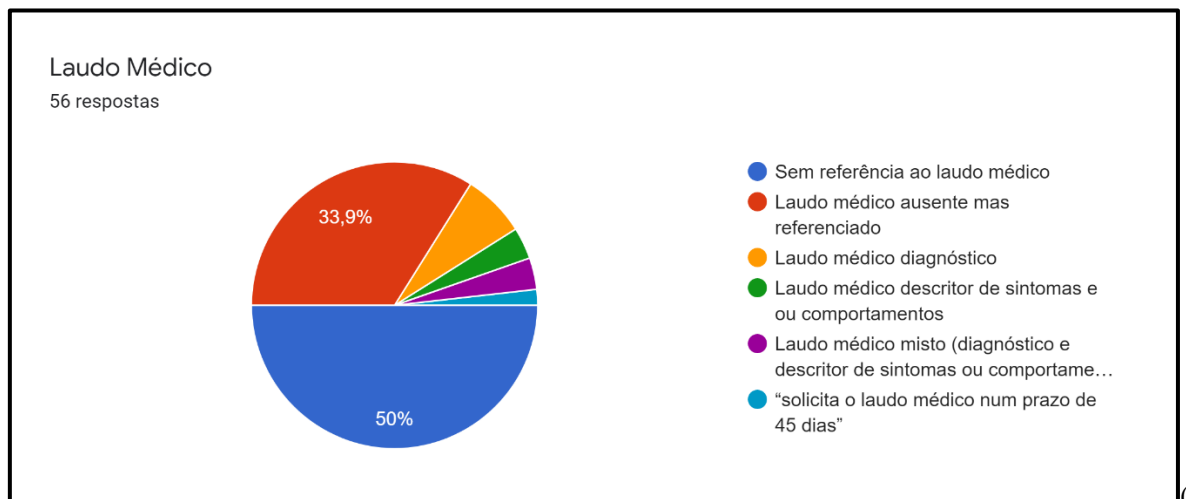
Pontua-se que o conceito de saúde mental abrange diversos aspectos, não se restringindo à ausência de conflitos de ordem mental. Fortes (2010) afirma que o bem estar subjetivo, a auto realização das potencialidades intelectuais e emocionais e a independência também fazem parte dessa descrição, de modo que a garantia da autonomia de cada indivíduo deve ser promovida pelas normas estatais e pelas ações dos agentes de Estado. Giostri (2003) aduz que o princípio da autonomia exalta a capacidade da pessoa em se autogovernar sem que haja restrições de ordem interna ou externa. Acrescenta essa ideia a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde no artigo 5º, que dispõe que toda pessoa tem direito a:

O consentimento livre, voluntário e esclarecido a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública, considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais (BRASIL, 2011).

Como um meio de proteger o indivíduo da arbitrariedade da internação, tendo em vista o fato de que esta não foi solicitada de forma voluntária, a própria Lei 10.216/2001 traz em seu art. 6º: “a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos”, demonstrando a preocupação em tornar, de fato, os institutos das internações involuntária e compulsória como última via de tratamento.

Nesse sentido, o segundo formulário buscou confrontar as informações constatadas pelo primeiro instrumento, quais sejam: apenas 5 encaminhamentos (8,9%) possuíam laudo médico anterior a internação, respeitando o preceito da Lei 10.216/2001, enquanto 51 casos (91,1%) não possuíam o documento anexado, resultando nos seguintes dados:

Gráfico 13 – Existência de Laudo Médico (2º Formulário Google Forms)



Fonte: elaboração da autora a partir dos dados coletados na pesquisa empírica do LouCid.

É possível observar que a análise do conteúdo do encaminhamento fora de extrema importância para compreender a conjuntura dos dados coletados. Apesar de, em primeiro momento, haver uma divergência nos números coletados no primeiro formulário, foi possível apreender onde estavam colocadas as informações. De fato, a maioria dos encaminhamentos não possui referência ao laudo médico, contabilizando um número de 28 casos (50%), enquanto 19 foram mencionados (33,9%) no corpo do texto do ofício ou da decisão judicial.

No que se refere à porcentagem restante do gráfico, de fato, só foi possível observar a existência do documento físico em 5 dos casos estudados, mas os números aumentaram para 8 casos (14,3%) em razão de três encaminhamentos que possuíam a descrição do conteúdo do laudo médico no corpo do texto, houve, portanto, preferência em contabilizá-los junto ao número de laudos presentes. Dessa divisão, 4 casos (7,1%) possuíam laudo médico com

diagnóstico; 2 encaminhamentos (3,6%) possuíam laudo médico descritor de sintomas e comportamentos e outros 2 encaminhamentos possuíam laudo médico misto, ou seja, continha o diagnóstico, comportamentos e sintomas.

3 DIREITO PARA QUEM? ATUAÇÃO DO SISTEMA DE JUSTIÇA DO ESTADO DA PARAÍBA NO CONTEXTO DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

“Comportamento agressivo e violento”, essa foi a argumentação utilizada pelo magistrado para redigir a decisão judicial que promoveu a internação de uma das mulheres (caso nº 1) que constavam no Arquivo Geral do CPJM. Foucault (2005) em seu livro a “Verdade e as Formas Jurídicas” observa o trajeto dos inquéritos utilizados pelo Poder Judiciário, no período da idade média, como um meio de gestão da verdade e não como uma forma de obtenção da mesma, sendo este um meio de exercer o poder e atestar um fato considerado verdadeiro *per si* e transmiti-lo.

Nesse contexto, a forma pela qual a verdade jurídica se coaduna com o discurso psiquiátrico traz impactos na sujeição dos indivíduos às imposições que as normas propiciam, em razão da legitimação do discurso. Sob a nuance do fundamento do cuidado e da proteção, utiliza-se do processo judicial para controlar e segregar aqueles que são considerados de difícil convívio. O autor Amilton de Carvalho (2003) questiona o papel dos juízes na produção desses discursos, tendo em vista o fato de que o Sistema de Justiça não pode apenas aplicar a lei, mas deve também distinguir o justo do injusto:

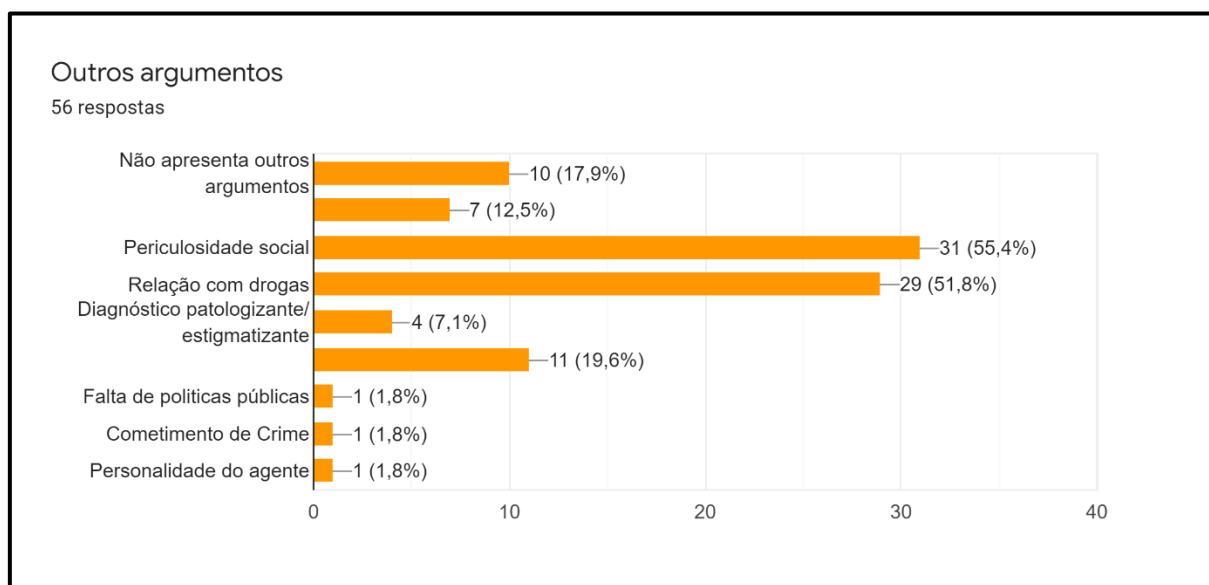
[...] a lei merece ser vista com desconfiança. Deve ser constantemente criticada sob pena de sermos Juízes, Promotores, Advogados, agentes inconscientes da opressão. Inocentes úteis de um sistema desumano. Não quero dizer que não se possa optar por tal sistema, mas que se assim se fizer, o seja conscientemente (CARVALHO, 2003, p. 29).

Sendo assim, Foucault (2005) cita que as formações discursivas dependem também do que está implícito, como uma forma de articulação recíproca. Assim, não existiria um enunciado neutro, mas sim um preceito que está incluso em um conjunto, que articula os saberes e as formas pelas quais os agentes sociais se colocam no mundo e defendem suas razões.

A utilização arbitrária e sem critérios do instrumento das internações compulsória e involuntária, notadamente, confronta a busca da desinstitucionalização preceituada pela Lei 10.216/2001. Tal fato torna-se evidente quando da análise dos 56 casos encaminhados no ano de 2018, nenhum deles suscitou a possibilidade de indeferimento da medida ou possibilidade de tratamento em local diverso da instituição asilar. Nesse contexto, a autora Fernanda Zimmer (2011, p. 51) em sua dissertação de mestrado fez o seguinte questionamento: “Seria a internação compulsória uma reação às portas fechadas, reação aos avanços da Reforma? Será que as internações não produzem uma entrada, agora pela janela?”.

Após a leitura de cada uma das fundamentações e das motivações no período selecionado, foi necessário extrair algumas categorias de análise que conseguissem abarcar todos os casos, com vistas a obter o maior número de informações e tentar compreender a lógica dos discursos utilizados pelos agentes do Sistema de Justiça da Paraíba. Esse tópico foi denominado de “outros argumentos” tendo em vista o fato de que foi observada a necessidade de compreender as argumentações que estavam além da seara jurídica, ou seja, aqueles discursos que não se baseavam no aparato legal e em outras fontes do direito. A partir dessa discussão, foi possível sistematizar o seguinte gráfico:

Gráfico 14 – Outros Argumentos



Fonte: elaboração da autora a partir dos dados coletados na pesquisa empírica do LouCid.

A categoria **Periculosidade Social** ocorre em 31 dos encaminhamentos (55,4%) e é exemplificada pela seguinte passagem “apresenta comportamento agressivo, colocando em risco a sua integridade física, mas sobretudo, a de terceiros” (Caso nº 2 - Homens). A argumentação traz imbricada a carga do excesso de risco que a pessoa em sofrimento psíquico e a pessoa que faz uso abusivo de drogas pode trazer as pessoas que convivem. Assim, é possível identificar um diagnóstico de que aquele indivíduo atende a três níveis de periculosidade que justificaria sua internação, a ameaça à ordem pública e a terceiros (social e familiar) e à própria vida (pessoal). Nas bases desse conceito estão, notadamente, a ideia da defesa social e da função antecipatória da lei (CERQUEIRA e o ano? apud BONAZZI, 2007) que culmina com uma classificação objetiva que mitiga suas liberdades e padroniza suas ações entre o “certo” ou “errado”, tornando-as previsíveis.

A criação do indivíduo “perigoso” (FOUCAULT, 1978) tem forte influência da psiquiatria, que ao longo dos anos abriu margem para um rígido controle disciplinar dos sujeitos em sofrimento mental. Reconhecer que uma pessoa é socialmente perigosa encaixa esse conceito em um rol de aspectos objetivos, desconsiderando todo o teor histórico e até social que cada pessoa está inserta. Desse modo, encaixar as pessoas nesse conceito significa, sobretudo, utilizar indiscriminadamente a conotação da lógica biologizante para atestar o discurso de que tudo aquilo que é difícil de controlar ou disciplinar é, como consequência, perigoso.

Na fundamentação do caso nº 8 o magistrado cita que “o senhor (...) vem apresentando comportamento agressivo e violento e está correndo risco de vida para si e para os outros, tudo por causa de problemas mentais”. O discurso utilizado nos 31 casos, de fato, se utiliza das mesmas “palavras chave” para justificar a internação em razão do perigo que aquele indivíduo pode expor à sociedade e às pessoas que o cercam. Portocarrero (2002) cita que essa periculosidade latente é responsável por trazer discursos e ações de prevenção e segregação contra a doença mental e até a criminalidade, de modo que as estratégias utilizadas pela psiquiatria que remontam desde o início do século XX continuam a perdurar mesmo após o movimento da reforma psiquiátrica e os avanços da política de saúde mental.

Outro teórico que expôs essa problemática foi Amarante (2007) que citou o fato de que o sujeito considerado ou diagnosticado como louco recebe, imediatamente, um status de imprevisível, incapaz e irresponsável, retirando a singularidade do indivíduo enquanto sujeito de direitos e o culpabilizando e punindo por seu sofrimento. Sendo assim, a forma que o aparato jurídico-político usa para tutelar esses indivíduos se utiliza de práticas e conceitos ultrapassados que, ao invés de garantir sua autonomia e cidadania, acaba por reprimir e fortalecer os traços desse processo de segregação.

Outro tópico de análise trata da **Vulnerabilidade Social ou Psíquica**, seu conceito se afasta da noção de periculosidade no sentido de que existe um conjunto de fatores atrelados a cada indivíduo que está adstrito a um conjunto de condições. Ponto importante nesse contexto é o fato de que a saúde mental é vista como um adendo em separado da saúde como um todo, tendo em vista o fato de que a Saúde “geral” ainda é vista como um conceito próximo ao preceituado pela Organização Mundial da Saúde (1948) como um estado de total bem estar e ausência de enfermidades, que evidentemente encontra-se defasado, tendo em vista o fato de que esta não é um conceito estático e muito menos estável, não podendo ser atingida uniformemente por todos os indivíduos. Ocorre que Amarante observa a saúde mental como

“um campo polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e coletividades” (AMARANTE, 2007, p.19).

Nesse sentido, Ayres (2003) conceitua a vulnerabilidade como um potencial de adoecimento dentro da perspectiva que cada pessoa vive. É a deterioração da ideia do “bem estar” como resultado das suas relações sociais e até das condições materiais de existência que se enquadram. Apreender a vulnerabilidade de alguém, portanto, não é somente observar tão somente um aspecto material, mas atrelá-lo à realidade de cada sujeito e a sua capacidade de enfrentar determinadas situações.

A ideia de atrelar a questão da vulnerabilidade com a saúde mental deve fortalecer um discurso que se afaste de preceitos técnico-científicos tradicionais, buscando sempre incorporar outros saberes e outras problemáticas que envolvem os sujeitos afetados pelo sofrimento psíquico, afastando narrativas centradas apenas na doença e em políticas higienistas.

Alega, ainda, não ter condições de cuidar da sua vida, encontrando-se bastante debilitado, inclusive recusando alimentar-se e vive vagando pelas ruas, representando risco para si, requerendo, portanto, em antecipação de tutela a internação forçada do mesmo, e no mérito a procedência do pedido (Caso nº 15 - Homens).

O trecho acima está entre os 7 casos (12,5%) que foram classificados na categoria de **Vulnerabilidade Social**. De fato, é possível compreender que o indivíduo está em situação de sofrimento mental, mas não há menção no encaminhamento de tentativa de utilização de outro meio de cuidado. Ao pensar, por exemplo, na necessidade de liberdade dessa pessoa, em razão dela estar vagando pelas ruas, talvez enclausurá-la em um espaço como o CPJM não seja garantia de efetividade no tratamento, ao contrário, o afastamento do convívio social pode promover mais sofrimento.

A segunda categoria mais utilizada nos argumentos dos ofícios e decisões foi a **Relação com Drogas**. Notadamente, a temática das drogas vem ocupando posição de destaque na elaboração de políticas de saúde pública. O cerne dessa discussão gira em torno da generalização da posição da pessoa que usa drogas no seio social, na maioria dos casos, o argumento sobre a questão da dependência está relacionado com a incapacidade do sujeito em responder por si, o que nem sempre ocorre. A Política Nacional de Saúde Mental tem o intuito de fortalecer o processo de desinstitucionalização desses indivíduos, por meio de toda a rede de atenção que atualmente se coloca para atendê-los. Contudo, diante dessa conjuntura a internação ainda representa uma das principais vias para sujeição do usuário e dependente de

droga, com base no argumento de que essa pessoa não pode mais responder por si, confrontando diametralmente o princípio da autonomia.

Além disso, conforme discutido no Capítulo 1, o artigo 23-A da Lei 13.840/2019 coloca a internação, de fato, como última via de tratamento, além de dispor no parágrafo 5º, inciso III que “perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável” (BRASIL, 2019). Desse modo, apesar das inúmeras críticas (O QUE MUDA..., 2016) que a sanção dessa lei recebeu, em razão de ter oficializado a prática das internações psiquiátricas para usuários e dependente de drogas, além de ter fortalecido em demasia as comunidades terapêuticas, a utilização da internação ainda que nessas situações deve ser excepcional, da mesma forma que expresso na Lei 10.216/2001.

Sabe-se que o cerne das justificativas das internações compulsória ou involuntária está na perda do discernimento que decorre do sofrimento em que se encontra, impedindo-o de compreender o seu estado. Contudo, a lógica discursiva que perpassa a questão das drogas possui uma conotação diversa da utilizada nos casos de transtorno mental. Observa-se, em primeiro momento, que os preceitos do proibicionismo e da periculosidade ainda subsistem nas argumentações judiciais desses encaminhamentos, mantendo uma “função estratégica dominante” (FOUCAULT, 1998). Entretanto, apesar de anos de fortalecimento da lógica argumentativa da repressão e da proibição, não foi possível impedir o aumento exponencial e a criação de novas substâncias psicoativas.

Dentro da categoria **Relação com as drogas**, foi possível observar 29 encaminhamentos (51,8%) baseados em argumentações com o seguinte teor. Observe:

Quanto a ausência de compreensão, é de conhecimento comum que o abuso de drogas causa dependência grave e absurda dificuldade de compreensão dos fatos alheios ao próprio anseio pelo consumo (...) Também é de conhecimento comum que o mundo das drogas é pródigo em promover uma criminalidade paralela ao próprio tráfico, como por exemplo, o aumento de roubos e latrocínios como meio do viciado sustentar-se. Eis a repercussão social da dependência química não tratada. (Caso nº 16 – Homens)

A passagem supracitada está presente em um encaminhamento proferido na decisão de uma ação civil pública que tramitava em uma vara mista de Cajazeiras. Ocorre que da análise dos outros documentos, foi possível observar outros dois com a mesma argumentação na mesma cidade. Sabe-se que toda sentença ou decisão deve possuir o que se denomina de fundamentação jurídica, não bastando a menção aos artigos legais e, principalmente, enfrentar

todas as questões relacionadas ao caso. Nesse sentido, cabe lembrar alguns pontos elencados na legislação processual civil:

Art. 489. São elementos essenciais da sentença:

I - o relatório, que conterà os nomes das partes, a identificação do caso, com a suma do pedido e da contestação, e o registro das principais ocorrências havidas no andamento do processo;

II - os fundamentos, em que o juiz analisará as questões de fato e de direito;

III - o dispositivo, em que o juiz resolverá as questões principais que as partes lhe submeterem.

§ 1º Não se considera fundamentada qualquer decisão judicial, seja ela interlocutória, sentença ou acórdão, que: **I - se limitar à indicação, à reprodução ou à paráfrase de ato normativo, sem explicar sua relação com a causa ou a questão decidida; II - empregar conceitos jurídicos indeterminados, sem explicar o motivo concreto de sua incidência no caso; III - invocar motivos que se prestariam a justificar qualquer outra decisão; IV - não enfrentar todos os argumentos deduzidos no processo capazes de, em tese, infirmar a conclusão adotada pelo julgador; V - se limitar a invocar precedente ou enunciado de súmula, sem identificar seus fundamentos determinantes nem demonstrar que o caso sob julgamento se ajusta àqueles fundamentos; VI - deixar de seguir enunciado de súmula, jurisprudência ou precedente invocado pela parte, sem demonstrar a existência de distinção no caso em julgamento ou a superação do entendimento.** (Grifos nossos) (BRASIL, 2015).

Sob a ótica da garantia do direito à liberdade dos indivíduos, é inegável a quão problemática é a prolação dessas três decisões. Notadamente, não houve apreço às singularidades das pessoas que estavam sendo internadas, bastando o mero “copiar e colar” em todos os casos. Isso é reflexo de uma prática corriqueira do Sistema de Justiça, sendo importante ressaltar e reiterar que se trata do cerceamento da liberdade de indivíduos e não de *cases* sobre questões de bens ou questões monetárias, que da mesma forma não poderiam ser tratadas sem as devidas atenções pelo magistrado. Um caso bastante repercutido sobre essa questão ocorreu em meio aos processos da Lava Jato. O desembargador Leandro Paulsen anulou a sentença da juíza Gabriela Hardt, substituta de Sergio Moro na 12ª Vara Federal em Curitiba, por se apropriar “ipsis litteris dos fundamentos das alegações finais do Ministério Público Federal, sem fazer qualquer referência de que os estava adotando como razões de decidir, trazendo como se fossem seus os argumentos, o que não se pode admitir” (DECISÃO..., 2019).

Essa linha interpretativa também afronta a Constituição Federal em seu artigo 93, IX, cite-se:

Art. 93. Lei complementar, de iniciativa do Supremo Tribunal Federal, disporá sobre o Estatuto da Magistratura, observados os seguintes princípios: (...)

IX - todos os julgamentos dos órgãos do Poder Judiciário serão públicos, e fundamentadas todas as decisões, sob pena de nulidade, podendo a lei limitar

a presença, em determinados atos, às próprias partes e a seus advogados, ou somente a estes, em casos nos quais a preservação do direito à intimidade do interessado no sigilo não prejudique o interesse público à informação (BRASIL, 1988).

Ponto importante a ser lembrado é o fato de que apenas 19 encaminhamentos para a internação possuíam menção à oportunidade de contraditório, enquanto os 40 restantes não mencionavam essa prerrogativa. A partir do momento em que o indivíduo tem sua liberdade restrita por uma fundamentação jurídica passível de anulação, mas que não há oportunização de defesa, pelo contrário, a maioria dos casos direcionados ao CPJM ocorre em sede de antecipação da tutela jurisdicional (os efeitos da decisão são sentidos antes do trânsito em julgado da sentença), compreende-se a problemática que envolve a internação dessas pessoas.

Ademais, é necessário discutir sobre outra passagem do trecho do encaminhamento recortado, que cita: “é de conhecimento comum que o mundo das drogas é pródigo em promover uma criminalidade paralela ao próprio tráfico” (Caso nº 16 – Homens). Como já citado no Capítulo I, sabe-se que 30 anos depois da Lei de Entorpecentes, entra em vigor a Lei 11.343, conhecida como “Nova Lei de Drogas” no ano de 2006. Essa normativa trouxe, pela primeira vez a diferenciação entre o usuário da substância e o traficante, garantindo um processo de despenalização do usuário e do dependente de drogas¹⁵. Em contrapartida, não houve a contabilização da quantidade de droga que seria considerada para consumo e os números que tipificariam o tráfico, abrindo uma brecha legislativa que ameaça o usuário da substância.

Nesse contexto, ao fazer uma leitura dos três encaminhamentos em questão, não foi possível apreender em nenhum momento da descrição da conduta dos indivíduos a serem internados qualquer atitude que pudesse configurar ação “paralela ao tráfico” ou que “promovessem a criminalidade”, não justificando a linha argumentativa utilizada pelos magistrados para internar compulsoriamente essas pessoas. O que revela a adoção de argumentos genéricos corriqueiros no “senso comum”, sem nenhum embasamento em dados.

Outras duas categorias analíticas utilizadas no presente estudo foi o **Diagnóstico Patologizante/Estigmatizante e a Personalidade do Indivíduo**. Quanto à primeira, houveram 4 casos (7,1%), enquanto a segunda houve 1 caso (1,8%). A seleção dessas duas palavras chaves se deu com base no fato de que, principalmente os ofícios, por não trazerem uma argumentação

¹⁵ A Lei 11.343/2006, apesar de não trazer a conceituação de usuário e dependente de drogas, diferencia esses dois grupos. O primeiro é aquele que faz uso de substâncias psicoativas sem configurar um uso abusivo que desenvolva um quadro de dependência, enquanto o segundo faz uso dessas substâncias e desenvolve dependência após um certo período de uso. Ver também: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094251-001.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2020.

apurada para motivar o encaminhamento, recaem em motivações que podem ser exemplificadas pelas seguintes passagens “haja vista a mesma tem problemas mentais, bem como está em SURTO” (Caso nº 5 – Mulheres) e “seja avaliado por Psiquiatra para proceder com sua internação pois o adolescente demonstra humor rebaixado” (Caso nº 36 – Homens). Saliente-se que em nenhum caso contabilizado nesta categoria constou fundamentação jurídica ou menção a laudo médico, o que demonstra expresso desacordo com a legislação e traz o questionamento acerca da tendência à judicialização da saúde que, de acordo com Zimmer (2011), é revestida por auras libertárias, habilmente estabelece modos de captura de vida, mas não escapa à possibilidade de questionar suas reais intenções.

Outra categoria utilizada foi a **Não aderência ao Tratamento Proposto/Paciente não teve melhora no Quadro Clínico**, que contabilizou 11 dos encaminhamentos estudados (19,6%). Nestes casos, houve citação ao longo do documento de que o paciente fez tratamentos anteriores à internação, mas se recusou ou não se adaptou ao método. Deste número, 10 casos possuíam laudo médico anexo ou menção ao laudo no corpo do texto. Apesar de nenhum mencionar contato com o paciente para que sua internação ocorresse voluntariamente ou diálogo acerca de outras formas de cuidado na RAPS que se adequassem a sua realidade, essa categoria demonstrou argumentos mais coesos para a internação, por respeitar os trâmites que a Lei 10.216/2001 dispõe.

Uma categoria que, apesar de possuir apenas 1 encaminhamento (1,8%) relacionado, chamou bastante atenção, foi a **Falta de Políticas Públicas** segundo o argumento do magistrado no caso nº 3, o direito à saúde do usuário e do dependente de drogas deveria ser garantido ainda que não houvesse política pública destinada ao tratamento de toxicômanos e ébrios habituais. A princípio, cabe pontuar que:

Se ocorrer o fortalecimento de equipamentos públicos (UBS, CAPS etc.) ao longo do tempo, por meio de políticas públicas locais, caminhar-se-á ao objetivo legal da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes locais de saúde, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BARTOMOLEI; RESENDE, 2016, p. 96)

Sabe-se que a RAPS também atende os dependentes, por meio de tratamento ambulatorial, terapia, oferta de remédios por meios dos CAPS AD, unidades básicas de saúde e até das enfermarias dos hospitais gerais. Perante essa justificativa, pode-se dizer que, apesar de quase 20 anos da vigência da Lei da Reforma Psiquiátrica, denota-se que ainda faltam ações incisivas para o fortalecimento da RAPS, mas não subsiste o argumento de que inexistem políticas públicas para o tratamento desses indivíduos, pois o SUS garante essa oferta, não

havendo justificativa para encaminhá-los para uma instituição que perdura com características asilares como o CPJM.

Outro ponto do estudo foi a análise das fundamentações jurídicas que embasaram os encaminhamentos em 2018. A princípio, cabe ressaltar que 25 (44,6%) dos casos não tiveram qualquer fundamentação jurídica para embasar a internação. Ressalte-se que o art. 489, § 1º, III, do CPC/2015 traz que não poderá ser considerada fundamentada determinada decisão, se apenas “invoca motivos que prestariam a justificar qualquer outra decisão”. Tal colocação se baseia no Princípio da Fundamentação das Decisões Judiciais, já citado anteriormente, que está expresso no art. 93, IX da Constituição Federal de 1988 que dispõe “todos os julgamentos dos órgãos do Poder Judiciário serão públicos, e fundamentadas todas as decisões, sob pena de nulidade” (BRASIL, 1988). Nesse mesmo sentido, cite-se a perspectiva de Gomes Filho, Grinover e Fernandes em seu livro “As nulidades do Processo Penal”:

São três os pontos básicos em que se assenta a ideia de motivação como garantia: primeiro, aparece como garantia de uma atuação equilibrada e imparcial do magistrado, pois só através da motivação será possível verificar se ele realmente agiu com a necessária imparcialidade; num segundo aspecto, manifesta-se a motivação como garantia de controle da legalidade das decisões judiciais: só a aferição das razões constantes da sentença permitirá dizer se esta deriva da lei ou do arbítrio do julgador; finalmente, a motivação é garantia das partes, pois permitem que elas possam constatar se o juiz levou em conta os argumentos e a prova que produziram: como visto, o direito à prova não se configura só como direito a produzir a prova, mas também como direito à valoração da prova pelo juiz (GOMES FILHO; SCARANCE; GRINOVER, 2009, p. 169).

Assim, a motivação de qualquer magistrado deve ser baseada nos aspectos da imparcialidade da conduta e, principalmente, nos casos de internação compulsória e involuntária, se atendo ao fato de que é necessário aferir se o direcionamento dessas pessoas para o Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira é uma medida que está em acordo com a proporção do caso concreto. Não é possível desconsiderar que o processo de judicialização da saúde tem interferido - ainda que se utilizando da argumentação de proteção ao indivíduo e aos direitos que estão previstos na ordem jurídica, mas que são sobrestados – mais negativamente do que de forma positiva no contexto das internações. O isolamento deve ser considerado uma última via de tratamento, como dispõe a própria Lei da Reforma Psiquiátrica, mas observa-se que o magistrado, por vezes, se utiliza até do discurso disposto nos laudos, que são elaborados na maioria das vezes em momentos de crise da pessoa em sofrimento, ou a partir do seu mero entendimento, como foi possível observar nos encaminhamentos, para justificar essa decisão, ainda que existam outros meios que diminuam o sofrimento da pessoa a ser internada.

Ademais, o dever de motivação das decisões traz relação com a ideia do “processo justo” que não mais fortalece qualquer discurso que esteja atrelado à mera discricionariedade do magistrado ou do membro do Ministério Público. Deve ocorrer, de fato, um esforço para assegurar aos litigantes a garantia do devido processo legal, o que não tem ocorrido – conforme citado anteriormente – na maioria desses processos de internamento. Cabe salientar, também, que é cabível a ideia de ponderação e da proporcionalidade, para afastar a possibilidade de isolar injustamente uma pessoa que poderia ter seu tratamento em liberdade. Dessa forma, resta claro também o arbítrio dos julgadores, pois foi possível apreender também que há, na maioria dos casos, uma desconexão dos argumentos utilizados pelos agentes do Sistema de Justiça com o atual panorama dos serviços voltados para esse grupo e, principalmente com a realidade fática. Retrato de um Poder Judiciário e um Ministério Público despreparados e descomprometidos com determinados fatos sociais, promovendo um ciclo que além de impactar na sujeição dessas pessoas, também torna mais longínqua a busca pela desinstitucionalização e pelo fechamento dos manicômios.

Outra categoria utilizada para observar as fundamentações utilizadas foi o recurso processual do *Periculum in mora* e a **Antecipação de Tutela**, presentes no artigo 300 do Código de Processo Civil de 2015. Observou-se que em 20 casos estudados (35,7%) houve a concessão da antecipação de tutela, até sendo utilizada como argumento principal para a internação (solicitando a internação), determinando um prazo de cumprimento por parte do CPJM e do município. Ademais, as ações que determinaram liminarmente a internação estabelecem curtos prazos para o cumprimento da sentença, possuindo termos como “imediatamente”, em 24 ou 48 horas, e até solicitando o uso da força policial para contenção e escolta nos casos em que o indivíduo está em situação de crise. Além disso, a maioria das tutelas concedidas estabeleceu multa contra o município no caso de descumprimento no prazo estipulado pelo juiz.

A antecipação de tutela é um tipo de decisão judicial na qual o Juiz, baseado em provas apresentadas pelo reivindicante, deve avaliar se o “perigo da demora” do procedimento judicial, necessário para o julgamento do processo, pode resultar em violação irreparável do direito do autor do processo, p.ex., agravamento de seu estado de saúde. É ato de caráter excepcional na lei processual brasileira, mas é relevante notar que no âmbito da demanda judicial de saúde tem-se transformado em ato de rotina, com significados e efeitos amplos para a efetividade do direito à saúde no Brasil (VENTURA, 2010, p. 91)

Denota-se que a utilização desse instrumento processual traz à tona todas as discussões sobre o estado de risco que a loucura e o uso abusivo de álcool e outras drogas geram. Antecipar

o resultado da ação significa que determinada situação é tão urgente que não pode ser sobrestada pelo “perigo da demora”. Ocorre que por meio de argumentos baseados no direito à saúde e até dignidade da pessoa humana, a liberdade desses indivíduos é restrita, com base em um argumento de perigo individual que nem sempre subsiste. De acordo com Penalva (2007, p. 122) o direito à dignidade garante ao indivíduo “a possibilidade de conduzir sua vida, conforme sua capacidade, possibilidade e vontade é constitucionalmente garantido a todos, inclusive aos portadores de sofrimento mental”. Nesse contexto a autora (2007) acrescenta que, por ser um direito constitucionalmente previsto, é necessário compreender a singularidades de cada pessoa, afastando as formas excludentes e estigmatizantes de tratamento, para que eles possam manifestar suas vontades e viver suas vidas da melhor forma.

Assim, ressalvado os casos de adolescentes e um encaminhamento em que o indivíduo era curatelado, todos os outros possuíam autonomia legal para dispor sobre o seu tratamento e escolher voluntariamente, sendo amparados pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que revogou a incapacidade absoluta das pessoas em sofrimento mental disposta no artigo 3º do Código Civil. O argumento do risco evidenciado pelos ofícios e decisões judiciais levam em conta um momento de crise que impacta diretamente na vida dessas pessoas.

Da leitura das justificativas, o *Direito à Saúde*, com base no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que considera a saúde como um direito de todos e dever do Estado foi utilizado em 18 encaminhamentos (32,1%), além das menções em 4 casos (7,1%) à Lei 8.080/1990 que institui o SUS. Sabe-se que, de fato, a saúde é considerada um direito fundamental e deve ter aplicação de forma imediata e integral, a exemplo do que cita o *Protocolo Adicional à Convenção Americana Sobre Direitos Humanos em Matéria de Direito Econômicos, Sociais e Culturais* (Protocolo de San Salvador) do ano de 1988, que traz o seguinte destaque em seu artigo 10 “toda pessoa tem direito à saúde, entendida como gozo do mais alto bem estar físico, mental e social”. O dever, portanto, de garantir o tratamento adequado à saúde, nos moldes do artigo 23 da CF/88 é dos entes federativos de forma solidária, sendo alocados recursos anualmente para tais ações, ainda que restritos em razão dos recentes cortes orçamentários.

Contudo, apesar do processo de redução dos leitos psiquiátricos que vem ocorrendo desde o ano de 2002 mediado pela Reforma Psiquiátrica, o uso reiterado da via das internações compulsórias e involuntárias vai na contramão desse movimento. Ressalte-se que na maioria dos casos em que foi suscitado o direito à saúde desses indivíduos nos encaminhamentos, a maioria dos laudos são solicitados judicialmente e emitidos pelo serviço do CAPS, gerando um processo contraditório em razão do fato de que ao invés do Sistema de Justiça promover o

encaminhamento para o CAPS, utiliza-o como meio de direcionar a pessoa em sofrimento mental ao manicômio. O que gera, inclusive, questionamento se os CAPS estariam cumprindo sua missão ao delegar o cuidado desses indivíduos ao hospital psiquiátrico.

Ademais, a **Dignidade da pessoa humana** também serviu de plano de fundo para a análise dos encaminhamentos, por estar presente em 7 (12,5%) dos casos. Sabe-se que em razão de ser um princípio constitucionalmente previsto, é necessário delimitar um conteúdo mínimo para compreender o que seria a dignidade e como ela se enquadra na realidade da pessoa em sofrimento mental. De acordo com Barroso (2012) esse princípio possui uma tríade valorativa que o sustenta, sendo um ideal intrínseco (aquele que é inerente a todos os seres humanos), um autônomo (que atinge cada indivíduo em sua subjetividade) e um comunitário que se desprende de aceções religiosas, sendo universalista e multicultural.

No âmbito jurídico, a dignidade é um direito fundamental que atua como plano de fundo do direito à vida, da integridade física, psíquica e moral, além da igualdade material e formal. Dentro desse conceito tem-se a autonomia, como elemento que move a dignidade da pessoa, tendo em vista o fato de que o indivíduo deve poder dispor da sua própria vida e arbitrar sobre suas escolhas. Contudo, ressalte-se que existe um teor social nesse conceito, “uma vez que esta é moldada pelas relações do indivíduo com os outros e com o mundo ao seu redor e visa proteger a pessoa de se tornar mais uma engrenagem do maquinário social (SANTOS, 2015, p. 33).

Apesar da necessidade de conciliar esse viés social da dignidade para que seja possível uma convivência minimamente estável, observa-se que a limitação do direito à liberdade do usuário ou do dependente de drogas e da pessoa em sofrimento mental afrontam diametralmente esse preceito. Utilizar a argumentação jurídica com base nesse princípio, significa propor um recorte desse conceito que abrange apenas o fator social, desconsiderando a autonomia que o indivíduo em sofrimento possui para se autodeterminar.

Notadamente, a Constituição e as normativas que versam sobre saúde mental trazem um rol de direitos que devem ser garantidos a essas pessoas. Entretanto, outra parte do ordenamento ainda não foi capaz de absorver esse rol de garantias “tendo em vista que até hoje se baseia em procedimentos que reduzem tais pessoas a um mero diagnóstico, sem considerar os seus desejos e modos de estar no mundo” (CORREIA; LIMA, 2013, p. 151). Essa narrativa é evidenciada em outra categoria selecionada para análise dos ofícios e encaminhamentos, intitulada de *Incapacidades – Código Civil e legislação correlata*, que fora utilizada em 4 casos (7,1%) com base nos seguintes artigos:

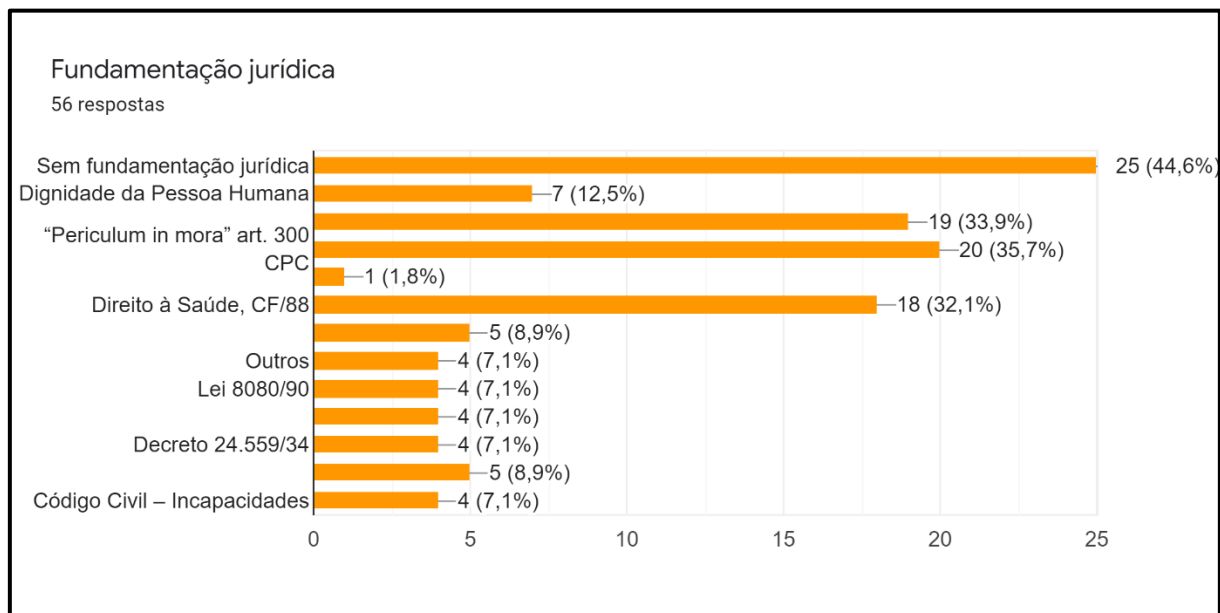
Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer:
(Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)
II - Os ébrios habituais e os viciados em tóxico; (BRASIL, 2002)

Lei 11.343/2006 – Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)

Art. 45. É isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito, proveniente de caso fortuito ou força maior, de droga, era, ao tempo da ação ou da omissão, qualquer que tenha sido a infração penal praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (BRASIL, 2006)

Sabe-se que os argumentos utilizados em todos os casos também foram pautados na ideia do direito à saúde, mas é importante destacar que há um contrassenso argumentar sobre um direito que simultaneamente está sendo mitigado. As questões que envolvem o campo da saúde mental têm suas proporções alargadas quando, por exemplo, observa-se que a argumentação dos encaminhamentos se dá com base no art. 4º do CC, que considera relativamente incapaz os viciados em tóxicos, sendo alterada a partir da vigência da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015), mas, percebe-se que ainda que exista uma legislação que garanta a “voz” dessas pessoas, a ação judicial e as argumentações fundadas em aspectos de mero diagnóstico médico e biologizante ainda preponderam.

Gráfico 15 – Fundamentação Jurídica



Fonte: elaboração da autora a partir dos dados coletados na pesquisa empírica do LouCid.

Em fevereiro de 2020, a Coordenação Estadual de Saúde Mental da Paraíba (SES/PB) divulgou o Relatório do Monitoramento dos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

da Paraíba no semestre 2018.2 (PARAÍBA, 2018). É pertinente, neste momento do trabalho, complementar as informações coletadas na presente pesquisa com os dados divulgados pelo Governo do Estado da Paraíba. Um dos pontos tratados no documento refere-se à institucionalização. No período de junho a dezembro de 2018 houve o encaminhamento de 650 pessoas para o Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM), conforme informações do relatório. Essa divisão teve por base as 16 Regiões da Saúde (RS) que subdividem a RAPS/PB, sendo possível observar que 286 (44% dos casos) vieram da 1ª Região, enquanto 90 (13,84%) são da 2ª RS. O relatório também destaca que para além desse número há 150 leitos em uma instituição privada, Clínica Dr. Maia, que não foram acessados pela catalogação.

Outro dado levantado pelo documento da SES/PB foi o número de internações de pessoas que eram usuárias dos serviços da RAPS/PB. Do universo de 650 internações, 484 desses utilizam a rede. Dessa confrontação, a 3ª Região da Saúde teve um número de 251 (52%) e logo após a 1ª Região da Saúde constou 65 internações (13%) no segundo semestre de 2018. Ressalte-se também que a RAPS/PB “atendeu 37423 usuários e o Hospital Juliano Moreira realizou 650 internações no mesmo período” (PARAÍBA, 2020, p. 34). Essa informação confirma a tese de que o modelo de “tratamento” baseado nos hospitais psiquiátricos e em instituições de caráter asilar ainda possuem força, sendo necessário um maior enfrentamento para superar esse modelo, além de maiores investimentos na RAPS.

É necessário pensar em estratégias e recursos para diminuir o número de internações psiquiátricas, pois apesar de ser dispositivo disponível, o Hospital Psiquiátrico mantém estrutura e costumes manicomial. A extensão do horário de funcionamento dos serviços extra-hospitalares, a articulação com outros dispositivos da rede de saúde para implementação de leitos em hospitais gerais e fluxos/manejos de atendimento a crise psiquiátrica em diversos serviços de urgência, como UPAs e demais serviços disponíveis nos territórios, associados ao cuidado atento e intensivo, à assistência domiciliar e em conjunto com a família, podem ser ações desenvolvidas para reduzir continuamente o número de internações psiquiátricas (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PB, 2020, p. 34)

Compreende-se, portanto, que a manutenção do manicômio é suficiente para aprofundar a problemática acerca do retorno desenfreado a essas práticas asilares. A brecha que a lei dispõe para que exista a possibilidade de internação forçada dessas pessoas é argumento suficiente para colocar em questão todos os avanços que a Reforma Psiquiátrica vem promovendo desde o ano de 2002. É importante salientar que não basta a reforma na estrutura física desses espaços para que eles se tornem menos ou mais asilares, por meio do que se intitula de “tecnologia do ajustamento” que determina formas de mascarar os impactos que aquele espaço provoca (RODRIGUES, 1998). A transformação desses locais deve ocorrer em sentido estrutural,

aniquilando todas as práticas que se aproximam de uma realidade manicomial, afastando as “sutilezas de ajustamento produzidas no cotidiano asilar que, ao mesmo tempo, transforma e mantém a lógica excludente” (ZIMMER, 2011, p. 22).

Ademais, é pertinente citar que os dados divulgados pelo relatório supramencionado não interferem nos resultados obtidos pelo presente trabalho. Saliente-se que o documento não menciona a modalidade de internação que direcionou essas 650 pessoas ao CPJM, não há, portanto, informações para identificar se ocorreu de forma voluntária, involuntária, compulsória ou por outra via que não foi mencionada pela coordenação do hospital no momento da pesquisa. Além disso, os pesquisadores envolvidos só tiveram acesso aos arquivos do Juliano Moreira, analisando apenas os documentos que foram encaminhados pelos órgãos do Sistema de Justiça, de modo que, se havia outras salas ou documentos para internação, estes não foram disponibilizados ao LouCid/UFPB.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho resulta do esforço em compreender os discursos que perpassam a temática da saúde mental, mesmo após quase 19 anos da promulgação da Lei nº 10.216/2001. De fato, a Reforma Psiquiátrica desde as suas discussões “embrionárias” a partir da segunda metade da década de 70 trouxe diversos enfrentamentos e reflexões sobre a forma pela qual o indivíduo com transtorno mental era tratado e visto pela coletividade. Os movimentos reformistas da psiquiatria questionaram a institucionalização dessas pessoas e após décadas de mobilização corroborou com a criação de uma pauta antimanicomial que visava, principalmente, restabelecer a dignidade dessas pessoas que foi cerceada ao longo dos anos em instituições totais.

Sabe-se que essa normativa garante um rol de direitos e deveres às pessoas em sofrimento mental, a exemplo do tratamento individualizado no Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), auxílio médico para esclarecer a necessidade da internação psiquiátrica involuntária e busca pela efetiva reinserção na comunidade por meio do trabalho, lazer e cidadania. Porém, apesar desses avanços, a realidade fática demonstra contradições que confrontam diretamente esses preceitos.

Ao partir da revisão documental promovida pelo presente trabalho, foi possível perceber que o campo que envolve as internações psiquiátricas compulsórias e involuntárias é sustentado por diferentes discursos que interferem diretamente nas práticas em saúde mental. Conforme a análise qualitativa dos dados, nos encaminhamentos realizados pelo Sistema de Justiça da Paraíba no período de janeiro a junho de 2018 foram diversos os argumentos que promoveram o isolamento dessas pessoas, a exemplos dos citados sobre o direito à saúde que se sobrepõe à autonomia da pessoa em escolher o melhor método de tratamento, justificando o uso da via compulsória como meio de garantir a proteção do paciente e a sua recuperação.

As internações “forçadas” como intitula a autora Luciana Musse (2019) promovidas pelo Ministério Público, no caso das involuntárias e pelo Poder Judiciário, nas compulsórias notadamente demonstram uma brecha legislativa perigosa perante aos avanços promovidos pelas Política Nacional de Saúde Mental. Evidencia-se, a partir da análise dos encaminhamentos desses órgãos sistematizados pelo presente trabalho, que as práticas de segregação e higienismo ainda se fazem presentes nas fundamentações que cerceiam a liberdade dessas pessoas. O uso do recurso jurídico da antecipação de tutela jurisdicional, por exemplo, promove a “sentença imediata” com base na periculosidade e da defesa social, atropelando os direitos fundamentais desse grupo.

Observou-se, também, as incongruências perante o ordenamento jurídico como um todo. Cite-se o fato de que houveram encaminhamentos desses órgãos que sequer oportunizaram contraditório a essas pessoas, demonstrando que o “aval” da Justiça garante a liberalidade para que o isolamento ocorra de forma irregular, contrariando o que dispõe a Lei Brasileira de Inclusão, tendo em vista o fato destas serem consideradas absolutamente capazes diante perante a legislação civil. Ainda nesse contexto, sabe-se que a Lei da Reforma Psiquiátrica dispõe expressamente que toda internação deve estar acompanhada de laudo médico circunstanciado, sendo ilegal a coação da liberdade das pessoas nos casos em que não é justificada a necessidade de tal medida, mas pôde-se observar que alguns dos encaminhamentos sequer mencionava diagnóstico do indivíduo, demonstrando que os agentes do Sistema de Justiça ou desconhecem a normativa sobre saúde mental ou a desconsideram para atender outros fins.

Acrescente-se que essa realidade também é observada no que se refere aos usuários e dependentes de drogas. Por muito tempo, as internações desse grupo foram baseadas nos preceitos da Lei de Reforma Psiquiátrica, gerando diversos debates em razão do fato de que esse grupo não possuía qualquer transtorno que justificasse o seu isolamento a partir desse tipo de leitura. Desta feita, o cerceamento da liberdade dessas pessoas com base nessa normativa demonstrava clara irregularidade, o que abria margem para questionamento da manutenção dessa internação. Entretanto, a Lei nº 13.840 de 2019 - que altera a Lei de Drogas - de forma análoga a Lei 10.216/2001 passou a considerar esse tipo de internação em caráter excepcional e como última possibilidade para esses sujeitos. Apesar de o recorte do presente trabalho estar circunscrito ao período de janeiro a junho de 2018, portanto, anterior a vigência da referida lei, foi possível observar também que boa parte das internações encaminhadas ao CPJM advém do uso abusivo de álcool e outras drogas e são baseadas, em sua maioria, com base em argumentos da periculosidade, incapacidade de discernimento e da defesa social, demonstrando que boa parte dos casos são reflexo de uma tentativa mascarada de higienização do espaço público.

Foucault (2014, p. 4) define o poder como “um conjunto de mecanismos e de procedimentos que têm como papel ou função e tema manter – mesmo que não o consigam – justamente o poder.”. Nesse sentido, a lógica do discurso que embasa as argumentações dos encaminhamentos proferidos pelo Sistema de Justiça exterioriza essa relação de poder. “Pedir ajuda” ao Judiciário, ao Ministério Público e demais órgãos que compõem esse Sistema, não significa que seus argumentos refletem um sentido de justiça ou garantia efetiva dos direitos das pessoas em sofrimento mental e dos usuários e dependentes de drogas. Pelo contrário, a

partir do recorte analisado foi possível compreender que a intervenção desses órgãos na maioria das vezes se utiliza de uma retórica ultrapassada, vaga e excludente que aprofunda o sofrimento.

O preceito da desinstitucionalização, ao partir da dimensão sociocultural, conforme classificada por Amarante, busca afastar o discurso sobre a saúde mental da seara da Psiquiatria, da perspectiva médica e inclusive da jurídica a fim de compreender que a loucura atinge outros campos do seio social. Sendo assim, compreende-se o motivo pelo qual é fortalecida uma rede de serviços substitutivos ao manicômio, como forma de promover não somente o cuidado em saúde mental, mas também a inserção efetiva dessas pessoas na sociedade, por meio de educação, trabalho e cidadania.

Entretanto, o reflexo da utilização exacerbada da via dessas internações também é reflexo de uma série de desmontes que a Política Nacional de Saúde Mental vem sofrendo, a exemplo da Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Ministério da Saúde e a Portaria nº 3588 de dezembro de 2017. Além disso, a Nota Técnica nº 11/2019 do MS cita a possibilidade de dispor de recursos para investir novamente nas internações em manicômios, em tratamentos com eletroconvulsoterapia e a internação de jovens e adolescentes (CORREIA; MARTINS; REQUIÃO, 2019). Por fim, o Decreto nº 9.761 de 2019 que aprova a Política Nacional de Drogas, que prevê investimentos nas comunidades terapêuticas, afastando a perspectiva da redução de danos para tratamento de usuários e dependentes de drogas, são exemplos desse retrocesso.

Nesse sentido, é necessária a mobilização e enfrentamento em prol do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), principalmente questionando o papel do CAPS dentro desse processo de internação. Como visto neste trabalho, a Justiça, na maioria dos casos levantados, se utiliza dos laudos desse serviço para encaminhar as pessoas em sofrimento mental e os usuários e dependentes de drogas para a internação. É preciso compreender o seu papel nesse processo, para que não haja omissão em situações de irregularidade ou nos casos em que seria possível manter o tratamento da rede substitutiva, garantindo assim a integralidade dos direitos previstos constitucionalmente dessas pessoas, além de promover a inclusão e o respeito às suas singularidades.

Por fim, nesse contexto retrógrado em que a Política Nacional de Saúde Mental se encontra, que regride cada mais por meio dessas práticas asilares, não se pode esquecer a força dos movimentos antimanicomiais, dos usuários e dos trabalhadores dos serviços de saúde em prol de um conjunto de políticas públicas que garantisse o cuidado em liberdade, a autonomia e emancipação dessas pessoas. Foi por meio dessas mobilizações que as reformas ocorreram e é por elas que devem ser tensionadas as problemáticas sobre a questão das internações

compulsórias e involuntárias, galgando um projeto em saúde mental que – finalmente – torne realidade o lema proferido na Carta de Bauru no ano de 1987: “por uma sociedade sem manicômios!” (MANIFESTO DE BAURU, 1987).

REFERÊNCIAS

- ALEXY, Robert. Teoria do Discurso e Direitos Fundamentais. *In*: HECK, Luís Afonso (org.). **Direito Natural, Direito Positivo, Direito Discursivo**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.
- AMARANTE, Paulo. Loucura, cultura e subjetividade: Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. *In*: FLEURY, Sônia (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Jul/Set, 1995.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ANTUNES, Maria João. O internamento compulsivo de Portador de anomalia Psíquica em Portugal. Breve Referência à Lei brasileira de Reforma Psiquiátrica de 2001. **Revista da Esmal**, Alagoas, v. 1, n. 6, p.69-96, 01 nov. 2017.
- ANTUNES, Mitsuko Aparecida Makino. **Psicologia no Brasil: Leitura Histórica sobre sua Constituição**. São Paulo: Unimarco/Educ, 1999.
- ASSEMBLÉIA GERAL DA ONU. **Resolução nº 46/119, de 17 de dezembro de 1991**. A proteção das pessoas com doenças mentais e a melhoria da assistência à saúde mental. Brasília, DF.
- AVELAR, Thamara Ferreira Silva. **Para além do eixo sul-sudeste: o que o tribunal de justiça do maranhão tem a dizer sobre internação compulsória de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack e outras drogas ilícitas**. 2014. 88 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Direito) – Curso de Direito, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2014.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* O conceito de Vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.
- AZEVEDO, Américo Orlando; SOUZA, Tadeu de Paula. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 491-510, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312017000300491&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 mar. 2020
- BARROSO, Luís Roberto. **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo**. A Construção de um Conceito Jurídico à Luz da Jurisprudência Mundial. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2012.
- BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **Revista de Direito do Estado**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.23-32, 25 abr. 2012. Disponível

em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/article/view/7433/5388>. Acesso em: 14 mar. 2020.

BARTOLOMEI, Josiara Rabello; REZENDE, Laura. Judicialização da saúde e internações compulsórias de jovens usuários de drogas – um estudo em Espírito Santo do Pinhal/ SP. **Revista de Direito Sanitário**, v. 18, n. 2, p. 92-111, out. 2017.

BASAGLIA, F. Carta de Nova York: o doente artificial. In: AMARANTE, P. (org.). **Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 151-160.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015. p. 41-72.

BOITEUX, Luciana. Liberdades individuais, direitos humanos e a internação forçada em massa de usuários de drogas. **Revista Brasileira de Estudos Constitucionais**, Belo Horizonte, v. 7, n. 25, p. 53-80, jan./abr. 2013.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. Minas Gerais: Puc Minas, 2004.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 17 mar. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: CONASS, 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF. 1988a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 17 mar. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903**. Reorganiza a Assistência a Alienados. Brasília, DF. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em: 17 mar. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 24.559/1934**. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559.htm. Acesso em: 17 mar. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 780, de 28 de abril de 1936**. Cria a comissão permanente de fiscalização de entorpecentes. Brasília, DF. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-780-28-abril-1936-472250-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 17 mar. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 891, de 25 de novembro de 1938**. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/del0891.htm. Acesso em: 17 mar. 2020.

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Código Penal. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 17 mar. 2020.

BRASIL. **Decreto-lei nº 3.114, de 13 de março de 1941.** Dispõe sobre a fiscalização de entorpecentes. Brasília, DF. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3114-13-marco-1941-413056-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 17 mar. 2020.

BRASIL. **Decreto-lei nº 385, de 26 de dezembro de 1968.** Dá nova redação ao artigo 281 do Código Penal. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0385.htm. Acesso em: 17 mar. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Brasília, DF. 2001a. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 17 mar. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 17 mar. 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em: 17 mar. 2020.

BRASIL. **Lei nº 3.657/89, de 24 de julho de 1989.** A presente lei estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental. Lei Paulo Delgado. Brasília, DF. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em: 17 mar. 2020.

BRASIL. **Lei nº 4.451, de 4 de novembro de 1964.** Altera a redação do artigo 281 do Código Penal. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1950-1969/L4451.htm. Acesso em: 17 mar. 2020.

BRASIL. **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. Lei Orgânica de Saúde. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 17 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental:** relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**: Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União 20 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Diário Oficial da União, 23 dez. 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. *In*: MOTA, Ana Elizabete (org.). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BRITTO, Renata Corrêa. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01**. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. 2004. 210 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 1, p.611-614, 01 abr. 2020. Bimestral. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2020.

CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de; Amarante Paulo. Forças, diferença e loucura: pensando para além do princípio da clínica. *In*: Amarante, Paulo (org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

CARVALHO, Amilton Bueno de. **Magistratura e Direito alternativo**. 6a ed. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2003.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). Comissão de Saúde Mental. **Assistência Psiquiátrica no Brasil**: setores público e privado. Saúde em Debate, 1980.

CÉZAR, Michelle; COELHO, Mayara. As experiências de reforma psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro: uma revisão de literatura. **Mental**, Barbacena, v. 11, n. 20, p. 134-151, jan./jun. 2017.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Protocolo Adicional à Convenção Americana Sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais** ("Protocolo de São Salvador"). 1988. Disponível em: http://www.cidh.org/basicos/portugues/e.protocolo_de_san_salvador.htm. Acesso em: 17 mar. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2057, de 12 de novembro de 2013**. Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria. Brasília, DF.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Hospitais psiquiátricos no Brasil**: relatório de inspeção nacional. 2. ed. Brasil: Conselho Federal de Psicologia, 2020. Disponível em: <https://mnpctbrasil.files.wordpress.com/2020/03/relatc393rio-nacional-hp-versc3a3o-revisada.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas**. 1. ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. **Relatório sobre as Inspeções nos Hospitais Psiquiátricos**. Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira. João Pessoa, 29 out. 2019. Disponível em: https://mnpctbrasil.files.wordpress.com/2020/03/pb-joc383o-pessoa_hp-colc3b4nia-juliano-moreira.pdf. Acesso em: 14 mar. 2020.

CORREIA JUNIOR, Rubens; VENTURA, Carla Aparecida Arena. A internações involuntárias de drogodependentes frente à legislação brasileira – uma análise em relação ao contexto histórico do tratamento de dependentes e as políticas higienistas e de profilaxia social. **Revista de Direitos Fundamentais e Democracia**, Curitiba, p.250-280, 01 jun. 2013. Semestral.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e Impasses na Garantia dos Direitos Humanos das Pessoas com Transtornos Mentais Autoras de Delito**. 2007. 174 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas) – Curso de Direito, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Por uma pedagogia da loucura**: experiências de assessoria jurídica popular universitária no contexto da Reforma Psiquiátrica. 2018. 383 f. Tese (Doutorado) – Curso de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; REQUIÃO, Maurício; MARTINS, Laércio. À beira do abismo e ao encontro do absurdo: Considerações sociojurídicas sobre a nota técnica n. 11/2019 do Ministério da Saúde. **Furb Revista Jurídica**, Santa Catarina, v. 50, n. 23, p.1-23, 18 mar. 2020. Semestral.

DELGADO, Paulo. *et al.* Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, Marcelo Feijó de; MELLO, Andrea de Abreu Feijó de; KOHN, Robert. (org.). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83.

DESLANDES, Suely Ferreira. A construção do projeto de pesquisa. In: DESLANDES, Suely Ferreira; CRUZ NETO, Otávio; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 17.ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

DIDIER JÚNIOR, Fredie. **Curso de Direito Processual Civil**. 12 ed. Salvador: Editora JusPodivm, 2019.

FISCALIZAÇÃO constata irregularidades graves no Hospital Juliano Moreira. **Portal Correio**, João Pessoa, 4 dez. 2019. Disponível em: <https://portalcorreio.com.br/irregularidades-graves-juliano-moreira/>. Acesso em: 14 mar. 2020.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. Da institucionalização da loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia**, Recife, v.1 n.18, 2012.

FORTES, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, Recife, v.10, p.321-330, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000600009>. Acesso em: 17 mar. 2020.

FOUCAULT, Michel. A evolução da noção de 'indivíduo perigoso' na Psiquiatria Legal do século XIX (1978). In: MOTTA, M. B. da (org.). **Ética, Sexualidade, Política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 2014.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. 3.ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2008

GIOSTRI, Hildegard Taggesell. Sobre o consentimento informado: sua história, seu valor. **Jornal Vascular Brasileiro**, v.2, n.3. p. 267-270. Disponível em: <http://www.jvascbr.com.br/03-02-03/simposio/03-02-03-267.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2020.

GONÇALVES, Marcus Vinícius Rios. **Direito Processual Civil Esquemático**. São Paulo: Saraiva, 2019.

GRECO FILHO, Vicente. **Tóxicos: prevenção, repressão**. 13. ed. São Paulo, Saraiva, 2009.

GRINOVER, Ada Pellegrini; FERNANDES, Antonio Scarance; GOMES FILHO, Antônio Magalhães. **As nulidades no processo penal**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Rio de Janeiro: Ipea, 2017. (Nota Técnica, n. 21).

LEVY, Clarissa; FERRAZ, Thaís. “Nem cadeia tem isso”: Clínica antidrogas tinha solitária, trabalho forçado e ameaças. **The Intercept Brasil**, [s.l.], 10 mar. 2019. Disponível em: <https://theintercept.com/2019/03/10/tratamento-drogas-governo/>. Acesso em: 13 mar. 2020.

LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; CORREIA, Ludmila Cerqueira. Sofrimento mental e os desafios do direito à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 12, n. 3, p. 139-160, 6 mar. 2013.

MANIFESTO DE BAURU. Bauru, 1987. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 2011. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf. Acesso em: 14 mar. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conheça a RAPS: Rede de Atenção Psicossocial**. 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf. Acesso em: 01 mar. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2048, de 03 de setembro de 2009.** Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html. Acesso em: 17 mar. 2020.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Norma Regulamentadora nº 32, de 11 de novembro de 2005.** Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Norma Regulamentadora. Brasília, DF, 2005.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Portaria nº 485.** NR 32: Segurança E Saúde No Trabalho Em Serviços De Saúde. Diário Oficial da União, 16/11/2005. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/legislacao/NR-32.pdf>. Acesso: 14 mar. 2020.

MUSSE, Luciana Barbosa. **Novos sujeitos de direito.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

O QUE MUDA com a lei sobre drogas que o Senado correu para aprovar? **Portal G1**, [s.l.], 16 maio 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/16/o-que-muda-com-a-lei-sobre-drogas-que-o-senado-correu-para-aprovar.ghtml>. Acesso em: 14 mar. 2020.

OLIVEIRA, Maria Helena Barros de; COELHO, Isabel. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.38, p.359-367, 01 abr. 2014. Mensal. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2014.v38n101/359-367/>. Acesso em: 17 mar. 2020.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. **Infosaúde:** Portal de informações em saúde do estado da Paraíba. João Pessoa, [201-]. Disponível em: <http://portal.saude.pb.gov.br/infosaude/iframeR.php>. Acesso em: 14 mar. 2020.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório do monitoramento dos serviços da rede de atenção psicossocial (RAPS) da Paraíba em 2018.2.** João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, 2020. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/relatorio-do-monitoramento-da-rede-de-atencao-psicossocial-na-paraiba-2018-2.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2020.

PÊCEGO, Antônio José *et al.* Crack: internação compulsória e cidadania. **Revista da Ajuris**, São Paulo, p.74-77, 1 jun. 2013. Mensal.

PINHEIRO, Gustavo Henrique de Aguiar. **O devido processo legal de internação psiquiátrica involuntária na ordem jurídica constitucional brasileira.** 2011. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/20292/o-devido-processo-legal-de-internacao-psiquiatricainvoluntaria-na-ordem-juridica-constitucional-brasileira>. Acesso em: 20 fev. 2020.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura:** Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

PREFEITURA de SP pede à Justiça internação compulsória para centenas de usuários de crack. **Portal R7**, São Paulo, 23 maio 2017. Disponível em: <https://noticias.r7.com/sao-paulo/prefeitura-de-sp-pede-a-justica-internacao-compulsoria-para-centenas-de-usuarios-de-crack-19052019>. Acesso em: 9 fev. 2020.

QUEIROZ, Valéria Debórtoli de Carvalho. **Entre o passado e o presente: a prática profissional do Assistente Social no campo da saúde mental**. 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2009.

RATTON, Helvécio. **Em nome da razão** [CD]. Belo Horizonte: Quimera filmes; 2009.

SANTOS, Gustavo Augusto dos; QUEIROZ, Isabela Saraiva. Internação Psiquiátrica Compulsória de usuários abusivos de drogas: uma falência ao SUS e um desuso da Política de Redução de Danos. **Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG**, v. 4, n.1, p. 59–69, 2016.

SANTOS, Jurandir José dos. **Internação compulsória sob a perspectiva do princípio da dignidade da pessoa humana**. 2015. 156 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Direito, Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Direito, Centro Universitário de Bauru, Bauru, 2015.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. **Comunidades Terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil**. 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9444/1/Comunidades.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2020.

SANTOS, Rafa. Decisão do TRF-4 sobre juíza “copia e cola” pode levar à anulação de sentença de Lula; defesa alega que ela condenou em nome de Moro. **Portal Viomundo**, [s.l.], 14 nov. 2019. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/politica/decisao-do-trf-4-sobre-juiza-copia-e-cola-pode-levar-a-anulacao-de-sentenca-de-lula-defesa-alega-que-ela-condenou-em-nome-de-moro.html>. Acesso em: 4 mar. 2020.

SARACENO, Benedetto; ASIOLI, Fabrizio; TOGNONI, Gianni. **Manual de Saúde Mental: guia básico para atenção primária**. São Paulo: Hucitec; 1994.

SARRES, Carolina. Congresso internacional condena mudança na Lei Antidrogas. **Portal EBC**, Brasília, 3 maio 2013. Disponível em: <http://www.ebc.com.br/noticias/politica/2013/05/congresso-condena-mudanca-na-lei-antidrogas>. Acesso em: 29 jan. 2020.

SILVA, Alyne Alvarez. **Concretização judicial de direitos fundamentais da pessoa portadora de transtorno mental**. 2014. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/26307/concretizacao-judicial-de-direitos-fundamentais-da-pessoaaportadora-de-transtorno-mental>. Acesso em: 05 mar. 2020.

SILVA, Alyne Alvarez. **Das vidas que não (se) contam: dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará**. 345 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Curso de Pós-graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

SILVA, Janaina Lima Penalva da. **O direito fundamental à singularidade do portador de sofrimento mental: uma análise da lei 10.216/01 à luz do princípio da integridade do direito**. 2007. 146 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

SILVA, José; CALDEIRA, Antônio. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p.1187-1193, jun. 2010.

VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.77-100, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103733120100001000006&script=sci_arttext. Acesso em: 05 mar 2020.

ZIMMER, Fernanda. **Internação compulsória**: uma nova porta de entrada legal para o asilo. uma nova porta de entrada legal para o asilo. 2011. 98 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

APÊNDICE A – Formulário de Coleta



**Pesquisa: “Internações involuntárias e compulsórias no Complexo Psiquiátrico
Juliano Moreira: qual o papel do Sistema de Justiça da Paraíba?”**

FORMULÁRIO

A – Identificação

Sexo: M () F () SI ()

Cor ou Raça/etnia: Branca () Parda () Preta () Amarela () Indígena SI ()

Data de nascimento: _____ SI ()

Município de origem: _____

Local da internação: Sanatório Clifford () Juliano Moreira () Inocêncio Poggi () SI ()

Data da internação: _____ Data da última alta: _____

Tempo da última internação: _____

Já teve outras internações psiquiátricas? Sim () Não () SI ()

Diagnóstico para a doença, transtorno ou deficiência mental da última internação:

_____ SI ()

CID da doença, transtorno ou deficiência mental da última internação: _____ SI ()

B – Informações sobre o encaminhamento pelos órgãos do Sistema de Justiça

Data de preenchimento: _____

Pessoa que preencheu: _____

APÊNDICE B – Termo de Anuência da Pesquisa no CPJM



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS – CEFOR PB

COMPLEXO PSIQUIÁTRICO JULIANO MOREIRA
NÚCLEO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS ESPECIAIS

TERMO DE ANUÊNCIA

Vimos por meio deste termo, informar que a pesquisa a ser realizada pelo Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania da Universidade Federal da Paraíba (LouCid/UFPB) sobre a supervisão da Professora Ludmila Cerqueira Correia no que se refere: “As motivações das internações compulsórias determinadas/encaminhadas por órgãos do Sistema de Justiça na Paraíba, de julho de 2015 a julho de 2018”, está autorizada a ser realizada neste Complexo.

Comunicamos que, antes da realização da pesquisa, o grupo deverá apresentar-se a instituição e agendar a coleta de dados junto ao NAEE (Núcleo de Ações Estratégicas Especiais)

Sem mais, agradecemos antecipadamente.

João Pessoa, 04 de maio de 2018

Ana Karina de Almeida Soares
Núcleo de Ações Estratégicas
Especiais - NAEE
Complexo Psiquiátrico
Juliano Moreira

Ana Karina de Almeida Soares
Chefe de Núcleo de Ações
Estratégicas Especiais do Complexo
Psiquiátrico Juliano Moreira
Mat.: 182726-0