



Universidade de Brasília (UnB)
Faculdade de Ceilândia (FCE)
Bacharelado em Saúde Coletiva

Miquéias Wallisom Rodrigues Melo

Internação compulsória de dependentes químicos: dilemas entre o direito individual e a política pública de saúde

Ceilândia – DF, 2016

MIQUÉIAS WALLISOM RODRIGUES MELO

Internação compulsória de dependentes químicos: dilemas entre o direito individual e a política pública de saúde

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Silvia Badim Marques

Ceilândia/DF

2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Jeová por minha vida, por tudo que Ele vem permitindo acontecer ao longo dela, e por estar comigo em todos os momentos.

À minha família, em especial à Espedita, que nunca mediu esforços para que eu chegasse até aqui, heroína, minha fonte de inspiração, meu exemplo, minha mãe.

Muito obrigado à minha namorada Maryelle, pessoa com quem amo partilhar a vida, pela ajuda, apoio moral e incentivo para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus companheiros de graduação, Romário, Rafael, Antônio, Raísa, Roberta, Letícia e Gilca, por tornarem mais leve essa caminhada.

A todos aqueles que estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

Às professoras Olga Maria e Inez Montagner, pois posso dizer que sem vocês, a minha formação, inclusive pessoal, não teria sido a mesma.

À minha orientadora Silvia Badim pela disponibilidade, pelas correções, por todo o suporte nesse período de orientação.

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil trouxe mudanças profundas na legislação e nas políticas públicas acerca dos tratamentos em saúde mental. Em sua maioria prezaram pelo princípio da Autonomia, expresso na Constituição Federal de 1988, visando respeitar a escolha dos pacientes sobre aderir ou não a tratamentos de saúde. Mas um dos dispositivos de tratamento, a internação compulsória, realizada pela via judicial, foi mantida. Essa modalidade retira a autonomia, visto que é um tratamento forçado. O objetivo principal desse estudo foi através de análise documental do banco de dados da Defensoria Pública do DF sobre os casos de internação compulsória, levantar a política de Saúde Mental e a Rede de atendimento à saúde mental no DF, analisar os dilemas entre direito individual, a internação compulsória, e a política estabelecida, procurando descrever, oferecer informações sobre a validade e eficácia dessa modalidade de internação que segundo a Política de Saúde Mental, deveria reduzir gradativamente ao longo tempo, e no quadro atual de fragilidade e ineficácia em que se encontra a Rede de Saúde Mental do Distrito Federal, os pedidos se multiplicam no Núcleo de Saúde da Defensoria Pública.

Palavras-chave: Saúde mental; Política Pública; Autonomia.

ABSTRACT

The Psychiatric Reform in Brazil has brought profound changes in legislation and public policy on mental health care. Most of them cherish the principle of Autonomy, expressed in the Federal Constitution of 1988, in order to respect the choice of patients about accept or not health treatments. But one of the treatment devices, the compulsory hospitalization, carried out by the judicial process, was maintained. This modality removes autonomy, since it is a forced treatment. The main objective of this study was through documentary analysis of the database of the Public Defender of the DF on the cases of compulsory hospitalization, where a considerable number of patients benefited from the respective treatment were found, to raise Mental Health policy and the Mental Health Care Network in Df, to analyze the dilemmas between individual rights, compulsory hospitalization and the established policy, trying to describe, offer information about the validity and effectiveness of this modality of hospitalization that according to Mental Health Policy, should gradually reduce over time, and in the current frame of fragility and inefficiency in which the Mental Health Network of the Federal District is located, the requests are multiplied in the Health Center of the Public Defender's Office.

Key-Words: Mental Health; Public Policy; Autonomy.

SUMÁRIO

1. Introdução	7
2. Objetivo	12
2.1 Objetivo geral.....	12
2.2 Objetivos específicos.....	12
3. Justificativa	13
4. Referencial teórico	14
4.1 Direito à saúde	14
4.2 Judicialização da saúde	19
5. Metodologia	22
6. Resultados e Discussão	23
6.1 Rede de saúde mental do DF	26
6.2 Papel do Sanitarista	27
7. Considerações finais	29
Referências	31
Anexos	35

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 incluiu o direito à saúde no rol dos direitos sociais, para todos os cidadãos brasileiros, através de políticas públicas e prestação de serviços que incluem não apenas assistência, mas prevenção e promoção da saúde (MARTINS, 2013).

Ao estabelecer isso, no seu artigo 196, quando definiu saúde como “direito de todos e dever do Estado”, enfatizou o entendimento de que pode haver uma atuação do judiciário para garantir saúde (CF88. Artigo 196). Pode-se entender o Direito Sanitário como um campo jurídico, ou um conjunto de normas jurídicas criadas para a proteção do direito à saúde. Na Constituição Federal, destaque para o art. 6º e os arts. 196 a 200. Mas o conjunto normativo é amplo, pois engloba leis tais como, 6.360, de 1976, 6.437, de 1977, 6.259, de 1975, 8.080 e 8.142, de 1990, 9.782 de 1999 etc. (AITH, O DIREITO ACHADO NA RUA).

O papel do Direito Sanitário é acompanhar, medir e regular questões relacionadas com a saúde da população. Seu sentido social é contribuir para a correta organização das ações e serviços de saúde existentes na sociedade (AITH, O DIREITO ACHADO NA RUA).

A Lei 8080/90 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. De acordo com essa Lei, o SUS é formado por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais. As diretrizes do SUS, conforme o artigo 198 da CF, são: descentralização, atendimento integral com prioridade à prevenção e a participação popular, que devem ser construídas através de redes de atenção (BRASIL, 1990).

Delduque et al. Definem que o SUS é “a mais importante política pública para a garantia do direito fundamental social à saúde. Estando descrita em sede constitucional e complementada por leis federais, tem sua perenidade garantida apesar dos governos e do transcurso do tempo” (DELDUQUE, Maria; MARQUES, Silvia; CIARLINI, Álvaro. Judicialização das Políticas de Saúde no Brasil. Direito Sanitário em Perspectiva, p. 185).

Anterior à criação desse Sistema, o direito à saúde no Brasil se dava de forma mais seletiva. A prioridade era daqueles que contribuía com a previdência.

Havia prevenção e promoção da saúde, mas não como um direito. A saúde assistencial era inserida na Previdência social, entendendo-se saúde como direito do trabalhador, e não de toda a sociedade.

Essa “cultura biomédica é baseada apenas no curativo, com fundamento dominante na biologia, subordinando as ciências humanas, fazendo com que o discurso do portador de conhecimento técnico científico sobre o corpo humano seja impositivo, hierárquico, pois o paciente não tem o domínio técnico necessário para conversar ao mesmo nível do médico” (Lefèvre, Fernando, Ana Maria. Direito Sanitário em Perspectiva, pág 45). Essa cultura foi amplamente modificada de duas maneiras. Primeiro com a Constituição Federal de 1988 que ampliou o significado de direito à saúde, expandindo-o à todos, de maneira integral e incluindo prevenção e promoção da saúde como garantias, aproximando a Constituição Federal do Brasil do conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), que define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Assim, a saúde do ponto de vista biomédico, apenas a saúde dos órgãos já não é mais suficiente. Passa a ser necessário que o indivíduo esteja bem no ambiente em que vive, há uma relação entre o indivíduo e as condições do meio em que ele habita. Segundo, com os determinantes sociais, como moradia, alimentação, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso à bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Dessa forma, garantir saúde à população se tornou um desafio bem mais complexo, visto que o direito à saúde foi expandido e o conceito foi ampliado, não sendo mais, simplesmente ausência de doença. E, como determinado pela CF, cabe ao Estado, através de políticas e prestação de serviços públicos, garantir esse direito a toda coletividade, de acordo com todas as especificidades e necessidades da população.

Há no Brasil um aumento constante de prestações de saúde solicitadas em juízo, das mais diversas, com destaque para medicamentos e leitos de UTI. (DELDUQUE, et. al. Direito Sanitário em Perspectiva, p. 185). Mas existe solicitação para outro tipo de internação além da UTI, que é a solicitação em foco nessa pesquisa, a internação psiquiátrica compulsória. Fortes (2010) a define dessa forma:

“...prevista na Lei 10.216, artigo 4º e parágrafo primeiro, aquela efetuada por determinação da autoridade judicial, quando o portador de transtorno mental oferece risco para si, para

sua família ou para a sociedade, levando-se em conta as condições de segurança do paciente, dos demais internados e funcionários, por ser uma medida judicial, não podem ser legalmente questionados, embora sobre a ótica técnica e ético-moral, mereçam discussões profundas”.

A autora ainda frisa que essa mesma lei exige que a pessoa fique o menor tempo possível internada, que o tratamento seja humanizado, digno, em estabelecimentos apropriados, com retorno à família e à sociedade (FORTES, 2010).

A mesma lei traz outros dois tipos de internação psiquiátrica: internação voluntária e involuntária. A primeira é feita com a permissão, aprovação do usuário. A internação involuntária não possui a condescendência do paciente, sendo feita a partir de pedido de outra pessoa (BRASIL, 2001).

Essas modificações surgiram com a Reforma Psiquiátrica, que teve como objetivo questionar o modo de atuação dos hospitais psiquiátricos, à égide dos direitos civis e humanos, da dignidade e do direito à vida social, e a partir disso criar uma rede de serviços extra-hospitalares. Outro aspecto importante da reforma psiquiátrica é fazer com que a terapia não seja em busca apenas da cura da loucura, mas que se essa não pode ser curada, ganhe sentido, espaço na sociedade, algum tipo de produtividade (HIRDES, 2009).

Senão, apenas estariam modificando os espaços, retirando os portadores de sofrimento mental do manicômio e colocando em outros locais onde a realidade cruel, violenta, permaneceria. Por isso a reforma psiquiátrica é tão profunda, pois vem para modificar não só os locais de atenção à saúde mental, mas como esses atuam. Os usuários de álcool e outras drogas (ébrio habitual e viciado em tóxicos) são definidos no Art. 4º do Código Civil brasileiro como pessoas de “discernimento reduzido”, a tal ponto de, por vezes, não terem a capacidade de decidir sobre qualquer tipo de tratamento de saúde. Devido à essa incapacidade civil de expor suas vontades a respeito de sua vida, o consentimento pode ser dado por pessoas próximas ou representantes legais (Aith, 2007, p.258).

No Distrito Federal essas pessoas próximas e representantes legais dos usuários de álcool e drogas estão frequentando cada vez mais a Defensoria Pública em busca de internação compulsória para os dependentes. Isso causa estranheza pois a internação compulsória deve ser a última alternativa de tratamento para essas pessoas, objetivando que seja o tratamento escolhido como exceção, não como regra, fazendo com que seu número reduza gradativamente.

Todos os portadores de transtorno mental têm direito à tratamento de saúde, inclusive, conforme a Lei nº 10.216/2001, no Art. 2º, parágrafo único, inciso I, têm direito “ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades” (BRASIL, 2001), mas seria a internação compulsória um direito garantido face a reforma psiquiátrica em curso no Brasil?

Para obter auxílio do sistema judiciário na questão da internação compulsória e em outras, o cidadão procura instituições jurídicas, sendo uma dessas, a Defensoria Pública.

Segundo Asensi, a Defensoria Pública possibilita o acesso de pessoas de baixa renda aos seus direitos, prestando serviços de assistência gratuitos de forma integral.

No Distrito Federal, a postura que a Defensoria adota como primeiro passo é aproximar o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Se ele não procurou o SUS para a solução do seu problema de saúde antes de ir à Defensoria, esse será o primeiro encaminhamento. Assim, chegando uma pessoa para atendimento de saúde mental, se ela nunca buscou tratamento na Rede Pública de Saúde, será encaminhada, provavelmente para um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência (Disponível em: <http://www.defensoria.df.gov.br/?page_id=2376#> Acesso em: 18 de novembro de 2015).

Além disso, outra particularidade na atuação da Defensoria nos casos de saúde mental é que a indicação de tratamento deve ser feita por profissional do SUS. Por isso, aquele indivíduo encaminhado para o CAPS deve retornar à Defensoria apenas se um profissional de saúde, um médico, psiquiatra, emitir um laudo detalhado sobre as condições de saúde do portador de doença mental e indicar a internação compulsória como tratamento (Disponível em: <http://www.defensoria.df.gov.br/?page_id=2376#> Acesso em: 18 de novembro de 2015).

Esse órgão, no seu núcleo de saúde no DF, é responsável por emitir diariamente, entre outras coisas, vários pedidos de internação compulsória para portadores de transtornos mentais, devido a doenças mentais e/ou uso de álcool e outras drogas.

Mas surge uma discussão, com base em direitos humanos, que questiona a internação compulsória, argumentando sobre a autonomia do sujeito, ou

seja, a sua liberdade nas tomadas de decisão, sua independência. A internação que está sendo objeto de discussão aqui, é justamente o contrário disso, pois se é compulsória, logo, é forçada, não é escolha, é sentença (FORTES, 2010, p. 327). E contradiz as diretrizes da política pública.

Manifesta-se o primeiro dilema, o direito à liberdade do indivíduo, expresso na CF/88 Art. 5º inciso II, que nesse caso específico da área de saúde mental, raramente deseja algum tipo de tratamento. Sendo assim, é preciso se relativizar quais são as justificativas para a legalidade da internação compulsória, que ocorre sem o consentimento do usuário.

O segundo dilema presenciado se refere ao aumento dos pedidos de internação compulsória na Defensoria Pública do Distrito Federal, por duas razões. A primeira razão é o momento em que a internação é recomendada, segundo a Lei nº 10.216/2001 art. 4º, “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001).

A segunda razão, vinculada à primeira, se refere à atuação da Defensoria Pública, pois se a instituição procura meios de tratamento extra-hospitalar, como versa a lei, a tendência deveria ser de maior resolutividade dessa primeira busca de tratamento, e conseqüente diminuição de pedidos de internação compulsória.

A análise feita nesse trabalho tem por objetivo analisar os casos atendidos em saúde mental por parte da Defensoria Pública, quando é procurada por pessoas ou familiares que buscam o cuidado com a saúde mental de usuários de álcool e drogas, sempre comparado com o que versa a política pública de saúde mental. A partir disso será discutida a questão do dilema entre direito do indivíduo, o tratamento compulsório e a situação da política em curso no DF.

2. Objetivo

2.1 Objetivo geral

Analisar os casos atendidos pela Defensoria Pública do Distrito Federal no período de janeiro a junho de 2014, que deram ensejo à ações judiciais solicitando internação compulsória no DF, relacionando-os com a análise da Política de Saúde Mental e com os serviços de saúde mental nessa unidade da federação.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Analisar o banco de dados da Defensoria Pública do DF sobre os casos de internação compulsória atendidos no período, e que ensejaram ações judiciais.
- b) Apontar a relação entre esses dados e o que versa a Política de Saúde Mental.
- c) Analisar o dilema entre direito individual, a internação compulsória e a política estabelecida.

3. Justificativa

A lei 10.216/01 estabeleceu grandes alterações no modelo assistencial em saúde mental e ampliou os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. O artigo 3º da Lei versa que todo o desenvolvimento da política, a assistência e a promoção de ações de saúde, será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. Portanto, para plena execução da política é necessário que o poder público disponibilize recursos humanos e financeiros para o estabelecimento dessas instituições, visto que sem as mesmas não há assistência e garantia de direitos dessas pessoas.

Por esse motivo é necessário analisar se a Rede de Atenção em Saúde Mental do Distrito Federal logrou êxito na construção dessas instituições desde 2001, e está assim atendendo as necessidades de saúde das pessoas portadoras de transtornos mentais, garantindo seus direitos (BRASIL, 1990).

Entende-se que com essa Política estabelecida de forma sólida, deva ocorrer uma redução gradual dos casos de internação compulsória, visto que os dispositivos anteriores à essa seriam suficientes para o tratamento, sendo a internação a última alternativa, como estabelece o artigo 4º da lei já referida.

Como a Rede SUS DF não possui instituições capacitadas para realizar internações compulsórias, essas, quando aprovadas, são realizadas em instituições privadas com repasse financeiro do governo, o que inclusive é bastante oneroso para o Sistema de Saúde. Dessa forma, amplia-se a necessidade de reduzir essas internações nessa unidade da federação.

Durante estágio supervisionado da Saúde Coletiva na Defensoria Pública do Distrito Federal, após levantamento de dados, identificou-se que os pedidos de internação compulsória aumentam gradativamente. Portanto, é papel da Saúde Coletiva entender qual é, e em que nível está a instabilidade na Política que faz com que a redução do regime compulsório de internação não aconteça no Distrito Federal.

4. Referencial teórico

4.1 Direito à saúde

“A saúde sempre foi motivo de preocupação para as populações em todo o mundo, mas foi após a Segunda Guerra Mundial que de fato passaram a criar normas jurídicas para proteção do direito à saúde. No Brasil isso aconteceu com a promulgação da Constituição da República de 1988, pois a partir daí foi que se obteve a consolidação da saúde como direito humano fundamental, direito de todos e dever do Estado. Com isso, o ramo do Direito Sanitário cresceu tanto no Brasil que hoje existe uma sólida rede de normas voltada somente para se tratar de saúde no âmbito jurídico” (AITH, Direito Achado na Rua, p. 65).

Não podemos deixar de lembrar que essa ideia de Direito à Saúde é gerada na 8ª Conferência Nacional de Saúde e desenvolvida, concretizada, na Constituição Federal de 1988, quando no art. 196 definiu saúde como “direito de todos e dever do Estado”. A CF/1988 também “ampliou o conceito de saúde e definiu princípios que garantissem esse direito, como a dignidade da pessoa humana, o bem-estar, a qualidade de vida e o exercício da cidadania”. (MIRANDA, A; LACERDA, R, 2009).

Para que esse novo conceito pudesse ser colocado em prática, houve produção de normas jurídicas de proteção do direito à saúde. É importante se embasar pelo Direito pois esse é, “teoricamente, um instrumento formal da manifestação do Poder popular”. Ou seja, o Direito traduz formalmente valores que a sociedade respeita. Assim, ir contra o Direito é ir contra a vontade popular. O Direito Sanitário é uma parte do Direito que trata especificamente da saúde, mas se harmoniza com todo o ordenamento jurídico nacional, objetivando defender valores da sociedade, tais como a correta prestação de ações e de serviços de saúde. (Aith, O Direito Achado na Rua).

Mas é importante lembrar daqueles que passaram cerca de vinte anos marginalizados, sendo maltratados em manicômios. Aqueles que sempre foram estigmatizados, será que agora também conseguiram garantir na Constituição direito à formas de tratamento digno de sua saúde? “Desde 2001, a Lei Federal n. 10.216 dá direito aos portadores de sofrimento mental serem tratados com respeito, com igualdade. Excluindo tudo que tenha relação com violência, e primando por tudo que preserve a integridade e a liberdade desse sujeitos. E a partir de modificações legislativas como essas, houve a implantação de políticas públicas, houve mudança nos locais de tratamento e nos modos de cuidado tanto para esses com sofrimento mental, quanto para os dependentes químicos” (PENALVA, Direito Achado na Rua, p. 179).

Após essa ampliação da atuação do Direito na saúde, as mudanças a serem feitas na área da Saúde Mental eram muito complexas e desafiadoras, Barros e Salles (2011) enumeram algumas delas:

...qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar, incluir as ações da saúde mental na atenção básica; implementar uma política de atenção integral voltada a usuários de álcool e outras drogas e garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superar o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário).

No período anterior à essa grande Reforma Psiquiátrica, a doença mental no Brasil era sinônimo de perigo, de marginalidade. Os portadores desse tipo de agravo eram presos atrás dos muros dos manicômios e escondidos da sociedade. O que acontecia era exatamente o que afirmou Janaína Penalva (2009), que em determinados casos, "doença é um fator de exclusão social. Não só porque pode limitar o sujeito em algumas tarefas ou potencialidades, o que, conseqüentemente, o afasta ou restringe o acesso a certos momentos sociais, mas, sobretudo, porque, em alguns casos, a doença traz consigo a marca da diferença. Uma diferença que não encontra lugar, não recebe amparo e não é vista como parte do cenário social". (PENALVA, 2009).

De acordo com Marchewka (2009, p. 200), "a Reforma Sanitária no Brasil surgiu de um movimento social que reivindicava uma profunda mudança no modelo assistencial até então implantado no país". Este modelo, especificamente na área de saúde mental, tinha o hospital psiquiátrico como protagonista. Esse local não tinha

como valores o respeito aos direitos e à dignidade humana. É tanto que, Barros S, Egry EY¹, citados por Fortes HM (2010, p. S322), destacam que “A reforma da assistência psiquiátrica se dá em razão do crescente clamor social causado pelas recorrentes denúncias de violência e outras variadas formas de desrespeito aos Direitos Humanos, gerando uma consciência crescente acerca da importância de se lutar pela preservação do direito à singularidade, à subjetividade e à diferença”.

Essa questão da consciência de luta pelo direito tem um aspecto interessante na Reforma Sanitária, o fato de ela ter ganhado força através de um movimento social, ou seja, as mudanças foram demandadas da própria sociedade civil organizada, que obteve sucesso em modificar amplamente o modelo de assistência que vigorava até então (MARCHEWKA, 2009).

Esse Movimento Social conseguiu incluir suas demandas na Constituição Federal, conseguiu transformar sua luta em Direito, como afirmam Medeiros, S. M; Guimarães, J. (2002) "O direito de cidadania do doente mental deve ser o direito de receber assistência adequada, a garantia de participar da sociedade e de não ser pura e simplesmente jogado em depósitos" (Medeiros, S. M; Guimarães, J. 2002, p. 577).

Lobosque (2011) confirma essas afirmações quando diz que "no caso da saúde mental, pode-se afirmar que a Constituição brasileira contém vários dispositivos que orientam a formulação e a implementação da política destinada à prestação de ações e serviços para sua garantia". Percebe-se que o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi bem-sucedido em incluir suas demandas na Carta Magna, devido à participação popular na formulação das políticas (LOBOSQUE, 2011).

Na maioria das vezes, os portadores de transtornos mentais não querem exercer esse direito, ou seja, não querem ser tratados. Acontece que para tomar decisões, fazer escolhas, no caso aqui, sobre se submeter a um tratamento de saúde, é preciso, segundo Fortes, que a pessoa entenda “sua doença e as consequências dela e, entre outras coisas, os riscos e benefícios dos tratamentos disponíveis”. Para isso, é necessário que a pessoa tenha aptidão intelectual (FORTES, 2010, p. 327).

É sensato afirmar que um portador de transtorno mental dificilmente perceberá que é um risco para si mesmo, para a sua família e para a comunidade em que vive. Portanto, se faz necessário um profissional apto, geralmente um psiquiatra, ou um familiar mais próximo que testemunhando as condições de risco em que a

pessoa se encontra e visando o benefício à saúde dessa pessoa, opte por interná-la compulsoriamente, mesmo que no momento ela não consiga, devido à incapacidade mental, perceber os benefícios disso. (Aith, 2007, p.258).

Não há sentido em se defender a autonomia de um ser humano que devido à uma doença mental e/ou abuso de álcool e drogas, se torna agressivo, rouba os bens da própria casa para vender e sustentar o vício e até mesmo escolhe dormir e viver na rua enquanto tem um lar. Se esse indivíduo não tem mais noção do que é melhor para si, não pode se permitir que ele se autogoverne, pois, essa autonomia gera riscos.

Guareschi e Reis afirmam que apesar de problemas como violência ou uso de drogas na adolescência serem antigos, a criminalidade relacionada à questão das drogas é um dos assuntos mais debatidos nos últimos dez anos, procurando sempre um consenso entre prevenção e repressão. Mas o que colabora de forma mais expressiva para essa relação entre adolescentes drogados e crime é, o descontrole emocional que a substância provoca e o fato de muitas vezes precisarem roubar para comprar mais drogas e sustentar o vício. Assim, os adolescentes usuários de drogas têm sido encarados como um grande problema social (GUARESCHI E REIS, 2016, p. 95).

“Esse problema social é por vezes entendido como resultado de doença mental e direcionado aos serviços de saúde, mas ao mesmo tempo se vê um discurso de criminalidade e violência que devem ser combatidas com disciplina e contenção”. Esse é um dilema da internação compulsória, saber se ela como alternativa encaixa-se no âmbito do cuidado em saúde para tratar doença ou na punição para tratar de crime (GUARESCHI E REIS, 2016, p. 96).

É importante destacar que a Lei Federal 10.216 foi indispensável para o redirecionamento do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil. Proposta em 1989 por Paulo Delgado, aprovada em 2001 com diversas modificações, fez com que se consolidasse toda uma política oficial do governo do país. Entre os destaques da Lei se encontram: a punição para internação involuntária desnecessária, a preferência por serviços de atenção primária em saúde e os direitos das pessoas com transtornos mentais (SZABZON, 2013).

A respeito das internações essa mesma Lei Federal delinea três modalidades. Voluntária é realizada com consentimento do usuário. Involuntária, sem

consentimento do usuário e a pedido de terceiro. Compulsória é determinada pela justiça.

A internação solicitada voluntariamente, deve conter assinatura da pessoa declarando que consentiu, escolheu este tratamento. E se encerra também por solicitação escrita do paciente submetido ao tratamento ou por determinação médica.

A segunda modalidade de internação somente é autorizada por médico registrado no Conselho Regional de Medicina e deve ser comunicada ao Ministério Público Estadual, devendo essa mesma comunicação ocorrer quando houver alta do tratamento. O encerramento ocorrerá por solicitação escrita do familiar ou responsável legal do pedido de internação, ou quando o especialista encarregado do tratamento estabelecer.

A internação compulsória é determinada por juiz de direito, considerando condições de segurança do estabelecimento, do paciente, dos outros internados e dos funcionários do local.

Entre as regras gerais para todas as internações destacam-se a indicação e a finalidade. Apenas quando todos os recursos extra-hospitalares forem incapazes, a internação será indicada. E a reinserção social do paciente sempre será o objetivo.

Em hipótese alguma a internação deve ser realizada em local desprovido de recursos de assistência integral como serviços médicos, assistência social, psicologia, terapia ocupacional, lazer, e outros.

Em contrapartida, existe um mecanismo encarado hoje pela sociedade como “centro de recuperação”, mas que não está incluso na política pública. Esse mecanismo é denominado de comunidade terapêutica. Essas comunidades são financiadas, geralmente por entidades religiosas e até pelo Estado. Primam pelo tratamento religioso, substituindo ou incrementando outras formas de tratamento, como a medicamentosa. As comunidades terapêuticas ganham força devido à falta de efetividade da política pública. Se caracterizam como instituições totais, conceito definido por Goffman, pois mantêm os internos no ambiente por 24 horas e geralmente são afastadas dos centros urbanos. É responsabilidade do Estado fiscalizar e avaliar essas entidades, mas principalmente investir na expansão e na estrutura dos serviços públicos de saúde mental (RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza, 2015).

Dispositivo relevante para essa expansão e fortalecimento da Rede de saúde mental é a residência terapêutica. Trata-se de uma casa para portadores de transtornos mentais, advindos de longo tempo de internação e que não possuem mais um lar ou família que auxilie na reinserção social. Mas o objetivo da residência terapêutica não é apenas de moradia. Envolve também resgate da autonomia dos usuários, pois a ideia é interferência mínima dos serviços e, socialização, visto que a residência não é apenas para um morador, mas para um grupo que irá trocar experiências, cruzar suas histórias e poder exercer novamente seus direitos (MATOS, Bruna Gusmão de; MOREIRA, Lilian Hortale de Oliveira, 2013).

O Direito Sanitário possui um Princípio do Consentimento ou da Autonomia, que estabelece a necessidade de o paciente de qualquer serviço de saúde, manifestar seu desejo, ou não, de receber um tratamento e cuidar de sua saúde. Quando o paciente não manifesta essa vontade, inicia-se um dilema. Pois a Carta Magna coloca que saúde é um dever do Estado. Assim, muitos juízes utilizam essa premissa para argumentar que nos casos de dependência química, quando não há mais possibilidade de tratamento voluntário, realizado a partir do consentimento do usuário, é válido sim um tratamento compulsório para proteger a saúde do indivíduo (MARTINS, 2013).

4.2 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

“A judicialização da saúde vem sendo entendida como um fenômeno que veio acompanhado da colocação da saúde como um direito social na Constituição. A partir disso, qualquer pessoa pode exigir prestações sanitárias na justiça, como medicamentos e internações por exemplo. Isso se torna mais intrigante porque quando o Judiciário recebe esses pedidos, ele é obrigado a respondê-los. À primeira vista isso parece benéfico, mas há um problema em se atender à todas as demandas individuais solicitadas em juízo” (DELDUQUE, Direito Sanitário em Perspectiva, p. 185).

Segundo Sonia Fleury, “a judicialização das políticas diz respeito ao uso do recurso judicial como forma de exigibilidade do direito, denegado na prática das instituições responsáveis” (Fleury, Saúde em debate. 2012).

Uma das funções primárias do Estado é satisfazer as necessidades humanas provendo segurança, justiça, bem-estar econômico e social. Para isso se utiliza da Constituição, que formaliza tudo que diz respeito a direitos, deveres, princípios e responsabilidades dos governantes e dos cidadãos. Acontece que entre o que versa a Constituição e os meios disponibilizados para que ela seja colocada em prática, há uma lacuna. Por isso o Estado precisa se utilizar de seus próprios órgãos e poderes para assegurar esses direitos, inclusive o que está em foco aqui, que é o direito à saúde. Isso denomina-se judicialização (OLIVEIRA et al, 2016).

Delduque e Castro (2015), definem judicialização como:

“o conflito entre as necessidades individuais e coletivas que permeiam a garantia de um direito complexo, como o direito à saúde”.

Acontece que esse tema de judicialização ainda está em desenvolvimento, crescendo aos poucos dentro das graduações e pós-graduações pelo Brasil (OLIVEIRA et al, 2016). Sendo necessário mais do que conceituar, entender o que acontece quando se judicializa o direito à saúde.

Quando a decisão é favorável para o indivíduo, o Estado é obrigado a atender aquele pedido. Mas, acontece que existem as políticas públicas, elaboradas para contemplar toda uma população (DELDUQUE, Direito Sanitário em Perspectiva, p. 185). Essa unidade da federação não possui instituições públicas com capacidade para realizar esse tipo de internação, todas são realizadas em clínicas privadas com apoio do governo. Assim, se a pessoa procura a Defensoria Pública munida de um laudo médico detalhado explicando as condições necessárias para uma internação compulsória e a DP der prosseguimento ao pedido, ele vai chegar no juiz. Ao juiz aprovar a solicitação, o gestor da saúde terá de deslocar recursos para pagamento da internação compulsória desse indivíduo. Por isso, Delduque et. al afirmam que “o direito à saúde deve ser discutido com parcimônia dentro de cada processo judicial, de forma a tentar confrontar o pedido individual com a política pública estabelecida em matéria de saúde” (DELDUQUE et, al. Direito Sanitário em Perspectiva, p. 185).

Em trabalho de conclusão de curso apresentado em 2013, Martins analisou argumentos de juízes na concessão de pedidos de internação compulsória em

detrimento do princípio do consentimento e da autonomia. Dentre os principais, alguns concluem que o direito à saúde é norma de porte constitucional, logo, superior a qualquer princípio. Outros consideram que o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana é o maior dos princípios, portanto deve ser buscado primariamente ao do consentimento e autonomia. Houve caso em que o juiz colocou na decisão a não violação do direito à vida (CF/88 art 5º caput), argumentando que indeferir a internação compulsória poderia levar até mesmo ao óbito do usuário. Nestes argumentos percebe-se uma base legal mais sólida, mas houve internações concedidas para preservação da vida e saúde, para não expor familiares e terceiros a perigo, por perda de autodeterminação do paciente e pela ineficácia de tratamento anterior (MARTINS, 2013).

5. Metodologia

Existe uma parceria entre a Defensoria Pública e o curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Campus Ceilândia, através de estágios supervisionados pela professora Silvia Badim. Em um desses estágios, realizado no período de março a junho de 2014, foi construído um banco de dados referente aos processos de internação compulsória de janeiro a junho daquele ano.

Portanto, trata-se de uma análise documental.

Foram analisados 84 processos de internação compulsória.

Esse banco de dados é público, está disponível na Defensoria Pública e foi utilizado para a elaboração desse trabalho.

Assim, foi realizada uma pesquisa descritiva de caráter exploratório, uma pesquisa quantitativa.

Na pesquisa descritiva realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador (Barros e Lehfeld, 2007). Assim, se deverá apenas descobrir a frequência com que o fenômeno acontece ou como se estrutura e funciona um sistema, método, processo ou realidade operacional.

Esse tipo de pesquisa pode ter um amplo grau de generalização, ou seja, as conclusões levam em conta o conjunto de variáveis que podem estar correlacionadas com o objeto da investigação (Parra Filho e Santos, 2011).

A pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa e visa oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses (Cervo e Silva, 2006).

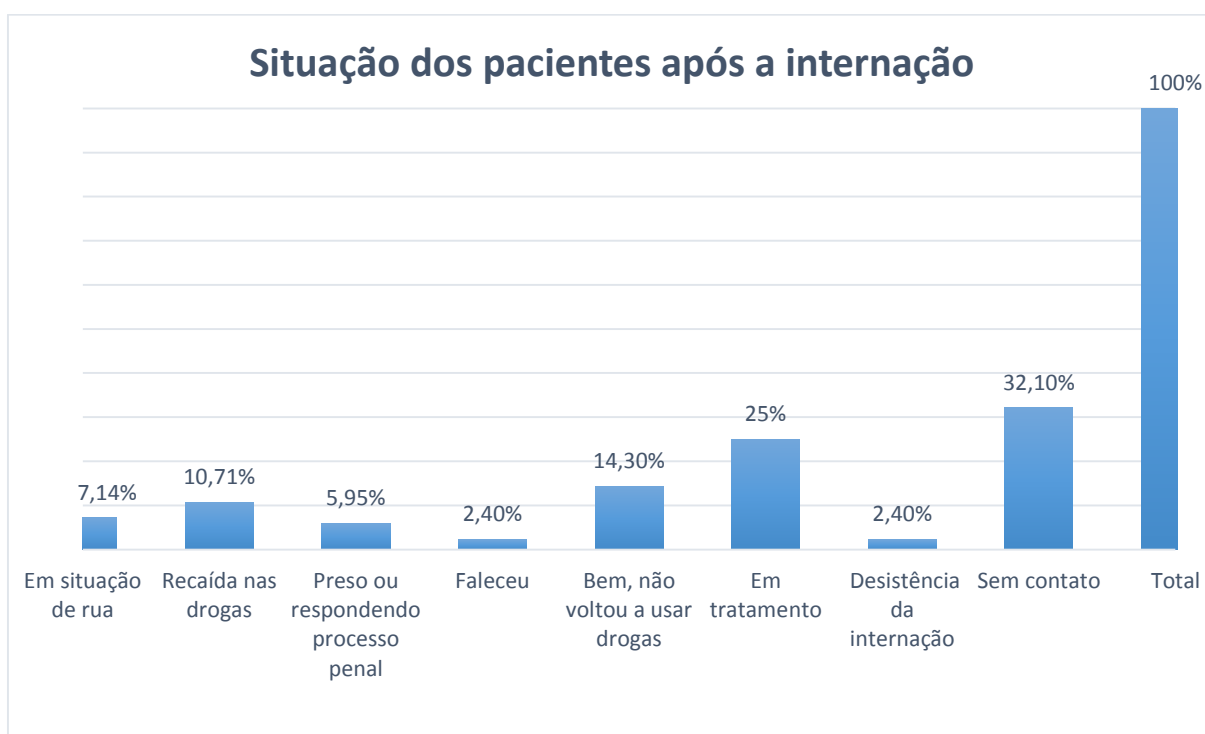
Esses dois tipos de pesquisas são realizados primariamente por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram excluídos os processos de interdição e analisados os 84 processos restantes, procurando como resultados a situação dos pacientes após a internação.

Para isso foi construído um gráfico com as seguintes estatísticas:

- Em situação de rua;
- Recaída nas drogas;
- Preso ou respondendo processo penal;
- Faleceu;
- Bem, não voltou a usar drogas;
- Em tratamento;
- Desistência da internação.
- Sem contato.



Em um total de 84 pacientes (100%), excluídos os 32,1% que não foi possível contatar, somando os que estão em tratamento e os que estão recuperados

após a internação, temos um total de 39,3%. Esse é um número considerável para demonstrar a eficácia da internação compulsória, pois, apesar de estar sendo utilizada muitas vezes como única forma de tratamento, ou seja, de maneira isolada, ela consegue obter sucesso em muitos casos, de forma que uns saem da clínica e permanecem bem após isso, e outros até continuam o tratamento nos CAPS.

Em compensação, se juntarmos os que voltaram às ruas e recaíram nas drogas, vemos um número relevante de 17,85%. Isso acontece quando se encerra o período de internação e não há um acompanhamento, não existe integralidade, que seria a presença do CAPS ou da Residência Terapêutica, o que faz com que o paciente, apesar de sair bem da internação, ao voltar para seu antigo contexto social onde usava drogas, em pouco tempo é influenciado novamente. Daí a família não sabendo como lidar, abandona o indivíduo, ou ele foge de casa e passa a viver nas ruas, apenas em busca de drogas.

Relacionado a isso, temos ainda 5,95% que foram presos ou respondem processo penal. Isso se dá porque pode ser que saindo da internação, sem o devido acompanhamento e sem condições financeiras, o usuário passa a roubar para sustentar o vício, ou devido tanto ao uso, como a abstinência de drogas, se torna agressivo. E cometendo furtos ou agredindo pessoas, o usuário acaba indo para a prisão. Provavelmente esse número também poderia ser reduzido com fortalecimento da Rede de Saúde Mental do Distrito Federal.

Foi feita uma análise de quanto os números desse gráfico podem ser modificados a partir de algumas iniciativas em prol da Rede de Atenção, e com a contribuição da Saúde Coletiva nessa questão. Essas iniciativas, vindas primariamente da parte do governo, têm a capacidade de diminuir a oneração dos recursos do Sistema com os internados compulsoriamente, mas, principalmente tornar mais resolutiva a terapêutica dos portadores de transtornos mentais, garantindo seus direitos estabelecidos na lei, de receberem a melhor forma de tratamento possível.

Esses achados indicam que no Distrito Federal está falha a cobertura e efetividade da atenção primária em saúde como coordenadora do cuidado, pois se essa fosse efetiva, não permitiria que 10,71% de pacientes oriundos de um período de internação compulsória recaíssem no uso de drogas, nem deixaria que mais 7,14% deles voltassem à situação de rua, para futuramente serem internados novamente. O fortalecimento da atenção primária também, o que envolve principalmente os CAPS e

as Residências Terapêuticas, em questão de quantidade e recursos para sua atuação, poderia aumentar esse índice dos 25% que saem da internação e continuam em tratamento. Ou seja, os dados mostram que a grande maioria desses pacientes que foram internados por falta de resolutividade da atenção primária em lhes acompanhar e impedir o agravamento do quadro de saúde, após a internação voltarão a ficar descobertos por essa mesma rede que deveria lhes dar atenção.

Portanto, o fortalecimento da atenção primária no setor de saúde mental, poderia impedir o aumento no número de solicitações de internação compulsória em juízo, o que já traria um impacto enorme na política de saúde mental, devido aos custos de cada internação, que seriam utilizados para fortalecer a rede, beneficiando o coletivo.

A descontinuidade das políticas de saúde mental, as lacunas no atendimento e a ineficácia da intersetorialidade do fazer entre serviços públicos representam entraves para a superação da violação dos direitos e para a produção do cuidado para as pessoas com transtornos mentais e suas famílias, e provocam os profissionais da saúde a transpô-los (FIRMO, Andréa; JORGE, Maria. 2015).

Contribuindo com a discussão sobre autonomia, Coelho e Oliveira tratam primeiramente do princípio da dignidade da pessoa humana. Entre as subdivisões desse princípio está a vontade livre (autodeterminação). As autoras trazem à tona que apesar de esse princípio estar na Constituição, a realidade atual é de desigualdade social e concentração de renda à menor parcela da sociedade, o que gera injustiça social. Esses fatores podem contribuir para o uso de drogas nos grupos injustiçados, onde os sujeitos não podem escolher sobre riqueza ou pobreza, saneamento básico, acesso à educação e à serviços adequados de saúde (COELHO e OLIVEIRA, 2014).

A questão é, até que ponto esses sujeitos são culpados por serem usuários de drogas. É plausível refletir sobre que alternativas eles tiveram além dessa. Com isso em mente, é importante refletir sobre a internação. Essa ocorre quando o sistema de saúde e o sistema jurídico voltam a atenção para esses sujeitos. E quando o fazem, a alternativa é retirar a autonomia do paciente?

Pode-se aprofundar a discussão quando se pensa na segunda, terceira ou até quarta internação do mesmo paciente. Em que momento o sujeito tem autonomia para decidir sobre o tratamento, quando ele é ouvido para saber o que

pensa sobre a última internação? Para dizer se outra internação será eficaz para ele, se ele viu algum benefício, ou o que poderia ser feito diferente.

Sendo benéfica ou não, com base nos achados deste estudo, percebe-se que após a internação, novamente não é dada autonomia para o paciente. Pois a rede de atenção em saúde mental é precária, o que faz com que a pessoa volte para as ruas, por não ter cobertura. Daí alguns são presos, outros voltam a usar drogas etc, como foi identificado. O que supõe que o Estado não fornece os meios para a pessoa exercer sua autonomia, e quando a pessoa escolhe o caminho que lhe é mais próximo devido às condições que o Estado proporcionou, ainda é vista pelo mesmo como protagonista e não como vítima.

A melhor estratégia para ressocialização após internação compulsória, inclusa na política pública, é a Residência Terapêutica. Como o Distrito Federal não possui esse mecanismo de continuação do tratamento, deve procurar outras estratégias como forma emergencial. Uma delas é procurar os Serviços Residenciais Terapêuticos do Estado de Goiás. Também fortalecer os CAPS para que além da demanda já recorrente, deem acolhimento e integralidade no cuidado aos pacientes advindos de internação compulsória. Se o CAPS for insuficiente, existe como opção a comunidade terapêutica. Mas essa apenas para acolhimento, visto que não possui os dispositivos necessários para continuidade de tratamento, como equipes multidisciplinares, e se caracteriza como instituição isolada, longe da sociedade e dos centros urbanos, não seria ideal para ressocialização, mas poderia impedir que o usuário sem amparo da Rede de Saúde Mental fosse restringido em sua liberdade pelo sistema penal e não pelo sistema de saúde, evitando um processo penal e a criminalização, desfecho que não irá contribuir para a saúde mental, visto que o objetivo não será tratar, apenas retirar novamente a autonomia do indivíduo.

6.1 Rede de saúde mental do DF

O CAPS ad foi criado com o objetivo de atender pessoas portadoras de transtorno mental devido ao consumo imoderado de álcool e outras drogas. O Distrito Federal, atualmente possui: CAPS ad Sobradinho, CAPS ad Santa Maria, CAPS ad III Samambaia, CAPS ad Guará, CAPS ad Ceilândia, CAPS

ad Itapoã, CAPS ad III Rodoviária, CAPS ad i III Taguatinga e CAPS ad i III Brasília (BRASIL, 2016).

O DF é dividido em sete regiões de saúde: Centro-Norte, Centro-Sul, Saúde Norte, Saúde Sul, Saúde Leste, Saúde Oeste e Saúde Sudoeste.

Utilizando como exemplo a Região de Saúde Oeste, composta por Ceilândia e Brazlândia, cidades de distância superior a 25km, percebe-se que uma delas, Brazlândia, não possui nenhum CAPS ad. Sabendo que pessoas viciadas em drogas são, na maioria dos casos, desempregadas e vivendo em situação de rua, fica claro que um sujeito desse, morador de Brazlândia, tem um acesso muito dificultado ao serviço de saúde mental, e o serviço à ele. Acrescenta-se como agravante o fato de que a maioria dos CAPS ad, inclusive o de Ceilândia, não funcionam 24h por dia. Que assistência o paciente terá no período noturno sendo esse até mais propício ao uso das substâncias?

Portanto, o que se observa é uma rede frágil, muitas vezes ineficaz, o que justifica a internação compulsória, realizada quando os outros meios se mostram insuficientes. Se a família não se sente acolhida pela rede, ela procura a justiça, e vê na internação compulsória a única solução.

Martins definiu em 2013 que a rede ideal deveria ser fortalecida, articulada com outros setores, trabalhar também sobre a ótica de prevenção e promoção da saúde, conseguir avaliar e monitorar suas ações, e capacitar continuamente seus profissionais. Essa rede ideal ainda não foi alcançada. Enquanto isso os problemas se agravam, e a situação é preocupante.

6.2 Papel do sanitarista

Para definir o papel do sanitarista acerca desse tema, será utilizada a definição de Saúde Coletiva de Tambellini (1996):

“Um campo de práticas teóricas e de intervenção concreta na realidade que tem como objeto os processos de saúde e de doença nas coletividades. Portanto, que admite duas funções principais:

1) A produção de conhecimentos e de tecnologias sobre a saúde e a doença humana e seus determinantes em termos coletivos, tendo por base sua natureza

complexa que integra as dimensões do ecológico, do biológico, do social e do psíquico, articulando as experiências e as vivências coletivas do acontecimento "doença".

2) A intervenção concreta na coletividade, no indivíduo ou em qualquer elemento do contexto que compõe o complexo de determinantes e condicionantes dos processos de saúde/doença, tendo por base a produção científica sobre o particular.

Sobre a ótica da primeira função, o sanitarista deve produzir conhecimento científico a respeito do tema, pesquisando por exemplo, quais podem ser os determinantes sociais e/ou psíquicos que levam à doença mental, para assim poder atuar e contribuir na atuação de outros profissionais na prevenção e promoção da saúde dessas pessoas mais vulneráveis.

Além da pesquisa, esse profissional pode realizar intervenções práticas, atuando nos determinantes sociais que podem desencadear um transtorno mental e procurando evitar que isso aconteça.

A visão ampla do sanitarista permite que ele planeje ações e programas também para os cuidadores, pois esses podem ter a saúde afetada por lidar com um portador de transtorno mental. Além disso, pode se pensar em projetos de educação permanente para os profissionais de saúde mental.

O sanitarista também pode atuar na área de comunicação em saúde, procurando meios de tornar conhecido à população o funcionamento da Rede de Saúde Mental. Esclarecer, por exemplo, qual deve ser a porta de entrada para um portador de transtorno mental, o que é um CAPS, o que é a internação compulsória, qual é o papel da Defensoria Pública, enfim, como divulgar e tornar isso mais palatável para a população.

Em todas essas ações o sanitarista pode trabalhar em conjunto com outros profissionais, na perspectiva de intersetorialidade, como foi o trabalho de Estágio Supervisionado da Saúde Coletiva na Defensoria em 2014.

Portanto, esse profissional pode atuar em todos os níveis de atenção da Rede de Saúde Mental, em ações de planejamento, de políticas públicas e também na gestão.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise do aumento de pedidos de internação compulsória via Defensoria Pública do Distrito Federal, fazendo a relação com a análise da Política de Saúde Mental, foi visto que esse fato não deveria ocorrer, pois os Centros de Atenção Psicossocial seriam os protagonistas do processo, a porta de entrada do Sistema para os portadores de transtorno mental e os acompanhantes de todo o processo de tratamento.

A internação compulsória seria indicada somente para os casos mais graves, onde houvesse incapacidade do CAPS agir por si só, devendo essa ter o objetivo de tratar e reinserir o usuário na sociedade o mais breve possível, para que esse pudesse ter a chance de se recuperar e voltar à uma vida digna novamente.

Para ampliação dos resultados da internação compulsória, ao término da mesma, o usuário deveria continuar o tratamento com acompanhamento do CAPS, isso se tiver um lar e família para apoiá-lo, caso contrário, este seria encaminhado para a Residência Terapêutica, uma casa alugada ou comprada pelo Governo, onde teria uma equipe multidisciplinar que faria o acompanhamento desse usuário e de outros, no máximo oito, e que estes teriam acesso às ruas, teriam liberdade e recuperariam aos poucos sua autonomia.

Dessa forma, a tendência era a diminuição dos pedidos de internação compulsória e maior quantidade de usuários em tratamento nos CAPS e nos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Analisando a situação dos serviços de saúde mental nessa unidade da federação, o Distrito Federal, foi diagnosticado que os Centros de Atenção Psicossocial são insuficientes em número para abarcar a demanda da população, o que faz com que a situação do usuário sem acesso piore cada vez mais e já tenha que se partir diretamente para a internação.

Após essa internação, o usuário retorna à mesma situação de desassistência, pois além da dificuldade encontrada em relação aos CAPS, o Distrito Federal não possui, não implantou em seu território, nenhuma Residência Terapêutica. Sendo assim, as internações aumentam, pois, são praticamente a única forma exitosa de tratamento atualmente no DF.

Quanto ao dilema que isso gera, referente ao direito individual do portador de transtorno mental que está na Lei, sobre obter o melhor tipo de tratamento, juntamente com o argumento do direito à liberdade do indivíduo, foi visto que, apesar do isolamento, do controle da liberdade e retirada da autonomia, a internação compulsória tem sua eficácia e por vezes é a única alternativa do portador de transtorno mental no Distrito Federal.

Sabe-se que é necessário pensar na redução das internações, mas se houver um movimento contra a internação no DF nesse momento, as condições que já são precárias devido à não implantação correta da Política, piorarão ainda mais, pois os usuários desassistidos permanecerão na sociedade, oferecendo risco tanto a ela quanto à si mesmos.

É preferível se retirar a liberdade de uma pessoa para tratá-la e devolver sua autonomia, do que deixá-la nas ruas, prejudicando sua saúde cada vez mais e gerando transtornos familiares muitas vezes incalculáveis.

Portanto, o Distrito Federal precisa sim investir na sua Rede de Saúde Mental para oferecer uma atenção mais digna aos portadores de transtorno mental, mas, enquanto isso não se consolida, a internação compulsória precisa ser realizada, pois é efetiva sim, e porque todos têm direito à saúde e à vida.

Acredito que o profissional Sanitarista tem papel importante nesse meio, atuando com pesquisa, com formulação de políticas públicas, procurando ampliar o acesso e a possibilidade de tratamento mais digno desses indivíduos, e até mesmo pensando e executando ações de saúde voltadas à prevenção, para procurar evitar que as pessoas desenvolvam um transtorno mental.

A atuação do Governo do Distrito Federal, incluindo o Ministério e a Secretaria de Saúde, juntamente com a Defensoria Pública, o profissional Sanitarista e outros atores, pode modificar de forma exitosa a situação da Saúde Mental nessa unidade da federação.

Referências Bibliográficas:

BARROS, Aidil. LEHFELD, Neide. **Fundamentos de metodologia científica**. 3ª edição. Editora: Makron. 2007.

BARROS S, EGRY EY. **A enfermagem em saúde mental no Brasil: A necessidade de produção de novos conhecimentos**. Saúde Soc. 1994; 3: 79-94.

BARROS S, SALLES M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, p. 1780-1785, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 5 out 1988. Disponível em:

<[Http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)>. Acesso em: 20 Novembro 2015.

BRASIL. Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, 6 de abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 15 de novembro 2015.

CERVO, Amado Luiz. SILVA, Roberto da. **Metodologia científica**. 6ª edição. Editora: PRENTICE HALL BRASIL. 2006.

COELHO, Isabel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.101, p. 359-367, Junho 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200359&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Novembro 2016.

DELDUQUE, Maria Célia; CASTRO, Eduardo Vazquez de. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil.

Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 506-513, Junho 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200506&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Outubro 2016.

DELDUQUE, Maria; MARQUES, Silvia; CIARLINI, Álvaro. **Judicialização das Políticas de Saúde no Brasil**. Livro: Direito Sanitário em Perspectiva. Ano 2013. Volume 2, p. 185- 221. Disponível em: <<Http://escola.mpu.mp.br/linhaeditorial/outraspUBLICACOES/DireitoSanitarioEmPerspectiva.pdf>>. Acesso em: 23 nov 2015.

DUARTE... [et al]. Internação Psiquiátrica Compulsória: A atuação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Revista da Defensoria Pública**, p. 157-182, 2012.

FORTES, Hildenete Monteiro. **Tratamento compulsório e internações psiquiátricas**. Ver. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 10, supl. 2, dez. p.321-330, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009>. Acesso em: 19 outubro 2015.

LOBOSQUE. A importância da formalização da política para a garantia do direito à saúde do doente mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, p. 4590-4602, 2011.

MARCHEWKA. Saúde mental no contexto do Direito Sanitário. In: I.COSTA...[et al.]. **O Direito achado na rua**. 4. ed. Brasília: 2009. Mod. 4, p. 187-214.

MARTINS, Mayara. **Internação compulsória de dependentes químicos: a visão do Direito Sanitário**. Brasília, 2013.

MATOS, Bruna Gusmão de; MOREIRA, Lilian Hortale de Oliveira. Serviço residencial terapêutico: o olhar do usuário. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 668-676, Dez. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452013000400668&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Nov. 2016.

MEDEIROS, S. M.; GUIMARÃES, J. 2002. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, p. 571-579, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/capsdistritofederal.php>>. Acesso em: 21 Novembro 2015.

MIRANDA, A; LACERDA, R. Direito à saúde de grupos vulneráveis. In: **O Direito achado na rua**. 4. Ed. Brasília: 2009. Mod 5, p. 215-230.

OBSERVATÓRIO CRACK, É POSSÍVEL VENCER. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/centro-atencao-psicossocial.html>>. Acesso em: 21 Novembro 2015.

OLIVEIRA, Maria dos Remédios Mendes et al. Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas?. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 525-535, Junho 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200525&lang=pt>. Acesso em: 10 Outubro 2016.

PARRA, Domingos. SANTOS, Joao. **Metodologia científica**. 2ª edição. Editora: CENGAGE. 2011.

PENALVA. Algumas considerações sobre a influência da saúde nos contextos de inclusão social: o caso dos portadores de sofrimento mental. In: !.COSTA...[et al.]. **O Direito achado na rua**. 4. ed. Brasília: 2009. Mod. 3, p. 179-186.

REIS, Carolina dos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Nas teias da “rede de proteção”: internação compulsória de crianças e adolescentes e a judicialização da vida. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v.28, n.1, p. 94-101, Apr. 2016. Disponível

em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198402922016000100094&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Nov. 2016.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 19, n. 54, p. 515-526, Set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300515&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Nov. 2016.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/programas/536-diretoria-de-saude-mental-disam.html>>. Acesso em: 21 Novembro 2015.

SZABZON, Felipe. Perfil das internações psiquiátricas em São Paulo: um estudo exploratório. 2013. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Acesso em: 30 de Novembro de 2016.

TAMBELLINI, Anamaria; CÂMARA, Volney. **A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos.** Rev. Ciênc. saúde coletiva vol.3 no.2, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231998000200005>. Acesso em: 22 nov 2015.

ANEXOS

Formulário de coleta de dados

Autor	Sexo	Posição atual do processo	Situação atual do paciente
01	Masculino	Paciente foi internado durante 3 meses, mais precisa de nova internação.	Paciente se encontra em casa.
02	Masculino	Internado em 23/09/2013-Clinica Recanto	SEM CONTATO
03	Masculino	Internado em 06/09/2013-Clinica Recanto	Aderindo ao tratamento
04	Masculino	Internação compulsória não autorizada	Paciente na rua
05	Feminino	Internado em 08/08/2013-Clinica Recanto	Perdeu a memória Saiu, está se tratando no CAPS
06	Masculino	Internado em 17/10/2013-Clinica Recanto	Em tratamento
07	Feminino		SEM CONTATO

08	Masculino	Internado dia 26/04/2014	Em tratamento
09	Masculino	Processo indeferido	Na rua
10	Masculino	Arquivamento definitivo sem complemento	Não consta no sistema SEM CONTATO
11	Masculino	Saiu da clínica recanto em junho	Está bem, sem recaídas
12	Masculino	Aguardando internação	Vivendo nas ruas do Vicente pires– tentativa de assassinato contra ele.
13	Masculino	Internado 13/05/13- ClinIdeq	Clinica fechou SEM CONTATO
14	Feminino	Internado 21/09/13– Clinica Recanto	Saiu, está bem, sem recaídas
15	Feminino	Processo extinto por desistência	
16	Masculino	Internado 23/09/2013–Clinica Recanto	Saiu e voltou a usar drogas
17	Masculino	Internado 27/09/13– Clinica Recanto	Sem contato

18	Masculino	Internado 10/10/13– Clinica Recanto	Saiu, está bem, sem recaídas
19	Feminino	Não foi internada por motivos prisionais	Não aceita tratamento de esquizofrenia
20	Masculino	Arquivamento definitivo sem complemento	Desistiu da ação. Pagando tratamento, clínica em Minas.
21	Concedido ant. Tutela (05/09/13)	Internado 11/11/13– Clinica Recanto	Em tratamento
22	Masculino		Se encontra em comunidades terapêuticas a 4 meses, reagindo bem
23	Masculino	Internado em 07/08/2013–Clinica Recanto	Internado pela segunda vez, não reagindo ao tratamento. Possui esquizofrenia.
24	Feminino		Paciente ficou internado 8 meses na Clinedeq, não terminou o tratamento mas saiu da clínica e fez acompanhamento por 3 meses no Caps e depois recaiu.
25	Masculino	Internado em 17/09/2013–Clinica Recanto	SEM CONTATO

26	Masculino	Não foi internado	SEM CONTATO
27	Masculino		SEM CONTATO
28	Masculino		Sem informação.
29	Masculino	Internação imediata 19/04/2012 Preso 28/05/2014	Internado HPAP por 5 meses /Clinedeq. Encontra-se preso por assalto.
30	Masculino	Sentença dada para internação 10/06/13	SEM CONTATO
31	Masculino	Internado	Em tratamento
32	Feminino	Sentença dada para internação 06/05/13	SEM CONTATO
33	Masculino	Internado em 07/08/2013–Clinica Recanto	SEM CONTATO
34	Masculino	Internado Clinedeq 26/09/2012	Faleceu
35	Feminino	Aguardando internação	Vivendo na rua

36	Masculino	Internado na clínica recanto dia 08/11/2013	Reagindo bem ao tratamento
37	Masculino	Confirmação de decisão 26/08/13 Paciente foi internado na clínica Clinedeq por 09 meses	Bem, parou de usar drogas e beber
38	Masculino	Desistência da ação	Está bem, sendo tratado efetivamente no CAPS
39	Masculino	Arquivamento definitivo sem complemento	SEM CONTATO
40	Masculino	Arquivamento definitivo sem complemento (Não consta no sistema)	SEM CONTATO
41	Masculino	Internado em 06/09/2013–Clínica Recanto	Saiu e está bem. Psicólogo pediu mais 3 meses porém não foi concedido.
42	Masculino	Internado na Clinedeq	Se encontra bem, foi para igreja.
43	Concedido ant. de tutela 04/09/13		Não tem telefone
44	Masculino		Sem informações
45	Feminino	Julgamento sem mérito–extinto por desistência 26/07/2013	Tratando-se em outro estado

46	Masculino	Internado em 13/08/2013–Clínica Recanto	Saiu, está bem. Frequentando o CAPS
47	Feminino	Paciente foi internado por 06 meses no HPAP	Voltou a usar drogas e está na rua
48	Masculino	Internado em 12/08/2013–Clínica Recanto	Se tratando bem/ aderindo ao tratamento
49	Feminino	Arquivamento definitivo sem complemento	SEM CONTATO
50	Masculino		SEM CONTATO
51	Masculino	Processo foi extinto em 10/05/2012	Paciente foi internado na clínica Abba-Pai por 06 meses– mais pós tratamento por 3 meses. Saiu e está bem, trabalhando no CAPS.
52	Masculino	Internado em 21/09/2013–Clínica Recanto	Saiu, está bem e trabalhando.
53	Masculino	Internado na Clínica Recanto desde 04/04/2014	Em tratamento
54	Masculino	Concedida a assistência judiciária gratuita à parte	SEM CONTATO

		17/09/13	
55	Masculino	Internado na clínica recanto	Reagindo bem ao tratamento
56	Masculino	Internou na Clinideq durante 7 meses	Voltou a usar drogas
57	Feminino	Desistiu	Morando em outro estado
58	Masculino	Decisão proferida requisitadas informações	Ficou 6 meses internado em clínica particular onde a senhora conseguiu pagar somente a primeira parcela. Está bem
59	Masculino	Internado em 06/11/2013–Clínica Recanto	Aderindo ao tratamento
60	Masculino	Decisão proferida deferimento 29/07/2013	SEM CONTATO
61	Masculino	Documento em segredo de justiça	Não foi internado e hoje está sem acompanhamento no CAPS.
62	Masculino	Internado na Clínica Recanto dia 20/05	Em tratamento

63	Masculino	Desistência da ação	Foi aconselhado que o paciente procurasse o CAPS para se tratar. Paciente foi, mas não conseguiu permanecer, continua no vício.
64	Masculino	Internado em clinica por conta própria no dia 10/11/13.	Paciente psiquiátrico
65	Masculino	Não fez tratamento	Saiu e continua usando drogas.
66	Masculino	Arquivamento definitivo sem complemento	Teve um derrame, está paraplégico, não usa mais drogas.
67	Masculino	Decisão proferida deferimento 28/08/2013	SEM CONTATO
68	Feminino	Documento em segredo de justiça	SEM CONTATO
69	Masculino	Internado em 13/03/2013–Clinica Clinedeq Internado em 17/08/2013–Clinica Recanto	SEM CONTATO
70	Masculino	Arquivamento definitivo sem complemento	4 meses na cadeira de rodas (levou tiros)

71	Masculino	Sentença julgamento com mérito 07/05/13	SEM CONTATO
72	Feminino	Não concedida antecipação da tutela. Decisão mantida 12/12/12	Vive na rua (antiga feira do rolo)
73	Masculino	Extinto o processo 05/06/12	Internado em clínica particular por conta própria em Formosa. Saiu, continua usando álcool.
74	Masculino	Internado em 24/09/2013–Clínica Recanto	Saiu, está bem.
75	Masculino	Internado na clínica Recanto	Em tratamento
76	Masculino	Internado pela segunda vez em 12/06/2014	Em tratamento
77	Masculino	2ª ação de internação compulsória em tramite	Não conseguiu a internação da primeira vez porque foi preso, agora que saiu foi aberta outra ação de internação
78	Masculino	Decisão proferida indeferida 12/12/11	Encontra-se preso, aguardando ser transferido para a medida de segurança
79	Masculino	Deferido ant. tutela 27/06/13	SEM CONTATO

80	Masculino	Internado em 22/09/2013–Clinica Recanto	Psiquiatra da clínica pediu mais 3 meses de internação e juiz não concedeu. Transferiu para a medida de segurança sem ter cometido crime
81	Masculino	Internado em 17/09/2013–Clinica Recanto	Sem informação do número de telefone
82	Masculino	Internado em 28/09/2013–Clinica Recanto	SEM CONTATO
83	Masculino	Deferido a gratuidade da justiça 08/11/13	Faleceu
84	Masculino	Não quer mais internação	

Autorização de uso dos dados da Defensoria



Universidade de Brasília (UnB)
Faculdade de Ceilândia (FCE)
Bacharelado em Saúde Coletiva

Solicitamos o uso dos dados do Núcleo de Saúde da Defensoria Pública, acerca das ações públicas sobre internação compulsória já interpostas por essa Instituição perante o Poder Judiciário, para fins da elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso do aluno Miquéias Wallisom Rodrigues Melo, intitulado "Internação compulsória de dependentes químicos: dilemas entre o direito individual e a política pública de saúde". Serão anotadas apenas informações acerca das decisões proferidas nos processos pelo Poder Judiciário concedendo a internação, e sobre a continuidade do tratamento pós-internação compulsória, de acordo com o que estiver público nos arquivos da Defensoria. Esse trabalho é orientado pela Professora Sílvia Badim Marques, da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "C. Chupel", is written above a horizontal line.

Celestino Chupel
Defensor Público
Coordenador - NAJ/Saúde