

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**LUCINÉIA PESENTE**

**Dinâmica internação/desinternação em processos que  
resultaram em internação compulsória em Hospital  
Psiquiátrico.**

**Vitória**

**2009**

**LUCINÉIA PESENTE**

**Dinâmica internação/desinternação em processos que  
resultaram em internação compulsória em Hospital  
Psiquiátrico.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, sob a orientação da Professora Doutora Ângela Nobre de Andrade.

**Vitória  
2009**

## AGRADECIMENTOS

Gostaria, neste momento, de lembrar de pessoas especiais que se fizeram imprescindíveis em minha vida e na feitura deste trabalho. Sem dúvida, este momento não é mera formalidade. Reconheço que nenhum trabalho se faz sozinho; muitas são as colaborações que o constituem, sejam elas intelectuais, afetivas ou de cunho prático. Todas elas constroem o que se tem como um produto final. Portanto, sintam-se agradecidos todos aqueles que me auxiliaram de alguma maneira, por qualquer que tenha sido a contribuição que me tenham prestado. Não poderia deixar de citar algumas pessoas em relação às quais minha gratidão será eterna.

Agradeço à minha orientadora, Angela, pelos bons encontros proporcionados.

Aos diretores e à equipe técnica do Hospital Psiquiátrico, que me abriram as portas e foram sempre solícitos.

Aos juízes e juízas, por autorizarem a consulta aos processos a partir dos quais realizamos esta pesquisa.

A todos os professores que tive a sorte de conhecer durante o mestrado, e em especial aos professores Lídio e Edinete, que fizeram parte da minha banca de qualificação, pelas ricas contribuições.

A todos os colegas do mestrado e doutorado que se tornaram tão queridos e com os quais tive muitos bons momentos, saudades!

A Roberta e Paola, por me ouvirem repetidas vezes falar sobre o mesmo assunto (e não reclamarem), a Mariana, por ter lido grande parte do meu trabalho, ter dado sugestões e ainda ter achado bonito. Obrigada, bonitas!

A Lucia, secretária do programa de pós-graduação, pelos constantes favores prestados. Bonita, você vai para o céu!

Aos meus amigos, pelo incentivo e pela torcida.

A minha família, pelo apoio, pelo carinho e por acolher minhas inúmeras ausências.

Ao meu esposo, Rodrigo, pelo amor e pela paciência.

A Deus, pela alegria de viver e conquistar.

## RESUMO

Pesente, L. Dinâmica internação/desinternação em processos que resultaram em internação compulsória em Hospital Psiquiátrico. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo.

A cidadania dos Portadores de Transtorno Mental (PTMs) vem sendo reivindicada por um movimento intitulado reforma psiquiátrica. Esse movimento tem se caracterizado por uma posição de questionamento e tentativa de extinção do modelo assistencial psiquiátrico tradicional, centrado no hospitalocentrismo. Nesse contexto, à medida que o número de internações cai, outra estratégia é criada para o atendimento dessa demanda: a internação por via judicial ou compulsória. Nesse caso, a determinação da internação e da sua revogação não são pautadas necessariamente na avaliação dos profissionais de saúde que atendem a essa demanda, mas em uma decisão judicial. Essas internações compulsórias ocupavam, no primeiro semestre de 2008, onze dos cinquenta leitos disponíveis para o atendimento de pacientes em crise na Unidade de Curta Permanência (UCP) do Hospital Psiquiátrico (HP). Com objetivo de conhecer melhor essa realidade, buscou-se, com esta pesquisa, analisar os processos que resultaram em internações compulsórias cumpridas em HP no primeiro semestre de 2008, com foco na dinâmica internação/desinternação. Esta é uma pesquisa documental, em uma abordagem qualitativa, cujas fontes de dados foram processos judiciais que resultaram em internações compulsórias cumpridas em HP. Dentre os onze casos identificados, seis puderam ser analisados a partir de seus processos. O material analisado foi copiado diretamente dos processos ou transcrito a partir de gravações de leituras feitas nas constantes visitas aos locais em que estavam. Os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin (1997). Os três grandes eixos de análise foram desenvolvidos a partir dos principais atores envolvidos na dinâmica internação/desinternação: a família, a Justiça e o hospital. Os núcleos temáticos foram distribuídos dentro desses eixos principais, já que a eles se relacionavam. Os dados indicaram que o tempo de internação compulsória era 28 vezes maior que a não compulsória. Além disso, os responsáveis demandantes de cinco das internações eram de baixa renda e viviam em sobrecarga pela demanda de outros familiares que também necessitavam de cuidados especiais. O sexto caso é de um indivíduo que morava desde a infância em instituições, e a última delas foi a solicitante da internação. Todos os pedidos de internação compulsória alegavam agressividade do PTM. Todos os processos iniciavam-se por um pedido de interdição, e todos os pedidos de internação eram atendidos sem uma investigação da real agressividade do PTM; as internações, amiúde, apresentavam caráter custodial. O hospital, por sua vez, apresenta-se impotente frente às determinações de internação, visto não poder recusá-las por implicações de pena de lei; mas apresenta-se ativo nesse processo, constantemente informando à Justiça sobre a condição de alta desses internos. Pudemos notar que a internação assume diferentes significados para os atores envolvidos em sua dinâmica: para a família, é uma maneira de aliviar a sobrecarga da qual não se sente em condições de dar conta; para a Justiça, parece representar a prevenção de um possível ato agressivo, já que há um pressuposto de periculosidade; e para o hospital, é uma medida extrema que, fora de sua pretensão básica de estabilização do quadro psicótico, representa um retrocesso aos princípios da reforma psiquiátrica.

Palavras-chaves: Internações compulsórias, internações judiciais, reforma psiquiátrica.

## ABSTRACT

Pesente, L. Interning and discharging proceedings which resulted in a law enforced hospitalization at Psychiatric Hospital. Master's dissertation, Post Graduation Psychology Program, Espirito Santo's Federal University.

The citizenship of mental disorder (PTM) carriers has been claimed by a psychiatric reform movement. This reform pretends to question and also to extinguish the traditional psychiatric care model, which is self centered at the hospital institution. In this context a reduced hospitalization number triggers the use of a different strategy to supply this demand: hospitalization by the use of a law enforcement decision. In this particular case the hospitalization and discharging decisions are not entirely determined by the medical and care professionals but by a judicial decision. During the first semester of 2008 these ordered hospitalizations occupied, 11 of the 50 available berths for patients under crisis events, at the Short Permanence Unit (UCP) of Psychiatric Hospital (PH). Objecting to better understand this reality, this research analyses the prosecutions which resulted in hospitalizations and discharges at PH during 2008 first semester. The present work is a documental research with a qualitative approach and its sources were the judicial prosecutions that ended up in law enforced hospitalizations. Among the eleven identified cases, six could be analyzed by its prosecutions. The analyzed material were copied directly from the lawsuits or transcribed by the recorded readings performed during the constant visits to where they were stored. The data were analyzed by the content analysis proposed by Bardin(1997). The three principal axles of the analysis were developed over the hospitalizing/discharging dynamics: the family, the justice and the hospital. The main themes were distributed within these principal axles once they were interconnected. The data indicate that the time of enforced by law hospitalization 28 times greater than the non enforced. Beyond that, the responsible claimants of five hospitalizations had low incomes and lived under the pressure of other relatives who also required special care. The sixth case is of an individual who lived since childhood at institutions, and the last one of them were the claimer of the hospitalization. All the hospitalization claims allege PTM's agressivety. All the enforced claims initiated by an interdiction request, and all of them were attempted without a real investigation; the hospitalizations however presented custodial character. The hospital presents itself to be impotent against the law enforcements, ever since it can not deny them under the risk of the law penalties consequences; but also appears active in this process, constantly reporting to the justice about the conditions of the PTM's related to their discharges. We could notice that the hospitalization take different meanings to the evolved parts in its dynamics: to the family, it is a manner to be relieved from the overload they feel incapable to bare; for the justice, it seems to represent the prevention of a possible aggressive act, once there is already a history of danger; and for the hospital it is extreme measure that deviates its psycho stabilization basic purposes, furthermore it represents a throwback of the psychiatric reform principles.

Keywords: Enforced hospitalizations, judicial hospitalizations, and psychiatric reform.

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Quadro referente aos casos de internações compulsórias localizados no hospital Psiquiátrico.....46
- Quadro 2** – Quadro referente ao histórico individual dos dois tipos de internação, compulsória e não compulsória em dias.....85
- Quadro 3** – Descrição dos sujeitos que apresentam no decorrer do processo pedido de algum tipo de assistência e se recebem algum benefício.....90
- Quadro 4** – Quadro referente a demais entes, além do PTM internado compulsoriamente, que demandam cuidados especiais para as famílias suas famílias.....99
- Quadro 5** – Quadro referente às expectativas das famílias de conviver ou não com seu ente PTM na pós-alta.....103
- Quadro 6** – Quadro referente ao tempo em dias decorrido entre o primeiro relatório informando ao juiz condições de alta do PTM internado por via judicial e sua desinternação (ou até a data da última visita ao Hospital no caso dos que permaneceram internados).....117

## SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	8
1.1 – A internação da loucura – O nascimento da psiquiatria.....	13
1.2 – Propostas de reforma psiquiátrica.....	18
1.3 – Antipsiquiatria e psiquiatria democrática.....	23
1.4 – A reforma psiquiátrica brasileira.....	27
- A reforma psiquiátrica no legislativo.....	30
1.5 – A reforma psiquiátrica e a família do portador de transtorno mental.....	36
2 – OBJETIVOS.....	40
2.1-Objetivo geral.....	40
2.2-Objetivos específicos.....	40
3- MÉTODO.....	42
3.1-Delineamento.....	42
3.2-Procedimentos e Instrumentos.....	43
3.3-Análise de dados.....	48
3.4-Aspectos éticos.....	49
4 – RESULTADOS.....	50
5 – DISCUSSÃO.....	88
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	122
REFERÊNCIAS.....	126
ANEXOS.....	131

## 1 – INTRODUÇÃO

Antes de iniciar a graduação, pude presenciar a difícil realidade de um colega que, no auge de sua juventude, foi diagnosticado como esquizofrênico. Esse colega, que antes me encontrava na roda de amigos para tocar violão, passou a chorar em meu ombro a difícil situação em que se encontrava, relatando que as pessoas daquele bairro onde cresceu, estudou e trabalhou agora o apontavam como louco. Seus amigos se afastavam ou tinham pouca paciência, e todas as oportunidades de emprego se fechavam para ele, reclamava meu amigo, de uma sociedade que não o acolhia. Hoje, passa a maior parte do tempo no interior, onde, segundo seu irmão, as pessoas o acolhem melhor. Esse é apenas um dos inúmeros exemplos que poderiam ser citados para demonstrar o trato social ao considerado louco.

Na graduação, em trabalhos e visitas ao Hospital Psiquiátrico e ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tive a oportunidade de ter contato com a realidade institucional vigente. Esse contato, assim como a experiência relatada acima, sem dúvida foram os grandes propulsores no tocante ao meu interesse por esta pesquisa. Pareceu-me, durante esses encontros, que algo “novo” emergia nas conversas dos funcionários e daqueles que, de alguma forma, lidavam com essa realidade. Na época, pouco conhecia a respeito do manejo institucional destinado àqueles que possuíam algum transtorno mental. Sabia que eles viviam, de alguma forma, afastados da sociedade em geral, e embora até então não questionasse tão a fundo tais práticas, sabia que no CAPS elas estavam sendo questionadas e que emergia um “novo”, do qual ainda não estava a par, mas que tornava-se explícito, algo “ar de expectativas” que tomava aquele ambiente. Esse



“novo” caracterizava-se, naquele momento, principalmente pela iminente instalação, naquele bairro no qual funcionam o Hospital Psiquiátrico e o CAPS, das residências terapêuticas, que constituíam-se como uma das estratégias desenvolvidas no Hospital Psiquiátrico para a desinstitucionalização da loucura.

É inegável que minha experiência pessoal e o contato com o Hospital Psiquiátrico e o CAPS me suscitaram uma infinidade de questionamentos, que poderiam me levar a diferentes percursos na discussão da saúde mental. Mas um tema passou a me chamar especial atenção: as internações compulsórias.

À primeira vista, essa medida parecia estar na contramão de toda a movimentação de desinstitucionalização, desospitalização e ressocialização, tão veementemente defendidos e perseguidos pela movimentação atual no campo da saúde mental e pautados no contexto da reforma psiquiátrica. Entretanto, modestamente destaco que tratou-se realmente de uma primeira visão, talvez ingênua, mas que me conduziu a uma série de questionamentos. Quem internava? Por que internava? Que justificativas eram utilizadas para a internação? Quem demandava essa internação? Por que essas internações continuavam acontecendo em detrimento da Lei nº 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que só permite internação em momentos de crise?

Tais questionamentos acabaram por promover conversas com profissionais que atendiam diretamente a essa demanda, dentre eles um profissional da Unidade de Curta Permanência (UCP) do Hospital Psiquiátrico. Esse profissional explicitava sua angústia ao receber pacientes cuja internação era questionável e ao perceber que, mesmo em

situação de alta, eles só poderiam ser liberados após autorização judicial, o que, amiúde, demorava consideravelmente.

Bentes (1999) realizou na Unidade Hospitalar Vicente Rezende, no Rio de Janeiro, uma pesquisa sobre as internações psiquiátricas por via judicial de crianças e adolescentes do sexo masculino realizadas entre 1994 e 1997. Ao comparar as internações compulsórias com outros tipos de internações, constatou que as compulsórias cresceram significativamente, aumentando de 7% no ano de 1994 para 33% das internações no ano de 1997. Constatou, também, que o tempo médio desse tipo de internação é o dobro do tempo das demais.

O Hospital Psiquiátrico em questão atualmente é dividido em três unidades: a de Curta Permanência, a de Ressocialização e a de Atenção Diária. A Unidade de Curta Permanência (UCP) visa o atendimento a pacientes em crise aguda enquanto perdurar o estado de crise, até que eles possam se utilizar de serviços de assistência extra-hospitalares. Essa unidade não se destina a internações prolongadas, já que se espera que leitos estejam disponíveis para situações de emergência.

Mas todos os casos de internações compulsórias cumpridas nesse hospital acontecem na UCP, o que contraria sua finalidade, que é o acolhimento a pacientes enquanto e somente em estado de crise. Nessa unidade, há cinquenta leitos para pacientes em crise, sendo que no 1º semestre de 2008 onze estão ocupados por pessoas cujas internações foram determinadas judicialmente. As internações, assim como as altas, não são pautadas necessariamente na avaliação dos profissionais de saúde que atendem a essa

demanda, mas em decisões judiciais. Isso implica na indisponibilidade, por tempo indeterminado, de leitos para pacientes em crise.

A tutela total das pessoas portadoras de transtornos mentais (PTMs) é fruto de uma construção histórica; assim como, a idéia, por parte da família, da incapacidade de lidar com as diversas demandas cotidianas e a necessidade constante de um especialista para fazê-lo. Questões históricas subsidiaram tais construções, e elas ainda hoje encontram suportes sociais que as sustentam. “Culturalmente, as famílias haviam sido preparadas para entender que o tratamento do doente mental só era possível e aceitável no interior dos hospitais psiquiátricos” (Fraga, Souza & Braga, 2006, ¶ 12).

No intuito de lançar luz sobre essa temática, buscamos com este trabalho, conhecer os processos judiciais que resultaram em internações compulsórias cumpridas no Hospital psiquiátrico, para verificar como, nesse contexto, se relacionam família, hospital e judiciário.

A demanda por internações de pessoas portadoras de transtorno mental (PTMs) nos remete a um incômodo social com a loucura, e falar sobre a internação e atores que ainda sustentam essa prática também é falar de concepções sobre a loucura que são compartilhadas pelas várias áreas de conhecimento e a sociedade como um todo. Como ressalta Amarante (1992),

o manicômio não é apenas aquele edifício onde se enclausuram loucos, mas um aparato maior, o manicômio ampliado, isto é, toda uma rede de dispositivos sociais, legislativos, familiares, jurídicos e culturais que permeiam as relações sociais e delimitam espaços de exclusão e negação das pessoas (p.96).

Refletindo sobre a questão do encarceramento, situação comum a prática manicomial, Balila (2000) destaca que o ambiente de cárcere tende a deformar e destruir a auto-imagem de um sujeito. O autor estuda a ação desfiguradora desse contexto para a singularidade humana e destaca que a resistência a essa desfiguração constitui-se em um ato de conservação da auto-imagem desse sujeito.

Por sua vez, Goffman (2008) estuda características dos hospitais psiquiátricos a partir de um conceito mais amplo, chamado de instituição total. Nele cabem também outras instituições, como prisões e conventos. Tal instituição é definida como “um local de residência onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (p.11). Ao analisar as instituições totais pela situação do internado, aponta que a admissão em uma instituição total gera um processo de mortificação do eu.

Tendo em vista todas as críticas ao modelo manicomial, faz-se necessário ampliar as discussões sobre a loucura para as diversas áreas de conhecimento. O manicômio, em si, não se constitui apenas em sua estrutura física, mas em uma estrutura subjetiva, que marginaliza e desfigura, e que também demarca concepções e práticas que têm, há muito, condenado e marginalizado o dito louco.

Acreditamos que o esclarecimento sobre o processo de internação compulsória contribuirá para a discussão entre as áreas envolvidas, na medida em que permitirá conhecer motivações, demandas e necessidades que ainda repercutam no imperativo da internação por via judicial. Tal discussão, além de contribuir para a reflexão acerca da

demanda social por essas internações, também poderá colaborar – na medida em que busca conhecer como se articulam os principais atores envolvidos na dinâmica da internação – para o conhecimento das implicações dessa demanda no que se refere à movimentação atual de reestruturação do modelo assistencial aos PTMs, assim como para a proteção de seus direitos.

Tendo em vista esse contexto, a reflexão acerca dos discursos/práticas dos principais atores envolvidos com a demanda de internação apresenta-se como um desafio necessário, quer seja pela pouca produção acadêmica localizada até então sobre essa temática, quer seja por sua repercussão em um momento histórico calcado em uma movimentação de desinstitucionalização da loucura, caracterizado pela reforma psiquiátrica e suas implicações nas mais diferentes áreas de conhecimento e na sociedade.

Para orientar nossa reflexão sobre essa temática, buscaremos conhecer, de forma sintética, como surgiu e naturalizou-se um modelo asilar destinado aos loucos, como e a partir de que momento esse modelo foi questionado, como a família tem lidado com as consequências da reforma psiquiátrica e como o discurso jurídico tem se posicionado frente a essa mudança de paradigmas.

### **1.1 - A internação da loucura - O nascimento da psiquiatria**

As sociedades consideradas tradicionais tratavam a loucura com tolerância. Os loucos eram relacionados à divindades, sendo contextualizados e acolhidos na comunidade em que viviam (Costa, 2002; Foucault, 1984; Cunha, 2002).

No século XV, a loucura era predominantemente percebida como parte do cotidiano. Nas palavras de Foucault, “até cerca de 1650, a cultura ocidental foi estranhamente hospitaleira a essas formas de experiência” (1984, p. 78). Apesar de predominar a aceitação da loucura como parte do cotidiano, nesse mesmo período, de forma localizada, começaram a surgir os primeiros estabelecimentos reservados aos loucos, inicialmente na Espanha e posteriormente na Itália.

A Europa, no século XVII, assistiu à criação de vários desses estabelecimentos de internação, que inicialmente eram destinados não somente aos loucos, mas a todos aqueles que de alguma maneira se constituíam como improdutivos. Esses ambientes, embora fossem conhecidos como hospitais gerais, não possuíam caráter médico. Constituíam-se como “uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa” (Foucault, 1987, p. 50).

O Hospital Geral foi criado por meio do édito real de 27 de abril de 1656, em Paris. O objetivo era pôr fim à mendicância e também à ociosidade pelo constrangimento físico e moral da internação. Em linhas gerais, eram espaços reservados aos excluídos da sociedade. A internação do louco, naquele momento, não vinculava loucura a doença; o louco era apenas mais um junto à massa de excluídos (Foucault, 1987; Castel, 1978).

O mote para a internação surgiu calcado em pressupostos capitalistas, nos quais a ociosidade/improdutividade é imperdoável. De acordo com Foucault (1987), o surgimento do internamento na Europa possui relação estreita com a crise econômica no ocidente. Para esse autor, a relação entre a loucura e as culpas morais e sociais é estabelecida no contexto em que o louco é asilado juntamente com muitos outros que, de alguma forma, colocavam em questão a moral, a razão ou as normatividades.

A partir do século XVIII, a sociedade passou a temer esses estabelecimentos e a se incomodar com eles, pedindo sua extinção. As casas de internação foram aos poucos se destinando unicamente aos loucos; os demais internos foram alcançados pelo clamor social. Os loucos passaram a ser percebidos como “perigosos para sua família e o grupo no qual se encontram. Daí a necessidade de contê-los e a sanção penal que se inflige aos que deixam errar ‘os loucos e os animais perigosos’” (Foucault, 1984, p.81).

No momento em que esses espaços passaram a se destinar exclusivamente aos considerados desarrazoados, passaram também a assumir caráter médico; e a loucura foi, então, vinculada à noção de doença. Essa perspectiva tornou possível o surgimento de uma nova especialidade médica, a psiquiatria. “A repercussão dessa apropriação da loucura pela ciência fez do louco um ‘doente’ e da loucura uma doença a ser ‘tratada’, no caso, com ocultamento e exclusão, com vistas a uma ‘cura’” (Costa, 2002, p. 128).

Castel (1978) aponta que a medicalização da loucura constitui-se na relação medicina-hospitalização, que afirma o médico como aquele capaz de intervir na problemática social referente à loucura.

Esse modelo loucura/asilamento/medicina manteve-se em sua estrutura original até o surgimento de um movimento de contestação que fez com que os saberes e práticas que envolvem essas concepções passassem a ser consistentemente questionados.

No Brasil, o mecanismo assistencial psiquiátrico foi implementado no século XIX, tendo como base as experiências européias, em especial a francesa - não obstante as diferentes realidades históricas do Brasil em relação à Europa do século XVIII. O modelo hospitalocêntrico encontrou no Brasil a seguinte realidade: “... uma sociedade colonial, rural e escravocrata, que tinha o trabalho como algo negativo, indigno, ‘atividade dos negros’” (Rosa, 2003, p. 85).

O modelo assistencial baseado no confinamento foi institucionalizado no Brasil antes mesmo da emergência da psiquiatria, com as irmandades religiosas na Santa Casa de Misericórdia. A inauguração do Hospital Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, marcou o início da assistência psiquiátrica aos loucos no país, em um contexto onde ocorriam “ameaças à ordem pública e à paz social, desencadeadas pelo crescimento do número de pessoas livres e ociosas que circulam pelas cidades mais importantes do Império e principalmente na sede da Corte” (Rosa, 2003, p. 86).

Em 1890, o Hospital Pedro II desvinculou-se da Santa Casa de Misericórdia e passou a se chamar Hospício Nacional de Alienados, tornando-se uma instituição pública. Foi nesse contexto, marcado pelo advento da República, que a loucura no Brasil passou a ser medicalizada, e o hospital tornou-se um lugar de cura. Naquele mesmo ano, foi criada a “Assistência Médica e Legal dos Alienados”, vinculada ao Ministério da Justiça



no país, que tinha como meta organizar a assistência psiquiátrica (Rosa, 2003; Cunha, 2002).

A primeira norma federal (Decreto nº 1.132) relacionada à assistência aos alienados surgiu em 1903, com o intuito de fiscalizar as instituições psiquiátricas (Rosa, 2003).

Nesse contexto, surgiram também as colônias agrícolas, uma estratégia complementar ao hospital que permitia vislumbrar a liberdade em algum nível (Rosa, 2003).

A partir de 1940, foi estabelecido o conceito de periculosidade do louco pelo Código Penal e pelo Código do Processo Civil, o qual sugere que o doente mental seja recolhido no manicômio, em que o intuito é a segregação e não a recuperação (Cunha, 2002).

Cunha (2002) destaca os dados de internações no Brasil:

Em 1950, eram 24.234, em 1955, foi a 34.550 e, em 1960, chegou a 49.173 pessoas internadas. O quantitativo de hospitais psiquiátricos no Brasil era nenhum em 1852, chegando a 54 públicos e 81 privados em 1961, totalizando 135, contra acanhados 17 ambulatorios de psiquiatria em todo o território nacional, conforme dados do Ministério da Saúde. Em 1971, somavam 72 públicos e 269 privados com 80.000 leitos. Em 1981, eram 73 públicos e 357 privados, chegando a 100.000 leitos (p.13).

As internações começaram a sofrer diminuição apenas a partir da redemocratização do país e no contexto inicial da reforma psiquiátrica, “refluindo em 1991 para 54 públicos e 259 privados e 88.000 leitos, e em 1999 a 50 públicos e 210 privados e 68.000 leitos, e em julho de 2001 a 66.000 leitos” (Cunha, 2002, p.13).

## 1.2 – Propostas de reforma psiquiátrica

O movimento de incômodo, questionamento e tentativa de extinção do modelo assistencial psiquiátrico tradicional centrado no hospitalocentrismo iniciou-se em um período histórico marcado pelo fim da Segunda Guerra Mundial, onde se fazia presente uma maior sensibilidade calcada em uma política de tolerância e respeito às diferenças (Desviat, 1999; Jorge, 1997; Medeiros, 2006). Ainda hoje, procura-se romper com esse modelo - como visto, socialmente construído - que torna quase que indissociável a “loucura” do paradigma asilar.

Esse movimento de contestação e propostas de mudança veio a ser chamado de reforma psiquiátrica, que, segundo Tenório (2002),

é a tentativa de dar ao problema da loucura uma outra resposta social, não asilar: evitar a internação como destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário, agenciar o problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se, como se diz, na sociedade (p.55).

A reforma psiquiátrica traz como elemento constituinte de suas propostas a chamada desinstitucionalização. Esse movimento não se reduz ao campo da desospitalização, mas busca a desconstrução de conceitos e práticas da psiquiatria. Nas palavras de Amarante,

designa as múltiplas formas de tratar o sujeito em sua existência e em relação com as condições concretas de vida. Nessa tradição, a clínica deixa de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral pineliano para se tornar criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades. O sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania,

incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito e não objeto de saber (2001, p.104).

A desinstitucionalização, no entanto, representava diferentes objetivos: para os grupos de técnicos e políticos, significava a abolição de todas as instituições de controle social; para os administradores, entretanto, significava a racionalização financeira e administrativa na redução de leitos hospitalares (Rotelli, et al., 2001).

Desviat (1999) destaca que a reforma psiquiátrica se deu em cada país de acordo com suas características peculiares e seu sistema sanitário. Todos esses movimentos, entretanto, possuíam conceitos em comum, que foram interpretados/apropriados de acordo com as especificidades da experiência reformadora ao qual se propuseram. Esses conceitos em comum são a divisão em zonas, a continuidade do tratamento e a integração dos três níveis de atendimento. Alguns desses movimentos e experiências deram significativas contribuições para uma progressiva modificação no modelo assistencial psiquiátrico e na forma de se pensar a psiquiatria, interferindo significativamente na relação entre loucura e a sociedade.

### **Psicoterapia institucional francesa, comunidades terapêuticas, psiquiatria comunitária e preventiva norte-americana e psiquiatria de setor francesa**

Dentre esses projetos de reforma está a psicoterapia institucional que surge na França em 1940, na perspectiva de que toda a instituição - tanto cuidadores quanto pacientes - precisava ser cuidada, utilizando-se, para isso, de pressupostos psicanalíticos. Esse movimento era caracterizado por uma ação de saúde pública que propunha uma

modificação do trato social em relação às doenças mentais, buscando a descentralização da assistência em serviços comunitários e rechaçando o modelo hospitalocêntrico. Nesse sentido, a psiquiatria francesa buscou se utilizar da institucionalização (aqui pensada como reinvenção do sistema rígido de tratamento dispensado aos doentes mentais) de forma terapêutica, mudando o estabelecimento psiquiátrico e criando novas possibilidades de assistência extra-hospitalares (Desviat, 1999).

Outra experiência de significativa contribuição para o contexto de reforma foi a Comunidade Terapêutica, um termo proposto pelo psiquiatra Maxwel Jones em 1958 para se referir às suas experiências de atuação, assim como as de Bion e Rickman em 1943. Esse movimento, que se desenvolveu na Inglaterra e nos Estados Unidos, propunha um modelo terapêutico em que todos - médicos, pacientes, auxiliares e comunidade - deveriam estar envolvidos no tratamento (Desviat, 1999; Jorge, 1997).

As comunidades terapêuticas baseavam-se na “democratização das opiniões, tolerância, comunhão de intenções e objetivos e confronto com a realidade” (Desviat, 1999, p.35).

Tanto a psicoterapia institucional quanto as comunidades terapêuticas concentram-se na crítica à estrutura asilar e propõem uma reforma interna à estrutura hospitalar onde o hospital poderia ter novos objetivos, imagem e função. Apesar de propor alternativas para o manicômio e reformular a estrutura asilar, ainda a sustentam.

Já a psiquiatria de setor originou-se em 1945, na França, e tinha como principal expoente Lucien Bonnafé. Essa proposta tinha por objetivo a reestruturação do serviço público de saúde, orientando seus atendimentos por regiões. As internações passam a ser apenas parte do tratamento, e a assistência descentralizada apoia-se em serviços comunitários - na tentativa de afastamento de um modelo unicamente hospitalar. Essa política, além de repensar a psiquiatria, constitui-se como uma ação de saúde pública, que é absorvida na década de 1960 pela política oficial de saúde mental da França (Ribeiro, 2004; Desviat, 1999; Jorge, 1997)

A psiquiatria comunitária e preventiva, por sua vez, surge nos Estados Unidos na década de 1960 tendo como principal referência o trabalho do psiquiatra Gerald Caplan. Sua proposta baseava-se na intervenção na comunidade como forma de prevenção da doença. Buscava, com essa postura, encontrar fatores que indicassem resistência ou vulnerabilidade para então manipulá-los, deixando explícito seu caráter eugenista (Tenório, 2002). Eugenia é um termo criado por Francis Galton para tratar da ciência do aprimoramento das qualidades hereditárias da raça humana, neste sentido buscava encorajar o nascimento de indivíduos considerados mais “capazes” e desencorajar os considerados “incapazes” tendo como base a hereditariedade (Mansanera e Silva, 2000).

Esses movimentos destinavam suas propostas de atuação para a comunidade em serviços extra hospitalares; a prática interventiva da psiquiatria se ampliava e alcançava o público, porém a estrutura asilar ainda era sustentada.

Rotelli et al. (2001) destacam algumas características comuns à psiquiatria reformada na Europa e nos EUA percebidas como problemas. A primeira delas se refere à questão de que a internação continua a existir, tanto nos EUA como na Europa. Apesar de a política de desospitalização gerar uma redução na duração das internações, acaba por gerar também um aumento das altas e recidivas, os hospitais psiquiátricos e estruturas de internação permaneceram em todos os sistemas de saúde mental. “Calcula-se, por exemplo, que na Europa estas estruturas contêm cerca de um milhão de pessoas” (Rotelli, 2001, p. 20).

A segunda característica problemática dessas experiências reformadoras diz respeito ao fato de que os serviços territoriais ou de comunidade convivem com a internação, mas não a substituem. Esses serviços surgiram da intenção de renovação terapêutica, no âmbito da saúde mental, a fim de romper com o paradigma da custódia; mas se desenvolveram em um tipo de funcionamento especialista e seletivo, o que acarretou em abandono, já que as pessoas passam de um especialista ao outro mas acabam não sendo da responsabilidade de ninguém. “Este abandono produz nova cronicidade e alimenta a necessidade de lugares nos quais, temporariamente, possa “despejar” e internar os pacientes” (Rotelli et al., 2001, p. 22).

A terceira problemática dessas experiências refere-se ao fato de que o sistema de saúde mental funciona como um circuito, no qual os serviços comunitários e os centros de internação são complementares; ou seja, a instituição total foi substituída pela circulação. “Assim funcionam: o centro para intervenção durante a crise, o serviço social que distribui subsídios, o ambulatório que distribui fármacos, o centro de psicoterapia etc” (Rotelli et al., 2001, p. 23). Nesse contexto, os locais de internação

fazem-se necessários para atender à recorrência de seus usuários (os novos crônicos) que nele se instalam temporariamente.

Ainda segundo esses autores, na tentativa de afastar a psiquiatria de um modelo de controle social, criou-se um novo sistema de prestação de serviços terapêuticos, que por fim acabaram por abandonar e criar uma nova cronicidade. Essa maneira de desinstitucionalizar não conseguiu superar a necessidade de locais de internação. “A psiquiatria nascida das reformas faliu, seja no objetivo de superar a cronicidade, seja no objetivo de liberar-se da sua ‘função’ de coação e internação” (Rotelli et al., 2001, p. 27).

### **1.3 – Antipsiquiatria e psiquiatria democrática**

A antipsiquiatria surgiu na década de 1960, em Londres, como um forte movimento de contestação. David Cooper, seu principal representante, trouxe como experiência inicial a chamada Vila 21, onde reuniu indivíduos que não haviam sido tratados anteriormente em um novo modelo de comunidade terapêutica (Desviat, 1999).

Cooper (1967), ao comentar sobre sua postura questionadora frente à psiquiatria, a rotulou como uma postura antipsiquiátrica. “Um questionamento mais profundo conduziu alguns de nós a propor concepções e procedimentos que parecem inteiramente antiéticos com relação aos convencionais e que, de fato, podem ser encarados como

uma antipsiquiatria embrionária” (p. 10). Nesse sentido, propôs-se a investigar a esquizofrenia, considerada como a principal área problemática da psiquiatria. Em suas palavras,

esquizofrenia é uma situação de crise microssocial, na qual os atos e a experiência de determinada pessoa são invalidados por outras, em virtude de certas razões inteligíveis, culturais e microculturais (geralmente familiares), a tal ponto que essa pessoa é eleita e identificada como sendo “mentalmente doente” de certa maneira e, a seguir, é confirmada (por processos específicos, mas altamente arbitrários de rotulação) na identidade de “paciente esquizofrênico” pelos agentes médicos ou quase médicos (p.16).

Na perspectiva de Bosseur (1976), a antipsiquiatria não está interessada em criar uma nova maneira de explicar a loucura, mas sim de criticar estruturalmente conceitos como saúde mental e a utilização desses conceitos como referência.

Ao discutir a relação médico-paciente, Cooper (1967) salienta que a psiquiatria alinhada ao ideário capitalista acaba por servir aos interesses do capitalismo ao invés dos daqueles lançados em situação psiquiátrica como seus pacientes. Dessa forma, aqueles que, por iniciativa própria, recorrem a um psiquiatra visando atender às expectativas sociais massificadoras são atendidos em seus objetivos.

A antipsiquiatria, assim como a psiquiatria democrática (a seguir), não apenas critica a estrutura asilar ou buscam uma reorientação teórico-prática da psiquiatria. Ambas buscam romper com o saber e as práticas psiquiátricas centradas no hospitalocentrismo.

Uma experiência de especial relevância para a desinstitucionalização da loucura é a da Itália, que em 1961, em Trieste, com Franco Basaglia, viu o hospital psiquiátrico se



transformar em comunidade terapêutica e, mais tarde, em todo um movimento de inserção da loucura na sociedade. Esse movimento era de crítica aos manicômios, assim como a todas as instituições de marginalização (Desviat, 1999).

A psiquiatria democrática objetivou romper com o paradigma racionalista problema-solução (cura), sem com isso afastar-se da idéia de cuidado. Distanciando-se da noção de cura, o problema passa a incidir sobre a produção de vida em suas minúcias e possibilidades (Rotelli et al., 2001).

De acordo com os autores citados acima, o movimento reformador italiano iniciou sua experiência de transformação a partir do interior do manicômio, e apresentou alguns aspectos pilares calcados nos seguintes pressupostos: a adoção do paradigma da desinstitucionalização, a ação institucional caracterizada pela participação de todos os atores envolvidos, a transformação das relações de poder entre instituição e os sujeitos (principalmente os pacientes), e a desmontagem da instituição pelo seu interior, prescindindo da internação e construindo serviços inteiramente substitutivos.

Entre os anos de 1971 e 1978, o hospital psiquiátrico de Trieste foi inteiramente esvaziado de seus 1200 internos; e em 1978, por inspiração de Franco Basaglia, foi decretada a extinção do manicômio pela Lei nº 180. A experiência de Trieste demonstrou que é possível criar novas possibilidades de assistência que não as centradas na psiquiatria tradicional (Desviat, 1999; Rotelli et al., 2001).

Segundo os autores supracitados, o processo de desinstitucionalização em Trieste só foi possível graças a uma desmontagem do manicômio e a uma reconversão de recursos

materiais e humanos, o que tinha como pano de fundo três principais aspectos: a construção de uma nova política de saúde mental; a centralização do trabalho terapêutico no enriquecimento da existência global do paciente, sendo este um sujeito ativo; e a criação de serviços externos inteiramente substitutivos da internação.

Rotelli et al. (2001) ainda destacam que tais serviços apresentam-se como centros de saúde mental, plantão psiquiátrico no Hospital Geral, estruturas e espaços do ex-Hospital Psiquiátrico, cooperativas de trabalho promovidas e organizadas pelos centros de saúde mental, Centro para Tóxico-Dependentes e serviço psiquiátrico territorial.

Rosa (2003), por sua vez, analisa que a perspectiva basagliana assume integralmente o PTM objetivando a reconstrução de atores sociais, e os desdobramentos dessa perspectiva promovem “uma ruptura com o paradigma clínico, psiquiátrico, ao desconstruir os aparatos científicos, legislativos, administrativos, culturais e políticos que lhe dão sustentação” (p. 66).

Amarante (1992) analisa a experiência em Trieste da seguinte maneira:

O projeto nascido no seio da Psiquiatria Democrática Italiana absorveu, na prática, a crítica ao modelo médico psicológico de análise e tratamento, denunciou o papel segregador, alienante e normativo da instituição e propôs uma superação do saber psiquiátrico e de suas instituições de intervenção social. Este projeto renunciou à cientificidade da psiquiatria e a cientificidade dos conceitos sobre a loucura/doença mental, exigindo poder abrir mão da função de controle que a sociedade lhe delegava (p.98).

Franco Basaglia entendia como insuficiente qualquer alternativa que não passasse por uma demolição da estrutura manicomial e sua substituição por serviços de saúde (divididos por áreas demarcando territórios), disponíveis à população a todo tempo (Jorge, 1997).

#### **1.4 - A reforma psiquiátrica brasileira**

O movimento de reforma psiquiátrica brasileira se originou com o objetivo de resgatar a cidadania do louco. Teve sua gênese em um momento de redemocratização e sofreu influência dos movimentos das comunidades terapêuticas e da psiquiatria comunitária e preventiva. Tal reforma constitui-se como “um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si” (Tenório, 2002, p. 28).

As comunidades terapêuticas e a psiquiatria comunitária e preventiva influenciaram a reforma psiquiátrica brasileira em especial às noções de saúde mental e ação comunitária, na qual a concepção de saúde mental é relacionada à noção de adaptação ao grupo.

No contexto de reforma atual, a noção de ação social é repensada, já que “a idéia de uma ação comunitária, igualmente cara à reforma, exige atenção permanente aos riscos de psiquiatrização e normalização do social” (Tenório, 2002, p. 31). Observando tais riscos, a reforma psiquiátrica atual busca utilizar a comunidade como um suporte social,

fazendo dela um lugar possível ao louco. Em lugar das expressões “psiquiatria comunitária e preventiva”, tem sido utilizado o termo “atenção psicossocial e território”.

A noção atual de saúde mental na reforma psiquiátrica brasileira caracteriza-se por:

servir para denotar um afastamento da figura médica da doença, que não leva em consideração os aspectos subjetivos ligados à existência concreta do sujeito assistido; e servir para demarcar um campo de práticas e saberes que não se restringem à medicina e aos saberes psicológicos tradicional” (Tenório, 2002, p.31).

Amarante (1994) propõe que um dos motivos que dificultaram as propostas de reforma foi o fato de a doença mental ter se tornado lucrativa para o setor privado, já que o Estado, a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), na década de 1960, começa a pagar pelos serviços psiquiátricos desse setor.

Este modelo privatizante (em todo o setor, e não apenas no subsetor saúde mental) é de tal forma tão violento, concentrador, fraudulento e ganancioso, que contribui com parcela significativa de responsabilidade para a crise institucional e financeira da Previdência Social que deflagra no início dos anos 80 (Amarante, 1994, p.80).

Para o autor supracitado, à medida que as propostas de reforma avançavam na direção de um modelo não manicomial de assistência, o setor privado aumentava consideravelmente o número de internações. Tendo em vista esse contexto, o Estado passou a tentar se reorganizar de forma a assumir parte da assistência pública, antes em parte destinada ao setor privado, assim como a estabelecer melhores estratégias de controle sobre essa assistência.

Somente a partir da década de 1980 a reforma psiquiátrica brasileira passou a ser marcada por importantes acontecimentos. Em 1987 ocorreu a I Conferência Nacional em Saúde Mental - na qual, para Tenório (2002), deu-se cabo à trajetória sanitária, que visava à transformação do modelo assistencial de saúde, para iniciar-se a desconstrução do modelo clássico de lidar com a loucura, o que passou a ser chamado de desinstitucionalização.

Naquele mesmo ano ocorreu o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Foi promovida uma série de discussões que culminou na “criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luis da Rocha Cerqueira, em março de 1987 em São Paulo, e a criação do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos [...]” (Amarante & Torre, 2001, p.27).

O II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental trouxe consigo a importante característica de chamar ao debate usuários e familiares na perspectiva de discussão da cidadania do louco.

A ação na cultura passa a ocupar um lugar estratégico no agora denominado Movimento da Luta Antimanicomial: trata-se de chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura. A participação dos agora chamados usuários dos serviços de saúde mental (em lugar de pacientes) e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências passa a ser uma característica marcante do processo (Tenório, 2002, p.35).

Esses acontecimentos propiciaram um novo momento para a reforma psiquiátrica brasileira, não mais calcado no questionamento e aprimoramento da estrutura de

cuidado hospitalar existente, mas na criação de novas formas de cuidado. “Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica” (Tenório, 2002, p.35).

Grosso modo, a reforma psiquiátrica no Brasil, apesar dos constantes passos em direção à desinstitucionalização, ainda é predominantemente caracterizada por um processo de desospitalização (Gonçalves & Sena, 2001; Tsu, 1993; Rosa, 2003).

### **A reforma psiquiátrica no Legislativo**

A Lei nº 180, aprovada em 1978, na Itália, constituiu-se no ápice da desinstitucionalização. Passou a ser proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos e a internação de novos pacientes, e foram estabelecidas as diretrizes para a gradual alta dos que se encontravam internos. A norma também instituiu os serviços territoriais e aboliu o estatuto de periculosidade do doente mental, assim como a internação e o tratamento coagidos. O PTM passou a ser um cidadão (com direitos civis e sociais) (Rotelli, et al., 2001).

No Brasil, o marco no processo da reforma psiquiátrica foi a Lei nº 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado. Sancionada em 6 de abril de 2001, busca regulamentar e assegurar a proteção aos direitos de pessoas com transtornos mentais, além de redirecionar os moldes assistenciais destinados à saúde mental. Foi apresentada em 1989 pelo deputado Paulo Delgado, como Projeto de Lei nº 3657/89 (Brasil, 2004).

O projeto de lei inicialmente possuía três artigos - que previam, basicamente, o impedimento da construção de novos hospitais psiquiátricos, o direcionamento de recursos públicos para a criação de novas possibilidades de assistência não-manicomiais e a obrigatoriedade de comunicação à autoridade judiciária no que se refere às internações compulsórias. Essa primeira versão não foi aprovada, e uma nova versão do projeto de lei, de autoria do senador Sebastião Rocha, foi aprovada em janeiro de 2000 na Câmara dos Deputados. Essa nova versão possuía, contraditoriamente, um artigo que previa a construção de hospitais psiquiátricos, que foi retirado quando o projeto retornou à Câmara dos Deputados. Doze anos depois da apresentação do Projeto de Lei nº 3657/89, foi aprovada, em 2 de abril de 2001, a Lei nº 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (Tenório, 2002).

Até ser aprovado, o Projeto de Lei nº 3657/89 sofreu várias transformações, que amenizaram, mas não neutralizaram seu conteúdo progressista. O projeto inicial delimitava de forma mais clara questões como alternativas de assistência aos PTMs e a desconstrução do modelo manicomial, questões que não ficaram bem definidas no texto finalmente aprovado (Tenório, 2002).

Ainda em 1989, a apresentação do Projeto de Lei nº 3657 suscitou, em diversas partes do país, grandes e importantes discussões e experiências, a citar a criação de “associações de psiquiatrizados e de familiares, e de aprovação de projetos de lei de reforma psiquiátrica” (Amarante, 1994, p.81).

Pelo exposto, a lei da reforma psiquiátrica brasileira, desde sua apresentação como projeto de lei, ampliou consideravelmente o debate sobre a psiquiatria e suas práticas, e

imprimiu as marcas da reforma psiquiátrica no âmbito legislativo. Em termos jurídicos, articulou a forma de cuidado dispensado aos PTMs ao conceito de cidadania, termo caro ao discurso jurídico - já que se relaciona à noções de direitos e deveres.

Trazer esse debate para o âmbito jurídico também implicou em repensar a concepção de sujeito de direito, até então atrelada a uma noção de razão, capacidade de decidir e seguir regras. Essa noção, cuja construção histórica tornou incompatível ao que se pode chamar de experiência da loucura, encontra na Idade Média, em Descartes, o status de desrazão e o início de sua história de marginalização.

Com Descartes, a loucura é banida do domínio da razão, o que torna impossível a experiência da “razão irrazoável” encarada com tolerância e significado positivamente absorvido pela sociedade, como no século XVI (Foucault, 1987).

Philippi (1994) relata que, ao entrar em um momento histórico de valorização da racionalidade, o homem é consagrado como o fundamento do poder. A norma jurídica originada dessa racionalidade converte homens em sujeitos de direito. “O sujeito de direito indubitavelmente é uma das categorias básicas que sustentam o discurso jurídico moderno” (p.170).

Do sujeito de direito a que o discurso jurídico se refere se exigem alguns atributos - dentre eles, a racionalidade pautada na capacidade de escolha. Do encontro entre o direito e a psicologia, surge a noção de sujeito atrelada a questões como responsabilidade, racionalidade, imputabilidade. Tais substantivos circunscrevem um sujeito controlável (Philippi, 1994).



Não é difícil, entretanto, compreender a necessidade do discurso jurídico em operar com um sujeito plenamente consciente de si, responsável por seus atos, uma vez que somente ele pode ser obrigado em consciência a obedecer às normas, cuja imposição pela força resulta menos econômica (p.172).

Em um momento de valorização do saber especialista, os discursos dos especialistas são tidos como os autorizados a dizer o que é verdadeiro ou autêntico; destarte, o discurso competente não se refere a qualquer discurso, mas àquele proferido por um especialista. Quando esse discurso visa igualar os indivíduos e apagar diferenças e contradições, pode ser chamado de ideologia (Chauí, 1982).

O discurso jurídico por meio de leis legitima práticas político-normativas que visam igualar os indivíduos, modelando seus comportamentos e ditando valores. Nesse sentido, tal discurso, ao mesmo tempo em que inclui, marginaliza.

A desigualdade frente os ordenamentos jurídicos perdura na figura dos interditos, dos internos em hospitais psiquiátricos, dos miseráveis e de todos aqueles que, por terem sido feridos por uma estrutura social perversa, hoje ameaçam a integridade de uma ordem social instituída” (Philippi, 1994, p.173).

A loucura fere uma ordem social na medida em que não pode ser completamente controlada nem obedecer rigorosamente aos critérios exigidos em seu discurso. Daí a dificuldade que relegou ao quase silêncio, por tanto tempo, a discussão da cidadania do louco, o que comprometeu consideravelmente seu direito a liberdade.

Quanto à cidadania, deve-se ter em vista que, como aponta L. de Souza (2004), ela não admite gradação. Existe ou não. No que se refere aos PTMs, a vivência dessa cidadania

tem se tornado ainda mais difícil, devido a uma construção histórica que associou a loucura à possibilidade de perigo e o cuidado ao asilamento.

Nota-se que a desrazão negativada encontrou ao longo de sua história um suporte social que a enclausurou e a manteve nesse estado, e que, mesmo no atual momento de reforma, ainda luta para derrubar os muros – físicos e subjetivos – que a condenaram por tanto tempo e que ainda a condenam. Apesar de todas as conquistas de caráter reformador, a experiência da loucura parece ainda não encontrar um amparo social que permita sua vivência em liberdade.

Essa forma negativa de se pensar a loucura, a partir de noções como doença e erro de razão, resulta em uma concepção de sujeito alienado – e, portanto, objeto de intervenção compulsória (Jorge, 1997).

Em um contexto impulsionado pela reforma psiquiátrica, à medida que o número de internações cai, aqueles que não vislumbram outra maneira de trato com a loucura buscam outra forma de devolver o louco aos hospitais psiquiátricos, internando-o compulsoriamente.

A Lei nº 10.216, em seu Art. 6º, parágrafo único, caracteriza três tipos de internação psiquiátrica:

- I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça (Brasil, 2004, p.18).

Bentes (1999), em sua pesquisa sobre internações compulsórias de crianças e adolescentes no período 1994-1997, aponta que o caráter impositivo dessas internações tem causado um mal-estar na equipe técnica que lida com esse tipo de demanda, fato que também pode ser constatado na realidade pesquisada.

A autora destaca algumas características em comum nos diversos casos de internação por mandado judicial: sua compulsoriedade – a equipe de saúde não pode se recusar a internar, pois poderia ser penalizada por desacato à autoridade; sua indicação por motivos jurídicos e não médicos – quando há pedido de internação mesmo sem laudo de equipe de saúde; prazo de internação – normalmente é determinado no próprio mandado; e contraste de perfil do internado em relação aos demais internos – diferença de diagnósticos.

Esse tipo de internação “expressa, muitas vezes uma internação imposta à Instituição, não sendo a opinião técnica contrária a esse procedimento passível de impedi-lo” (Bentes, 1999, p.60). Além dessas questões, o paciente internado compulsoriamente tende a ser visto como ilegítimo em relação a essa instituição, já que a equipe técnica não pode opinar sobre sua internação ou alta.

Tal cenário leva à reflexão de que a reforma não passa simplesmente pela mudança da assistência aos PTMs e pelo aparato legislativo (indispensáveis para esse processo), mas pela mudança de concepções de toda a sociedade sobre a loucura.

As práticas manicomiais existem e deverão continuar existindo nas instituições, nos locais de trabalho, nas casas de famílias, nos gestos e olhares. É preciso saber que a mudança verdadeira passa pela transformação das práticas cotidianas dos exercícios que

assumirem a total responsabilidade desta transformação (Amarante, 1992, p.100).

### **1. 5 – A reforma psiquiátrica e a família do portador de transtorno mental (PTM)**

Como visto, a reforma psiquiátrica tem se caracterizado pela reivindicação da cidadania dos PTMs, calcada em um movimento de desinstitucionalização que, na realidade brasileira, amiúde tem sido simplificada à desospitalização (Tsu, 1993; Gonçalves & Sena, 2001; Rosa, 2003).

Esse cenário se reflete de forma negativa sobre a família, já que é nela que se dará o cotidiano do cuidado e as propostas de reabilitação que dariam suporte a essa tarefa ainda são insuficientes (Gonçalves & Sena, 2001).

Tal panorama leva a crer que a desospitalização tem se mostrado insuficiente para garantir a reinserção do PTM na sociedade; e pode se tornar, ao contrário, um fator de exclusão social. Como ressaltam Rotelli, et al. (2001),

onde a luta pela liberdade não se associa à luta pelos recursos que fundem em trocas sociais aquela liberdade, o eventual fechamento dos manicômios, quando se realiza [...], pode corresponder, pelo contrário, ao empobrecimento ulterior dos excluídos restituídos a uma vida exclusiva (p.62).

Aliadas às dificuldades efetivas do cuidado cotidiano com o PTM encontram-se também as dificuldades subjetivas dessa tarefa. As famílias tendem a se sentir incapazes de

realizar tal tarefa, já que, durante muito tempo, tal tarefa manteve-se relacionada ao especialista em um contexto de confinamento.

Costa (2004) argumenta que, em um contexto geral, há uma tendência das famílias de não se sentirem habilitadas a resolver seus próprios problemas e dificuldades, tendo, para isso, que recorrer a especialistas. Essa dependência não é algo natural, mas uma construção histórica calcada na articulação estratégica entre Estado e medicina.

Nesse contexto, família e comunidade tendem a se sentir incapacitados para conviver com um PTM, quer seja por se sentirem incapazes de cuidar dele ou pela ameaça de um “imminente perigo”, quer seja pela reafirmação de uma noção de que o único tratamento possível para esses casos é o asilar.

Mas nem sempre os PTMs foram tutelados por especialistas. Nas sociedades pré-capitalistas, o louco estava sob a competência da família.

A exclusão social gerada pela internação psiquiátrica concede ao louco o “status” de doente mental, e possibilita o estabelecimento de uma nova relação entre ele e sua família, diferente daquela observada na sociedade pré-capitalista, em que o louco era responsabilidade de sua família (Rosa, 2003).

No século XVII, visando alcançar toda a sociedade, o alienismo interveio nas famílias com o objetivo de influenciar sua organização através da ingerência do louco. A psiquiatria pedagogicamente intervinha na família com o objetivo de regulação moral, mas não só em relação à família, como também à sociedade. Segundo Rosa (2003),

a relação da família com o louco aparece não só como um problema social a ser equacionado pela sociedade burguesa, mas também como uma questão teórica. [...] em última análise, a origem da alienação provinha da estrutura familiar e tinha causalidade moral (p.50).

Com o asilamento, o papel da família em relação ao louco passa a ser o de identificar seus sintomas, encaminhá-lo ao asilo e fornecer informações sobre sua história aos especialistas.

Ou seja, a relação da família com o PTM passa a ser mediatizada por agentes médicos e por agências estatais, encarregadas da cura, da custódia e da assistência. Há, portanto, a ruptura do louco com seu meio sociocultural e familiar, bem como a organização asilar implementa uma pedagogia que centra sua ação sobre o louco, excluindo a família de sua abordagem. À família restaria, então, aguardar pacientemente a devolução do louco recuperado ou curado, promessa implícita nessa pedagogia” (Rosa, 2003, p. 52).

Essa mesma autora destaca que a psicanálise, no início do século XX, dá ênfase à influência das relações familiares sobre o psiquismo do sujeito. Dessa maneira, a “doença” estaria relacionada à maneira como os pais educam os filhos. “A ação psiquiátrica tendia a culpabilizar os pais pelas inadequações do comportamento da criança orientando sua interpretação de conduta para a má educação ou para a doença” (p.59). Mas a abordagem psicanalítica ficou sujeita a críticas, já que reforça o tipo de família conjugal moderna – complexo de Édipo – focando os aspectos intrapsíquicos dessa relação familiar, desconsiderando as condições históricas e sociais.

A intervenção na família na década de 1950 destacava o papel da mãe na emergência da esquizofrenia. A doença passou a ser percebida como resultado da relação entre mãe e filho, sendo um tipo de resposta à família, em especial à mãe.

A família é vulnerabilizada e destituída de seus saberes sobre relacionamentos internos, sobretudo em relação à educação dos

filhos. Os terapeutas tornam-se cada vez mais presentes, intermediando suas relações e conflitos, que se transformam em um saber de expert [... Assim, a psiquiatria européia e a americana, sobretudo ao expandir-se dos pequenos grupos do hospital para as microestruturas sociais, apontando a família como agente patológico, atuam para produzir a saúde mental pela ação normatizadora na interação entre seus integrantes” (Rosa, 2003, pp. 61-62).

Na década de 1970, as produções teóricas orientavam-se a analisar as conseqüências da crise sobre a família e sobre o desenvolvimento da reforma psiquiátrica, relacionando-a ao momento de crise e desemprego. Já na década de 1980, essas produções se orientavam ao estudo do impacto produzido pelo transtorno mental na família e sobre os cuidados que a mesma família dispensava ao PTM. Naquele contexto, a mulher apresenta-se como a principal cuidadora (Rosa, 2003).

De um modo geral, todas as teorias produzidas sobre a família e o PTM foram absorvidas no Brasil. Somente na década de 1970, no entanto, essas temáticas ganharam expressividade como objeto de estudo no contexto brasileiro. Na década de 1990, cresceram consideravelmente, influenciadas pela reforma psiquiátrica (Rosa, 2003).

A autora ainda destaca que as abordagens sobre a família no Brasil foram marcadamente influenciadas pelos moldes da assistência psiquiátrica calcada no hospitalocentrismo.

## **2 – OBJETIVOS**

### **2.1 – Objetivo Geral**

O movimento de reforma da psiquiatria tem buscado consistentemente a reformulação do modelo assistencial destinado ao PTM, orientando-se por estratégias extra-hospitalares. Neste contexto, o modelo manicomial tem recebido diversas críticas, dentre elas, a de desfigurar a autoimagem do sujeito (Balila, 2000) e mortificar seu eu (Goffman, 2008).

Por esse panorama, faz-se necessário ampliar a discussão acerca das internações, em especial, a que buscamos tratar neste trabalho: as internações compulsórias, já que os internados por essa via, apresentam maior tempo de permanência hospitalar.

Visando contribuir para essa discussão, este trabalho tem por objetivo conhecer a dinâmica internação/desinternação em processos que resultaram em internações compulsórias cumpridas em Hospital Psiquiátrico, no 1º semestre de 2008.

### **2.2 - Objetivos específicos**

Diante das observações descritas acima e a partir do nosso objetivo principal nos propomos à:

- Conhecer quem são os demandantes das internações por via judicial;



- Compreender quais as justificativas dos demandantes para essas internações;
- Compreender as justificativas que subsidiam as decisões judiciais de internação;
- Conhecer os principais atores envolvidos no processo internação/desinsternação, e como os mesmos se articulam.

### 3 - MÉTODO

#### 3.1 – Delineamento

Esta é uma pesquisa analítico/descritiva abordada em uma perspectiva qualitativa. Na psicologia, desde Wilhelm Wundt, pode-se notar a utilização de métodos qualitativos. Esses aos poucos perderam espaço para métodos quantitativos, mas recuperaram sua relevância a partir da década de 1960. A pesquisa qualitativa considera a subjetividade do pesquisador e suas impressões e reflexões nesse processo de produção, além de apreciar sob diversas perspectivas o objeto analisado (Flick, 2004).

Rey (2005) também ressalta a importância da valorização do pesquisador e do participante no processo de produção da pesquisa, apontando que a “pesquisa qualitativa recupera, em todas as suas conseqüências, os sujeitos do processo de pesquisa, tanto o pesquisador como os participantes, o que envolve a adesão à pesquisa como decisão pessoal” (p.83).

Oliveira e Silva (2005) ressaltam que uma análise qualitativa dos processos evidencia percepções e posicionamentos. Esses autores definem a análise qualitativa como a

análise que busca ações e associações feitas pelos agentes que tem sua fala registrada no processo. A preocupação está, então, na apreensão dos valores, regras e condutas que entram em jogo na luta simbólica em que estão envolvidas as representações do mundo social (p.3).

A opção por uma abordagem qualitativa baseou-se no julgamento de que ela seria uma ferramenta essencial para esta pesquisa, já que o que se quer conhecer é o processamento de uma dinâmica dentro de um processo judicial, a dinâmica da internação/desinternação, a partir da identificação dos atores implicados nessa dinâmica, de sua participação e de seus discursos.

Para Fiorin (1990), o discurso contém uma visão de mundo que traz consigo estereótipos (sistema de valores) que podem ser valorizados ou desvalorizados em um meio social. Os estereótipos estão contidos na linguagem porque ela condensa uma prática social. Nessa perspectiva, o enunciador não é percebido como agente do discurso; ele se origina de relações sociais e reproduz formações discursivas provenientes de sua formação social. A análise em questão se orienta para as concepções e visões de mundo dos que estão inscritos nesse discurso. Em linhas gerais, o autor reflete sobre as relações entre a linguagem e a ideologia, sendo que a última pode ser percebida tanto como positiva quanto negativa. O discurso veicula as ideologias e é também o lugar das coerções sociais; não representa necessariamente o enunciador, mas as relações sociais nas quais está inserido.

Nesse contexto, um discurso nunca se refere a um indivíduo apenas - mas deve ser remetido a relações, representações e práticas sociais, das quais o enunciador é proveniente.

### **3.2 – Procedimentos e Instrumentos**

Esta é uma pesquisa documental cujas fontes de dados foram processos judiciais que resultaram em internações compulsórias cumpridas no Hospital Psiquiátrico.

A respeito da pesquisa documental Pádua (1997) descreve que “é aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não-fraudados) [...]” (p. 62).

Existem vários tipos de documentos, sendo que eles podem ser escritos ou não. Os que foram utilizados nesta pesquisa podem ser definidos como documentos jurídicos. Tais documentos “constituem uma fonte rica de informes do ponto de vista sociológico, mostrando como uma sociedade regula o comportamento de seus membros e de que forma se apresentam os problemas sociais” (Marconi & Lakatos, 1999, p.68).

Lavine e Dionne (1999) destacam que as pesquisas documentais, nas quais os seres humanos são abordados indiretamente, constituem-se na maioria na área das ciências humanas.

Gil (2002) inicia sua explanação sobre pesquisa documental apontando a semelhança entre ela e a pesquisa bibliográfica. A diferenciação de tais procedimentos é realizada a partir de suas fontes, sendo que a pesquisa bibliográfica é referenciada àquela que se utiliza de vários autores que abordam um mesmo assunto, enquanto que a documental se utiliza de materiais que ainda não sofreram um tratamento analítico (fontes primárias) ou que possam ser reelaborados (fontes secundárias).

O referido autor destaca vantagens da pesquisa documental, sendo que a primeira delas diz respeito ao custo, já que, amiúde, esse tipo de pesquisa exige apenas a capacidade do pesquisador e a disponibilidade de tempo. Outra vantagem apontada pelo autor é atribuída ao fato de que não se exige contato com os sujeitos da pesquisa - contato esse que pode ser difícil, inviável ou ainda prejudicado por situações decorridas dessa relação.

Convém lembrar que algumas pesquisas elaboradas com base em documentos são importantes não porque respondem definitivamente a um problema, mas porque proporcionam melhor visão desse problema ou então, hipóteses que conduzam a sua verificação por outros meios (Gil, 2002, p.47).

Nesse sentido, busca-se, através desta pesquisa documental, conhecer melhor o problema proposto, os sujeitos envolvidos e maneira como se relacionam - não com a pretensão de responder definitivamente a alguma questão, mas de conhecer quais questões emergem desse contexto, contribuindo para ampliar a visão sobre o assunto.

Para tanto, foi necessário desenvolver algumas etapas que podem ser sequenciadas da seguinte maneira: (1) identificação dos casos; (2) localização dos processos; (3) pedido de autorização aos juízes responsáveis; e (4) coleta de dados propriamente dita.

A identificação dos casos e a localização dos processos, etapas 1 e 2, foram desenvolvidas no Hospital Psiquiátrico. Procedeu-se então a um levantamento de casos de internação compulsória a partir da análise de prontuários e demais documentações de pacientes.

Foram selecionados os casos de internação compulsória que estavam sendo cumpridos no primeiro semestre de 2008 (período em que se iniciou o levantamento de dados no Hospital), ou seja, de pacientes que ainda se encontravam internados nesse período. Foram ignorados os que já haviam sido liberados e os que se internaram durante ou após esse período.

Foram identificados onze casos de internação por via judicial no período de levantamento. Na documentação específica desses pacientes, constava a localização dos processos que resultaram em sua internação por via judicial, conforme quadro abaixo. No quadro, os nomes dos pacientes serão substituídos por nomes fictícios.

**Quadro 1 – Quadro referente aos casos de internações compulsórias localizados no Hospital Psiquiátrico.**

	<b>Vara</b>	<b>Internação</b>	<b>Liberação</b>
<b>Angelo</b>	Órfãos e Sucessões da Serra	12/02/08	13/02/2009
<b>Antônio</b>	Vara da Fazenda Pública Estadual	16/05/07	Sem informações
<b>Artur</b>	Vara Única de Iúna	18/08/05	Sem informações
<b>Darci</b>	Órfãos. e Sucessões de Cariacica	18/12/06	Internado
<b>Everaldo</b>	Órfãos e Sucessões de Cariacica	24/10/04	19/06/08
<b>Lucas</b>	Família, Órfãos e Sucessões de Viana	02/02/07	Internado
<b>Marcelo</b>	Ministério Público	16/07/05	Sem informações

Vila-Velha			
<b>Marcos</b>	1ª Vara de Órfãos e Sucessões Vitória	09/11/05	Sem informações
<b>Mario</b>	Vara Única de Iúna	02/05/03	Sem informações
<b>Otávio</b>	Órfãos e sucessões de Cariacica	05/10/06	Internado
<b>Rosa</b>	Órfãos e Sucessões Cariacica	20/09/07	03/11/08

A terceira e a quarta etapas da pesquisa destinaram-se ao pedido de autorização aos juízes responsáveis para o acesso aos processos e à coleta de dados propriamente dita. Foi redigida e enviada aos juízes responsáveis pelos processos de interesse uma carta em que constavam a identificação do pesquisador, o objetivo da pesquisa e os seus aspectos éticos.

A pesquisa ficou restrita aos processos localizados na Grande Vitória, e, por esse critério, dois processos foram excluídos, já que estavam localizados em Iúna. Três outros processos não foram analisados, por dificuldades no tocante ao acesso os autos (muitas vezes estavam no Ministério Público ou com os juízes) ou ao contato com o responsável para pedido de autorização. Cabe ressaltar que nenhum juiz a quem foi solicitada autorização se opôs à pesquisa.

De uma maneira geral, entre os onze casos identificados, seis puderam ser analisados a partir de seus processos. O material analisado foi copiado diretamente dos processos ou transcrito a partir de gravações de leituras realizadas nas constantes visitas aos locais nos quais os mesmos estavam localizados, já que não poderiam ser retirados.

Os dados de histórias de vida que constavam nos processos foram resumidos, assim como o andamento dos processos. Foi dado destaque à dinâmica internação/desinternação. Essas informações serão apresentadas nos resultados.

### **3.3 – Análise de dados**

A análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin (1977).

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação vasto (Bardin, 1977, p.27).

Ainda para essa autora, a análise de conteúdo, por meio da manipulação de mensagens, busca uma realidade que não se apresenta de forma tão explícita. Sua análise se baseia em três etapas. A primeira delas refere-se à pré-análise, que é um momento de organização, de reflexões e de idéias e que orienta-se para a seleção do material que será analisado, objetivos e fundamentação que subsidiará uma futura interpretação. A segunda etapa refere-se à exploração do material, que é a fase de codificação dos dados. Já a terceira etapa relaciona-se ao tratamento dos resultados obtidos e à interpretação desses dados.

Lavine e Dionne (1999) destacam que, apesar da estipulação de etapas, a análise de conteúdo não é um método rígido, em que a partir do ordenamento de etapas surgem



conclusões. Constituem-se essas etapas, no entanto, em possíveis vias para uma análise. Assim, podem descrever, por exemplo, fases ou momentos de um discurso que em algum momento virão a conjugar-se com “etapas no interior das quais o pesquisador deve fazer prova de sua imaginação, de julgamento, de nuança, de prudência crítica” (p.216).

### **3.4 – Aspectos éticos**

Foram preservados todos os dados que dizem respeito à identificação dos sujeitos envolvidos nos processos judiciais, assim como dos personagens que atuam nesses processos. Não serão identificados os números dos processos, bem como os nomes dos autores dos pareceres ou das sentenças, de representantes do Ministério Público, da Defensoria Pública ou de advogados particulares, de policiais, assistentes sociais ou outros profissionais do Poder Judiciário e dos profissionais das instituições que mantêm relação com as Varas nas quais estão localizados os processos de interesse para a pesquisa.

Um termo de consentimento foi assinado pelo diretor do Hospital Psiquiátrico para que a documentação dos sujeitos internados compulsoriamente no hospital pudesse ser consultada para a devida localização dos processos (Anexo A).

Após a localização dos processos, foram enviados aos juízes responsáveis pelos mesmos pedidos de autorização para a pesquisa (Anexo B).

#### **4 - RESULTADOS**

A seguir está sintetizado o desenrolar dos processos de interesse desta pesquisa. Dele emergem as histórias dos sujeitos que foram internados por via judicial, assim como as de suas famílias. Manifestam-se também o hospital e, frequentemente, o judiciário através dos seus agentes e especialistas.

Buscou-se retirar dos processos o máximo possível de informações. Nem sempre, entretanto, as histórias dos sujeitos são tão bem delineadas. Os processos que tramitam há mais tempo amiúde trazem mais informações, já que, geralmente, quanto maior o tempo de tramitação, maior o número de documentos juntados aos processos, o que fornece um maior detalhamento da história desses sujeitos e do desenrolar de seus processos.

Nesse desenrolar, evidencia-se a articulação entre família, hospital e Judiciário. Está apresentado a seguir um panorama geral dessa articulação, com foco no processo de internação/desinternação desses sujeitos. Eles e todos os demais, por questões éticas, serão identificados por nomes fictícios. Aos juízes e juízas no referiremos sempre no masculino.

## História de “Everaldo”

“Ao diretor do ... (removemos o nome do Hospital), ... (removemos o nome da cidade e estado)

*Atendendo ao que foi requerido nos autos de Interdição, Processo nº ... (removemos o nº do processo) – Interdição determino a Vossa Senhoria que mantenha o paciente “Everaldo”., brasileiro, solteiro, doente mental, filho de F. e A., internado neste Hospital até ulterior deliberação deste Juízo, para continuidade de seu tratamento, a fim de se evitar tragédias no lar do referido paciente” (Ofício do juiz determinando a internação compulsória de “Everaldo”).*

“Everaldo” tem 38 anos, é solteiro, não possui filhos e é aposentado. Seu diagnóstico é de esquizofrenia cronicada (CID 10 / F 20.0) desde os 22 anos, segundo relato da Defensoria Pública, e desde os 15 anos, segundo laudo pericial de psiquiatra. A mãe de “Everaldo” pede sua interdição alegando que ele é agressivo, tendo esfaqueado o pai, e na seqüência pede a interdição de seu filho J., dizendo que ambos sofrem de transtornos mentais e que são totalmente incapacitados para os atos da vida civil. Esses fatos foram posteriormente confirmados por perícia médica designada pelo juiz. Sua mãe é doméstica e seu pai é lavrador. Possui mais dois irmãos que também apresentam transtornos mentais. Um deles (que também sofre processo de interdição) começou a apresentar os sintomas de transtorno mental depois de quadro de alcoolismo, quadro também apresentado por seu pai. A única da família que parece não apresentar transtornos mentais é sua mãe. Mas em laudo pericial, quando se fala de antecedentes na família, até mesmo ela foi apontada como PTM; no entanto, essa hipótese foi negada a partir de exame psiquiátrico. A Defensoria Pública, logo no pedido de interdição, em 14/12/2004, solicitou que Everaldo seja mantido compulsoriamente internado no Hospital Psiquiátrico onde já se encontrava. A Defensoria alegou que *“O requerido, é uma pessoa bastante agressiva, quebra tudo dentro de casa, e agride todos da família, estando na iminência de receber alta hospitalar, causando pânico total na família”*. A

partir de tal justificativa, a mãe “*requer LIMINARMENTE, que seja determinado por este Honradíssimo Juízo, que o Requerido permaneça por tempo indeterminado no Hospital ... (removemos o nome do Hospital), pois conforme já mencionado, seu genitor, ainda se convalesce das agressões sofridas pelo mesmo*” (p. 2-4). Em 20/12/2004, apenas seis dias após o pedido de manutenção da internação por via judicial, o juiz determinou a internação compulsória de “Everaldo” (p. 10-11). Ao todo, o hospital enviou cinco ofícios informando ao juiz que “Everaldo” estava em condições de alta hospitalar. No primeiro deles, um parecer técnico enviado ao juiz em 31/03/2005, consta que “*o paciente “Everaldo” encontra-se internado neste Hospital / Unidade de Curta Permanência desde 29/10/2004. História de quadro esquizofrênico crônico, recusando medicação oral, apresentando no ato da internação agitação psicomotora e hetero-agressividade; com péssimo estado higiênico, desorientação, atividade delirante e insônia, com juízo crítico de morbidade prejudicada. O requerido paciente reside com os pais e dois irmãos, também com transtornos mentais. São acompanhados pelo CAPS, mas “Everaldo” abandonou o tratamento e não vinha freqüentando o serviço. Trata-se de problema social grave. A família é muito carente, vivem da aposentadoria do pai e do benefício de “Everaldo”. A principal queixa é com relação a agressividade do paciente, que possui conflitos com o pai chegando a agredi-lo, fato este que levou a família a procurar o Judiciário. Durante todo o período de internação, “Everaldo” se mantém calmo e tem bom relacionamento com a equipe e os demais pacientes. Mantém-se no momento, com quadro psiquiátrico estável e em condições de alta hospitalar, podendo retomar o tratamento no centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*” (p. 24-25). Em 06/04/2005, no próprio hospital, ocorreu a audiência de “Everaldo”, em que se realizou seu interrogatório. Na ocasião, a assistente social do hospital declarou aos presentes que “Everaldo” estava em condições de alta.

No registro dessa audiência consta o seguinte relato: *“Este Juízo conversou com a Assistente Social do hospital e esta lhe disse que o tratamento do interditando estava normalizado e que encaminharia para este juízo o Relatório Médico a fim que o mesmo seja liberado do Hospital. Diante disto este Juízo determinou que fosse oficiado ao Hospital psiquiátrico, a fim de que o Senhor Diretor informe sobre a situação do paciente “Everaldo”, dizendo que este está apto a voltar ao convívio familiar, bem como, RESPONDER A QUESITAÇÃO POR MÉDICO PSIQUIATRA, A FIM DE INSTRUIR O PRESENTE FEITO”* (p. 26). É encaminhada ao hospital, em 04/05/2005, uma solicitação para que o mesmo informe sobre a situação de “Everaldo”, *“esclarecendo se o mesmo está apto a voltar ao convívio familiar, bem como responder a quesitação através de médico Psiquiatra, a fim de instruir os autos do Processo de Interdição nº ...”* (p. 27). Em 05/09/2005, o juiz enviou um novo ofício ao Hospital Psiquiátrico para que o hospital fornecesse informações quanto à condição do paciente “Everaldo”, esclarecendo principalmente se ele encontrava-se apto a retornar ao convívio familiar (p. 45). Um segundo ofício foi enviado ao juiz pelo hospital em 11/11/2005; tratava-se do mesmo parecer técnico enviado anteriormente (p. 33). Em 14/11/2006, o hospital enviou ao juiz um terceiro ofício, inicialmente trazendo o mesmo conteúdo dos anteriores, sendo acrescido somente o seguinte relato: *“Em recente visita ao Hospital, na presença do Exm. Juiz, a mãe do Sr. “Everaldo”, a Sr. A. manifestou o interesse de que seu filho obtivesse alta e fosse para casa. Já durante todo o período de internação, “Everaldo” manteve-se calmo e com bom relacionamento com a equipe e com os demais pacientes e no momento, encontra-se com o quadro psiquiátrico estável, em condições de alta hospitalar e podendo retornar o tratamento em regime de atenção diária, aguardamos apenas o parecer do juiz responsável pelo caso para encaminharmos sua alta hospitalar”* (p.51). Em sequência, são apresentadas as mesmas

informações dos ofícios anteriores. Em 28/11/2006, o promotor de Justiça manifestou-se pela primeira vez quanto à revogação da internação compulsória de “Everaldo”. *“Antes de nos manifestarmos sobre a saída do interditando “Everaldo” do Hospital Colônia ‘AB’, requeremos que seja promovido o seu exame pericial, conforme determinado às fls. 35 vº (p. 54)”*. Em 22/01/2007, foi realizado o laudo de “Everaldo”, que o considera completamente incapaz - como demonstram as respostas aos quesitos do juiz respondidas pelo psiquiatra, nos seguintes termos: *“a) O interditando é portador de alguma doença, inclusive mental? Sim; b) Qual tipo de doença é portador? Esquizofrenia Cronificada – CID 10 / F 20.0; c) A anomalia é de natureza regressiva ou progressiva? Progressiva; d) Devido à doença, é o mesmo incapaz de dirigir sua pessoa e gerir seus negócios nos atos a vida civil? Sim; e) Se a incapacidade do interditando é total ou parcial? Total; f) Existe possibilidade de recuperação para o interditando? Não (p. 58-59)”*. Em 29/01/2007, o promotor de Justiça se manifesta pela segunda vez quanto à revogação da internação compulsória de “Everaldo”, ressaltando que *“quanto à liberação do interditando “Everaldo”, preferimos nos manifestar após o atendimento do item anterior”* (o item anterior referido relaciona-se ao pedido de atestado de saúde mental de sua mãe, solicitante da curatela). O quarto ofício do hospital informando condições de alta hospitalar de “Everaldo”, por sua vez, foi enviado no dia 17/10/2007, relatando que *“em cumprimento à determinação contida no of. ... (removemos o nº do ofício), datado de 20 de dezembro de 2004, mantemos internado compulsoriamente nesta instituição o interditando “Everaldo”. No ofício que o encaminhou, esse honradíssimo juízo determinou que o mesmo permanecesse internado ‘até ulterior deliberação’. O Hospital ... (removemos o nome do Hospital) é unidade de curta permanência de pessoas acometidas de crises agudas de patologias mentais, tratando-as até a estabilização do quadro clínico, após o que são as mesmas restituídas*

à família e à comunidade, em harmonia com a Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001, que ao dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, instituiu, em seu art. 2º, os seguintes parâmetros: Art. 2º. Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.’ E, mais adiante, o § 2º do art. 8º é peremptório: ‘§ 1º **O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento**’ (Negritou-se e sublinhou-se). O paciente internou-se, estabilizou-se. Hoje, o parecer técnico a seu respeito, datado de 28 de agosto último, revela: ‘Durante todo o período de internação “Everaldo” manteve-se calmo, com bom relacionamento com a equipe e demais pacientes, não ocorrendo nenhum episódio de hetero-agressividade que justifique sua internação. Encontra-se com quadro psiquiátrico estabilizado e em condições de alta hospitalar, podendo

*continuar o tratamento em nível ambulatorial. Diante do quadro atual de “Everaldo” sua mãe, A., tem requerido sua alta e retorno a convivência familiar, buscando os procedimentos legais para tal. Diante do exposto aguardamos apenas o parecer do juiz responsável pelo caso para encaminhamento de sua alta hospitalar’. Apesar de seu quadro encontrar-se estabilizado há aproximadamente 1 ano, o paciente permanece internado compulsoriamente, em respeito à determinação de que aqui permanecesse ‘até ulterior deliberação’. A propósito da aplicação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, o Ministério Público editou o Provimento nº 006/2006, com recomendações aos membros do Ministério Público, em cujo parágrafo único, do art. 1º, determina: ‘Parágrafo único. Observe se a decisão judicial fundamenta-se na premente necessidade da internação, esgotando-se todos os meios extra-hospitalares para o tratamento, e ainda, **com prazo para a reavaliação médica do paciente, objetivando sua reinserção no meio sócio-familiar**’ (sublinhou-se e negritou-se). A permanência indefinida de paciente já estabilizado neste estabelecimento vulnera os direitos do portador de transtornos mentais, assim definidos pela Lei Federal 10.216/01 e desnatura a finalidade precípua desta instituição, que é a estabilização de pessoas acometidas de surtos psiquiátricos, mediante internação pelo período que se fizer necessário até a superação da crise, restituindo-as em seguida à família e à sociedade. O quadro clínico do paciente é semelhante ao de portador de diabetes: não há cura – há o tratamento capaz de manter a situação sob controle – o que não pressupõe internação hospitalar. Demais disso, eminente magistrado, a genitora do sr. “Everaldo”, sra. A., tem comparecido a este hospital e revelado que aprendeu a lidar com o filho e suas características, mostrando-se acolhedora, desejando levá-lo de volta ao lar; está consciente da necessidade de ministrar os medicamentos, os quais não fornecia antes porque não dispunha de recursos financeiros para adquirir. Agora está*



*cadastrada na farmácia popular e não tem mais a dificuldade de comprar e ministrar os medicamentos ao filho. Pelo exposto e com os documentos em anexo, submetemos à elevada consideração de Vossa Excelência o exame da conveniência da REVOGAÇÃO DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DO INTERDITANDO “EVERALDO”, com conseqüente ALTA HOSPITALAR, devolvendo-o à família, recomendando-o ao serviço de atendimento em saúde mental da municipalidade, a fim de que lhe sejam ministrados os medicamentos capazes de manter seu quadro sob controle (p. 80-85).* A esse relatório seguiu parecer técnico com informações similares às já apresentadas anteriormente. Em 05/11/2007, a mãe de “Everaldo”, por meio de memorial do processo feito pelo promotor público, além de pedir a curadoria do mesmo, pediu pela primeira vez que “Everaldo” fosse liberado do hospital nos seguintes termos: *“Requer também que seja providenciada a alta hospitalar do Requerido, “Everaldo” que se encontra internado no Hospital ... (removemos o nome do Hospital)”* (p. 88-89). Em 09/11/2007, o promotor de Justiça enviou resumo do caso para o juiz mostrando-se favorável à interdição dos irmãos e a que a mãe de ambos fosse nomeada curadora. A respeito da postura do hospital quanto à sua tentativa de dar alta a “Everaldo”, fez o seguinte comentário: *“Após certos contratemplos proporcionados pela direção do Hospital ... (removemos o nome do Hospital) que insistia na alta hospitalar do Interditando “Everaldo” enquanto se furtava a realizar a perícia no mesmo [...]”* (p. 91-93). Em 26/12/2007, foi enviado ao juiz o quinto ofício do hospital, informando condições de alta de “Everaldo”: *“Reitero a Vossa Excelência o pedido de providências no sentido de revogar a internação compulsória de “Everaldo”, a fim de que volte ao convívio familiar, notadamente em virtude da concordância de sua mãe, D. A., que o tem visitado com regularidade”* (p.98). Em 22/04/2008, a Sra. A., mãe de “Everaldo”, pediu a revogação da internação de seu filho pela 2ª vez, em ofício feito exclusivamente

para esse fim. *“Ressalta a Requerente, que seu filho está com alta hospitalar, e pronto para o retorno ao convívio familiar, conforme documento de fls. 98 dos autos. Afirma a Requerente, que atualmente tem conhecimento de como tratar seu filho, dentro do convívio com a família. Assim requer a Vossa Excelência, que seja expedido ofício para o Hospital ... (removemos o nome do Hospital), autorizando que o Interditando, volte a residir com a família” (114-115).* Em 03/07/2008, foi revogada a internação compulsória de “Everaldo”: *“Atendendo ao que consta dos autos de Interdição nº (removemos o nº dos autos), **autorizo a liberação do interdito “Everaldo”,** nascido aos 02/08/1971, filho de F. e A., com as cautelas de praxe, uma vez que, segundo parecer técnico desta instituição, datado de 28/08/2007, cuja cópia segue em anexo, o mesmo encontra-se em condições de alta hospitalar, podendo continuar o tratamento em nível ambulatorial e pronto para o convívio familiar” (p.137).* Passaram-se mais de três anos entre o primeiro relatório do hospital informando condições de alta de “Everaldo” até a revogação de sua internação. “Everaldo” esteve internado por 1.315 dias.

### **História de “Otávio”.**

*“Senhor Juiz bom dia  
Eu estou bem com todo mundo. Eu não brigo mais no hospital. Eu tomo remédio todo dia e não jogo fora.  
Senhor Juiz boa sorte, muita. Estudo pro senhor, muita coragem pra vencer a batalha contra o mal.  
Eu não sou aposentado, não ganho benefício, nem sou encostado.  
Por favor me ajude a sair daqui do hospital. Lá fora eu vou trabalhar na feira.  
Prometo ser honesto com todo mundo para senhor juiz e “Otávio”.  
Bom dia para todos.  
(Carta de “Otávio” ao juiz pedindo a revogação de sua internação).*

“Otávio” é nascido em Vila Velha, tem 33 anos e é solteiro. Recebeu o diagnóstico de esquizofrenia paranóide (CID 10 / F.20) em perícia médica. Seus sintomas surgiram aos 12 anos, segundo a perícia, e aos 18 anos, segundo laudo elaborado pelo Hospital Psiquiátrico. Em 22/07/2002, sofreu ação de interdição a pedido de seu pai, sob a alegação de que “Otávio” possui retardo mental, estando impossibilitado de reger sua pessoa nos atos da vida civil. Seu pai pede assistência judiciária gratuita por não poder arcar com as custas do processo. É o pai quem o acompanha em seu exame pericial e nos demais compromissos. Ele é carpinteiro, e sua esposa é doméstica. “Otávio” foi avaliado pela perícia como totalmente incapaz. O laudo pericial apontou que, em relação aos antecedentes hereditários, mãe e tio paterno apresentam transtorno mental. “Otávio” foi interditado em 27/03/2003, e seu pai foi nomeado seu curador. Em 25/04/2006, o pai de “Otávio” pediu ao juiz, em caráter de urgência, que determinasse que “Otávio” permanecesse internado no Hospital Psiquiátrico, já que a família foi informada pelo Hospital que o mesmo deveria sair em alta em alguns dias. A manifestação do pai de “Otávio” foi a seguinte: *“J. vem solicitar que seu filho continue internado no Hospital Psiquiátrico, já que este quer lhe dar alta. “Que o interditado, encontra-se internado no Hospital ... (removemos o nome do Hospital), por ser uma pessoa extremamente agressiva, que se recusa a fazer uso dos medicamentos, e já tentou inclusive, matar a própria genitora. Ocorre, MM. que o Hospital ... (removemos o nome do Hospital) afirmou que o Interditado, receberá alta nesta semana ainda, entretanto, o Requerente, não tem como recebê-lo em sua residência, visto que trará risco de vida para toda a família do requerente. Assim, requer a Vossa Excelência, que seja o Processo de Interdição, tombado sob o nº ... (removemos o nº do processo), apensado ao presente pedido. Pelo exposto, requer a Vossa Excelência, a participação do Requerente do Ministério Público, para atuar no feito. Requer a Vossa Excelência,*

*que seja expedido em caráter de URGÊNCIA, um ALVARÁ, ou caso Vossa Excelência entenda de maneira diversa, um OFÍCIO, DETERMINANDO QUE O INTERDITADO, “OTÁVIO”., PERMANEÇA INTERNADO NO ... (removemos o nome do Hospital), POR MAIS UM TEMPO, OU ATÉ MESMO QUE CONSIGA O REQUERENTE, UM LUGAR OU UMA OUTRA RESIDÊNCIA, PARA QUE O MESMO FIQUE RESIDINDO, UMA VEZ QUE NÃO HÁ POSSIBILIDADE, DO REQUERENTE RECEBER AINDA ESTA SEMANA, O INTERDITANDO, EM SUA RESIDÊNCIA, POR SER EXTREMAMENTE VIOLENTO E AGRESSIVO, COM OS GENITORES” (p. 2).*

Em 25/09/2006, o juiz pediu ao hospital que o informasse se “Otávio” estava em condições de voltar ao convívio familiar (p. 12). O pai de “Otávio” enviou ao juiz um abaixo assinado com 71 assinaturas de pessoas da comunidade onde vive para que o filho seja internado compulsoriamente (p. 13-14). Em 04/10/2006, o juiz determina a internação compulsória de “Otávio” da seguinte maneira: *“Atendendo o que consta dos autos do alvará Judicial nº ... (removemos o nº do alvará), em especial os fatos narrados desta data, os quais relatam a violência que tem sido praticada pelo interditado “Otávio”, brasileiro, nascido em...(removemos a data de nascimento), filho de J e N., **DETERMINO** a internação do mesmo neste hospital psiquiátrico **até ulterior deliberação deste Juízo. O presente ofício deverá ser protocolado pelo Oficial de Plantão no Hospital ... (removemos o nome do Hospital), e o interditado será apresentado ao referido hospital pelo seu genitor J., com a urgência que se faz necessária, podendo, se preciso for, utilizar reforço policial” (p. 15-16).*** Em 04/10/2006, o hospital enviou resposta ao pedido de informações do juiz sobre o interditado “Otávio”: *“Informamos que consta em nossos registros que o Sr. “Otávio” OBTEVE ALTA MELHORADO em 08/08/2006” (p. 17).* Em 06/10/2006, o pai de “Otávio” apresentou ao juiz a queixa de que, no ato da internação, foi humilhado pela

psiquiatra depois de ter apanhado do filho. Segundo relatado, a psiquiatra “se recusou a internar seu filho e para isso o pai deveria trazer um laudo, passou por toda essa humilhação e em momentos antes foi agredido por seu filho ali dentro do hospital” (p. 20). A partir dessas informações, naquela mesma data, o juiz destinou um mandado de intimação à médica para que ela prestasse esclarecimentos sobre o ocorrido (p. 21-22). Em 10/10/2006, o hospital enviou relatório informando a situação de “Otávio” e relatou que ele “[...] Possui várias internações neste hospital, saindo sempre pela via da alta melhorada, o que indica estar apto a voltar ao convívio familiar e com indicação de tratamento psiquiátrico a nível ambulatorial ou em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Trata-se de uma família resistência a aceitar o paciente em casa e de se implicar no tratamento deste. Durante as internações, raramente comparecem ao Hospital a fim de acompanhar o tratamento, mesmo com insistentes solicitações da equipe multidisciplinar. Foram realizadas várias visitas domiciliares sempre no sentido de sensibilizar para a reinserção do paciente no meio familiar e orientar quanto à importância da participação dos familiares no tratamento. Na última alta em 08 de agosto de 2006 foi reencaminhado ao CAPS... (removemos o nome do CAPS) em atenção diária, chegando a freqüentar as atividades oferecidas por este serviço, podendo retomá-las com a alta. Sugerimos que se reforce a necessidade do envolvimento da família no tratamento do “Otávio” e dos demais membros, desde a internação e principalmente na pós-alta” (p. 24-26). Em 11/10/2006, a psiquiatra intimada esclareceu o ocorrido no hospital e declarou ao juiz acreditar que o pai de “Otávio” não estava com oficial de Justiça; que orientou a secretária para que ela dissesse ao pai de “Otávio” que ele deveria ir ao Hospital ... (removemos o nome do Hospital), pois lá é feita a triagem; que o pai de “Otávio” levou o filho para internação depois do prazo; que “Otávio” encontrava-se amarrado, com ferimento nasal; e que o

pai relatou que, se pudesse, mataria o filho (p. 30). No dia 19/10/2006, “Otávio” evadiu-se do hospital e, segundo relato de seu pai, foi até o local onde ele trabalha, agrediu uma pessoa e apedrejou o prédio em frente. Por intermédio da família, quatro dias depois regressou ao hospital (p. 32-34). “Otávio” evadiu-se novamente do hospital no dia 15/01/2007, e retornou no dia seguinte munido de sua certidão de nascimento, argumentando ter fugido para providenciar a 2ª via. O hospital avisou ao juiz e à família sobre essas evasões. Em 08/03/2007, “Otávio” evadiu-se do hospital pela terceira vez. Naquela data, o juiz enviou ofício ao hospital determinando a reinternação de “Otávio” nos seguintes termos: *“reportando-me ao Ofício nº (removemos o nº do ofício), de 04/10/2006, expedido nos autos supra mencionados, **DETERMINO a REINTERNAÇÃO** do interditado “Otávio”, brasileiro, nascido em (removemos a data de nascimento), filho de J. e N., “sob pena de crime de desobediência, uma vez que o mesmo tem sido liberado sem prévia comunicação e autorização deste juízo, infringindo assim determinação judicial. Outrossim, cumpre esclarecer que o mesmo compareceu nas dependências deste Fórum bastante agitado e alterado, atrapalhando o funcionamento da justiça e colocando em risco a integridade física das pessoas que ora transitavam por este Fórum” (p. 41-42). O hospital responde ao ofício acima em 09/03/2007, da seguinte maneira: *Em atenção ao Ofício nº. (removemos o nº do ofício), vimos esclarecer que o paciente Sr. “Otávio” evadiu-se desta Unidade Hospitalar na manhã do dia 08/03/2007, o que significa **dizer que o mesmo não recebeu Alta Hospitalar**. Por outra banda cabe ressaltar que o Sr. “Otávio” tem apresentado constante demanda de retornar ao convívio sócio-familiar chegando ao ponto de nos solicitar o envio de uma carta a esse juizado (vide anexo). Não havendo mais nada para o momento, manifestamos nossos votos de estima. Em seguida são enviadas ao juiz duas cartas de “Otávio” nas quais ele expressa sua vontade em sair do hospital, uma**

delas está descrita no início deste texto. Segue às cartas a sentença do juiz: *“A pretensão do autor, Sr. J., foi alcançada através do Ofício nº (removemos o nº do ofício) constante às fls. 42, recebido em 08/03/2007, determinando a reinternação do interditando “Otávio”, filho de J. e N. Diante do exposto, julgo extinto o processo, na forma do art. 269, inc. I do Código de Processo Civil. P.R.I. Sem custas. Arquive-se”*. A partir da sentença, o processo foi arquivado, e até 05/06/2009, dia de minha última visita ao hospital, *“Otávio”* ainda encontrava-se internado, totalizando até aquela data 960 dias de internação.

### **História de “Rosa”**

*“Inventaram a história de eu agredir Dona C., mas inventaram porque eu sou doida né, aí todo mundo acredita” (Relato de “Rosa” às equipes técnicas do hospital e psicossocial do Fórum em uma reunião no hospital)*

*“Rosa”* tem 38 anos, foi casada duas vezes, é mãe de seis filhos, sendo que a mais velha mora sozinha, os três seguintes moram com o primeiro companheiro, o filho mais velho do segundo companheiro é criado por ele e o caçula foi entregue à adoção, história pouco detalhada no processo. Consta apenas que ele inicialmente esteve na casa de passagem e que foi encaminhado para adoção. *“Rosa”* ficou sabendo da adoção enquanto estava internada e emocionou-se quando tocou no assunto. Segundo relatos de vizinhos, da equipe técnica do fórum e o ex-marido, *“Rosa”* é uma pessoa caprichosa e boa mãe. Recebeu o diagnóstico de esquizofrenia paranóide (CID 10 F 20.0) em perícia médica, tendo sido considerada totalmente incapaz. Seu pedido de interdição foi feito em 01/12/2004 por uma vizinha, que alegou que *“a requerida é portadora da doença mental há mais de 10 anos, estando incapacitada de gerir a própria vida, conforme*

*laudo médico anexado, necessitando de cuidados médicos constantes, vivendo sob a total dependência da Requerente [...]. Segundo a Requerente o pai da Requerida mora em (removemos o nome da cidade) e a sua mãe não se dispõe a oferecer os cuidados necessários a Requerida. Ressalta que a Requerida mora com o seu filho e o seu companheiro, mas que o seu companheiro a ignora, não cuida dela. Ressalta que a Requerente conhece a Requerida há dois anos, que vive num bairro próximo ao da Requerida e é ela quem leva a Requerida ao médico e está sempre com ela” (p. 2-3).*

Em seguida, foi pedido o benefício de assistência judiciária gratuita. Segundo relato da vizinha, a mãe de “Rosa” disse que o pai de “Rosa” e duas irmãs sofrem de transtorno mental. Em laudo pericial, no entanto, na parte que trata de antecedentes hereditários, consta que a mãe e a irmã são sofredoras de transtorno mental. Em 19/04/2005, o juiz pediu para ouvir o companheiro de “Rosa”, sua mãe e testemunhas, já que a vizinha não possui vínculo de parentesco com “Rosa” para pedir a curatela. Seu companheiro informou que abandonou “Rosa” assim que ela passou a contar com os cuidados de sua vizinha, e que cuida sozinho do filho que tiveram. Em 30/08/2005, o promotor de Justiça pediu um estudo social do caso. Em 18/01/2006, a vizinha que propôs a interdição de “Rosa” e sua curadoria pediu renúncia processual fazendo substituição por um primo de “Rosa”. Em estudo social realizado em 24/03/2006, constava que “A requerida é uma pessoa simplória, vive só, numa pequena casa de 3 cômodos cedida por Sr. D., seu ex-companheiro. A residência estava organizada e em adequadas condições de higiene. Em virtude da falta de um representante legal, ninguém solicitou pedido de benefício junto ao INSS estando a requerida sem renda fixa. A mesma necessita de ajuda de vizinhos e eventualmente faz serviços de faxineira. Disse que recebe ajuda do centro comunitário do bairro (cesta básica). “Rosa” alimentando-se na casa da irmã R. ou da vizinha M. e A. Durante conversa com a requerida, foi



possível notar que tem noção de tempo, boa memória e estabelece contato com a realidade. Às vezes, repete trechos de histórias que aparentemente não possuem significado, entretanto, após conhecer um pouco mais de sua história entendemos que mistura informações reais com dados fantasiosos que envolvem seu universo. A requerida relatou sofrer desrespeito e maus tratos (físico, moral e sexual) por parte de vizinhos e outras pessoas. Ao fazer esses relatos e falar sobre o filho, emocionou-se. Quando a requerida se referiu à requerente M., levantou suspeitas de que ela era amante de seu ex-companheiro Sr. D. A vizinha A. filha de M. confirmou que por várias vezes testemunhou as agressões sofridas pela requerida (xingamentos, pedradas, roubos, constrangimentos), acrescentando ainda que a “Rosa” algumas vezes nem reage às agressões pois fica envergonhada, e em outras reage. A. disse ainda que “Rosa” é caprichosa, que convive bem com toda sua família e que sabe se portar e conversar. Disse ainda, que a requerida se trata de uma pessoa “de bom coração” que às vezes é agressiva, o faz como reação, não por maldade. Ela percebe “Rosa” como uma pessoa muito sofrida e incompreendida. Ao se referir à família da requerente, A. disse que a genitora da requerida levou embora o botijão de gás que “Rosa” tinha e que a genitora vive graças a uma pensão que uma outra filha tem direito também por ter problemas de ordem mental” (p. 41-42). No decorrer do processo, vários sujeitos se candidataram e desistiram da curatela. Inicialmente uma vizinha, e depois um primo, desistiram antes mesmo de conseguir a curatela. Também se candidataram a viúva de seu segundo ex-marido, que tem a guarda de um dos filhos de “Rosa”, a filha mais velha da interditanda, e mais tarde sua segunda filha. A viúva de seu ex-marido permaneceu pouco tempo como curadora (cerca de um mês). Comunicou que “Rosa” estava apresentando comportamento agressivo: ia até seu comércio, xingava e ameaçava as pessoas que lá estavam presentes; e pedia insistentemente o cartão do INSS, a senha e

o dinheiro. Na recusa, começava a xingar e a ameaçar M.. A partir de então, todos os dias “Rosa” comparecia ao local e agredia todos os presentes, o que prejudicava o comércio. Ela chegou a agredir fisicamente uma senhora idosa de 80 anos. Por esses motivos, a viúva de seu ex-marido preferiu se eximir da curatela da interditanda. Dois dias depois, em 20/09/2007, sua filha mais velha foi nomeada sua curadora provisória. No mesmo dia, foi determinada a internação compulsória de “Rosa” , nos seguintes termos: *“Através do presente **DETERMINO** a internação da interditanda **“Rosa”** brasileira, solteira, filha de M. e M., tendo em vista que a mesma apresenta anomalia psíquica, estando em processo de interdição neste Juízo, necessitando de tratamento em tempo integral, para que possa se recuperar, até ulterior deliberação deste juízo. Outrossim, tal determinação se justifica uma vez que a mesma tem praticado atos de violência e agressividade e a sua internação tem respaldo no art. 1777 do CC”* (p.71). Em 24/09/2007, o juiz encaminhou ofício ao hospital solicitando autorização para que psicóloga e a assistente social do fórum fizessem visitas periódicas à interditanda no hospital. Em 24/10/2007, quando a equipe visitava o hospital para a realização de estudo social, S. filha de “Rosa” , que participava da reunião com os profissionais, relatou se sentir jovem demais para assumir tamanha responsabilidade da curatela e que poderia assumir a responsabilidade de cuidar da mãe desde que ela fosse colocada em local apropriado, que pagaria com o benefício da requerida. Para tanto, comprometeu-se a manter contato com a instituição e a acompanhar a evolução da mãe por meio de visitas regulares. Na reunião, “Rosa” bateu à porta querendo participar e criticou sua internação dizendo: *“Ficar no meio de gente que não tem idéia certa não ajuda em nada,... aqui a gente fica a toa mesmo”*. (p. 89-91). No dia 11/12/2007, em mais um encontro, o hospital avisou a equipe do fórum que “Rosa” estava em condição de alta hospitalar. A partir de então, ambas as equipes passaram a procurar um lugar (asilos) que

puddesse acolhê-la (p. 92-94). Em 22/01/2008, o hospital enviou ao juiz um relatório informando que “Rosa” estava em condições de alta hospitalar e sugerindo a inserção dela no CAPS. Segue trecho do relatório: “A *Lei Federal 10.216/2001 instituiu a nova política nacional de atenção em saúde mental. O foco da nova legislação contempla a estabilização clínica do paciente, e em seguida seu encaminhamento para reinserção familiar e comunitária. Assim, quando o paciente está em crise, atestada pelo Hospital ... (removemos o nome do Hospital) – porta de entrada do sistema – é então internado na Unidade de Curta Permanência deste Hospital... (removemos o nome do Hospital), até que seu quadro se estabilize. Uma vez em condições de receber alta hospitalar, passa a ser objeto da atenção dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e Residências Terapêuticas, de responsabilidade dos municípios, cujas prefeituras devem acionar os respectivos PSFs(Programa de Saúde da Família), por seus serviços de atenção em saúde mental, para acompanhar os egressos e viabilizar o convívio com a família e comunidade. No caso da paciente “Rosa”, seu quadro hoje apresenta-se assim, segundo parecer da lavra da Dra. M., que a assiste nesta unidade: “A paciente acima citada encontra-se internada na Unidade de Curta Permanência deste serviço desde 20/09/2007, em função quadro psicótico apresentado àquela época. Evoluiu com melhora do quadro psíquico, atualmente estando lúcida, pragmática, em pleno gozo de suas faculdades mentais. Apresenta déficit intelectual de leve a moderado, o que, no momento, não a impede de reger sua própria vida em comunidade. Em condições de alta hospitalar, aguardando liberação judicial, sem êxito até então. Solicitamos apreciação e resolução de sua problemática social” (p.98-100). Em mais um estudo social, realizado em 13/05/2008, a equipe técnica do hospital relatou não ter encontrado nenhum local adequado para “Rosa”, e afirmou que o mais indicado seria o atendimento no CAPS. Mas para isso, “Rosa” teria que morar com a filha, e esta teria que participar*

mais ativamente de seu tratamento, no qual vinha mostrando pouca participação. Em 10/06/2008, foi realizada mais uma reunião entre as equipes e a filha mais velha de “Rosa” (sua curadora), ocasião em que foi discutida a importância de seu papel no processo de reinserção social da mãe. Os profissionais também sugeriram o controle de natalidade de “Rosa”, por meio da laqueadura de trompas. A filha parecia estar exercendo sua curadoria aquém do esperado, sendo algumas vezes chamada à presença do juiz para prestar contas e esclarecimentos (p. 120-121). Em 21/08/2008, o Ministério Público manifestou-se favorável à inserção de “Rosa” no CAPS - desde que a direção do Hospital... (removemos o nome do Hospital) assumisse, ao menos por ora, toda a responsabilidade sobre ela; isto é, até a definição da curatela (p. 130-132). Em 26/08/2008, pela terceira vez o hospital informou ao juiz que “Rosa” estava em condições de alta. Informou também sobre uma reunião com S. (filha de “Rosa” e sua curadora) e sobre o aluguel de uma casa para “Rosa” em ... (removemos o nome do bairro). S. ficou responsável por levar as coisas de “Rosa” para a casa e por comprar o que faltava para mobiliá-la. S.,entretanto, não cumpriu com nenhuma das tarefas combinadas. A partir de então, a equipe passou a ter dificuldade para falar com ela. A casa estava com dois aluguéis vencidos, e a equipe técnica passou a ser cobrada. Em seguida, foram localizados o primeiro companheiro de “Rosa” e seus filhos. A mais velha alcançaria a maioria em pouco tempo, e cogitava-se a possibilidade de que assumisse a curatela de sua mãe em lugar de S., que perdeu a curatela. Em 25/09/2008, elaborou-se mais um relatório social referente à primeira família de “Rosa”, citada acima. Foi citada a segunda filha de “Rosa”, a que agora cogita assumir o cargo de curadora da mãe. Ela estuda e estagia, junto com os irmãos visita “Rosa” e diz que a mãe está apta a sair do Hospital ... (removemos o nome do Hospital). Ela disse estar disposta a assumir a curatela como forma de ajudar a mãe (p. 146). Em 09/10/2008, foi

realizada audiência com o objetivo de atribuir as responsabilidades da futura curadora e também do CAPS nessa fase preparatória para a desospitalização de “Rosa”. O CAPS assumiu responsabilidades em relação ao recebimento do benefício previdenciário, às despesas, ao controle de medicamentos durante a semana e à aplicação de medicação contraceptiva. “Rosa” foi interditada e sua segunda filha assumiu a curatela. Em 23/10/2008, K. foi nomeada curadora de “Rosa”, que em 03/10/2008 teve revogada sua internação compulsória. *“Atendendo ao que consta dos autos de Interdição nº (removemos o nº dos autos), autorizo a liberação da interna “Rosa”., nascida em ... (removemos a data de nascimento), filha de ... (removemos os nomes dos pais) , com as cautelas de praxe, uma vez que, segundo parecer técnico Dra. ... (removemos o nome da médica) , CRM/ES (removemos o nº do CRM), médica desta instituição, datado de 22/01/2008, a mesma encontra-se em condições de alta hospitalar. Outrossim, informo a Vossa Senhoria que em 23/10/2008 foi decretada a interdição de “Rosa”, sendo-lhe nomeada curadora sua filha K., nascida aos (removemos a data de nascimento), filha de ... (removemos os nomes dos pais), residente em ... (removemos o nome do bairro). Informo ainda que a interditanda em questão é usuária intensiva do programa Caps ... (removemos o nome do Caps) (Centro de Atenção Psicossocial) o qual, segundo sua assistente social M., prestará toda assistência necessária a mesma (atendimento psicossocial, medicação, alimentação completa) de segundas às sextas das 08:00 às 17:00h” (177).* “Rosa” permaneceu internada por 373 dias.

### **História de “Angelo”.**

*“Considerando o estado agressivo do requerido, que mesmo após a audiência continua necessitando da interferência da Polícia Militar para controlá-lo, determino o*

*encaminhamento do mesmo ao ... (removemos o nome do Hospital) para internação devendo o nosocômio encaminhar ao juízo os laudos do mesmo, no prazo de até 30 dias” ( relato do juiz após contato com “Angelo” em audiência).*

“Angelo”, 57 anos, nasceu em ... (removemos o nome da Cidade). Seu pai é falecido, e sua mãe é idosa e apresenta problemas cardíacos. Tem um irmão também com transtornos psiquiátricos e, assim como ele, sofre processo de interdição. O pedido de interdição de “Angelo” foi feito pelo Ministério Público, sob a alegação de que *“o interditando é portador de retardo mental, conforme laudos médicos anexados, demonstrando ser incapaz de reger sua pessoa e os atos da vida civil”* (p 2-3). Em declaração médica, consta que “Angelo” faz tratamento psiquiátrico em ... (removemos o nome da cidade): *“Atesto para fins de direito que o paciente “Angelo” encontra-se em tratamento neste serviço de psiquiatria – portador de CID – 10 F20.5, em uso dos seguintes medicamentos: [...]. Não tem condições de fazer tratamento ambulatorial, face às fugas do lar e agressividade freqüente à mãe, devendo ser hospitalizado definitivamente”* (20/12/2006, p.9). No pedido de interdição, sua irmã propõe-se como curadora, e em seguida apresenta pedido de assistência judiciária gratuita. A partir de um pedido de benefício assistencial por doença feito pela irmã de “Angelo” sua representante legal, uma assistente social, com o objetivo de verificar a situação de vulnerabilidade social de “Angelo”, realizou visita domiciliar. Em seu relatório, destacou que *“o Sr. “Angelo” vive em um cômodo no fundo da casa de sua mãe e apresenta comportamento anti-social e mostrou-se irritado com nossa presença durante a visita [...] A idosa informa que não tem condições de cuidar desse filho, porque apresenta problemas cardíacos e já não tem mais forças. Verificamos que o usuário esta vivendo em situação de vulnerabilidade social agravado pela doença. Dessa forma informamos que o usuário está apto a requerer amparo social por doença de acordo com a legislação de concessão do benefício assistencial”* (02/05/07, p. 31). Se seguiram

a estes documentos da pretendente à curadoria, sua declaração de sanidade mental e atestado de bons antecedentes. Em audiência realizada em 12/02/2008, a irmã de “Angelo” foi nomeada sua curadora provisória por prazo de 180 dias. O juiz decidiu pela internação de “Angelo” justificando sua decisão com base no comportamento agressivo apresentado por ele durante audiência. Pediu também que o hospital enviasse laudos sobre a condição do interditando em 30 dias. A íntegra da decisão é apresentada no início deste texto (p. 50). A esse último pedido, o hospital respondeu que não tinha condições de elaborar o laudo com as respostas aos quesitos suscitados pelo juiz por questões de ética. Em 28/02/2008, o hospital enviou relatório ao juiz sugerindo estar “Angelo” em condições de alta hospitalar. *“O paciente “Angelo” foi internado na UCP deste hospital no dia 12/02/08 acompanhado de sua irmã C., a irmã vem acompanhando o tratamento e em entrevista realizada informa que o Sr. “Angelo” reside com a mãe (76 anos) e o irmão ( 56 anos) em ... (removemos o nome do bairro e cidade). O paciente não possui renda e a família tem precárias condições financeiras, tendo dificuldade em sustentá-lo em todas as suas necessidades. Há histórico de recusa ao tratamento negando-se a ir as consultas e à fazer uso da medicação; o que leva à piora do quadro desencadeando episódios de agressividade principalmente em relação ao irmão. Durante esta internação apresenta-se calmo, cooperativo, aceitando os cuidados de enfermagem, não apresentando hostilidade ou comportamento agressivo. Considero que com um acompanhamento de forma intensiva pós alta, que poderá ser realizado pelo programa de Saúde Mental da ... (removemos o nome da Cidade) (Ambulatório de Saúde Mental ou CAPS) e ainda intervenção do PSF do município as crises poderão ser evitadas resultando na convivência mais harmoniosa junto aos familiares e à comunidade” (p.61-62).* A este, segue o parecer técnico do hospital: *“De acordo com sua solicitação informo que o paciente “Angelo” foi internado neste*

*hospital em 12/02/2008 com quadro de apatia, dificuldade em responder a solicitações, comunicando-se por meio de gestos. Manteve-se desde então com pensamento desorganizado com sinais de atividade delirante sem crítica ao seu estado mórbido, porém lúcido, orientado quanto ao tempo e espaço, cooperativo, sem nenhum episódio de atividades hostis ou agressivos para com os pacientes ou funcionários deste hospital, até a presente data manifestada vontade de voltar para casa. Hipótese diagnóstica F 20.5.” (09/03/2008, p.63).* Em seguida, apresentou-se pedido de renovação da curatela e nomeação de novo perito para responder aos quesitos suscitados pelo juiz. O Hospital ... (removemos o nome do Hospital) enviou relatório ao juiz, agora informando claramente sobre as condições de alta hospitalar de “Angelo”. Foi sugerida também a continuidade do tratamento dele em nível ambulatorial do CAPS (p.71-75). O Ministério Público nomeou um novo perito, e a curatela foi renovada por mais 120 dias (p. 78). O juiz, em resposta às solicitações de alta do hospital, informou que *“a internação de “Angelo” assim como sua permanência deve se pautar em critérios técnicos do corpo clínico deste nosocômio”*. O perito respondeu que não prestava serviço nessa Vara de Família. Em 27/01/2009, um novo relatório multiprofissional do Hospital (removemos o nome do Hospital) foi enviado ao juiz, relatando estar “Angelo” em condições de alta hospitalar e comunicando que ele já se encontrava participando das atividades do CAPS. “Angelo” recebeu alta no dia 13/02/2009 e contabilizou 361 dias de internação.

### **História de “Lucas”**

*“Pelo presente, DETERMINO a permanência do Sr. “Lucas”, brasileiro, solteiro, filho de .A e I., residente e domiciliado na (removemos o endereço), neste hospital, até ulterior deliberação desse juízo, tudo de acordo com os autos da ação de Interdição em*



*curso nesta Vara de Órfãos e Sucessões” (ofício enviado ao hospital pelo juiz determinando a internação de “Lucas”).*

“Lucas”, nasceu em ... (removemos o nome da cidade), tem 44 anos, é solteiro, rurícola (lavrador) e analfabeto. Em relatório elaborado pelo Hospital ... (removemos o nome do Hospital), recebeu o diagnóstico de CID: F 10 +F068 (transtorno mental), e em perícia médica foi considerado totalmente incapaz. Seu pai e irmão residem no interior e também apresentam problemas de alcoolismo. Segundo sua irmã, ele não possui renda; por isso, ela tenta obter para ele benefício do LOAS<sup>1</sup>, já que pensa em encaminhá-lo a uma instituição asilar. O pedido de interdição de “Lucas” foi proposto pelo Ministério Público, e sua irmã A. se candidatou à curadoria no dia 16/01/2007. A alegação para o pedido de interdição refere-se ao fato de “Lucas” ter sofrido um acidente em 22/07/2006. *“Desde então, sua saúde mental ficou abalada” (p. 2-3).* Ainda no pedido de interdição, destacou-se que *“quando fora do nosocômio, fica totalmente descontrolado, além de violento, normalmente depois de ingerir bebida alcoólica, tendo inclusive, agredido pessoas sem razão plausível. Em resumo, solto apresenta um perigo para a sociedade”.* Em seguida, foram apresentados documentos de “Lucas” e de sua irmã A. e laudo médico de 04/08/2006: *“Paciente internado nesta UFI desde 25/07/2006 vítima de TCE (Traumatismo Crânio Encefálico) grave. Submetido drenagem de hematoma subdural e desde então mantém-se em coma, necessitando de assistência ventilatória e sem previsão de alta hospitalar” (p.10).* Em 25/01/2007, sua irmã pediu ao juiz, por meio do promotor de Justiça, para que “Lucas” permanecesse internado Hospital ... (removemos o nome do Hospital), já que recebeu informação de sua alta. *“O interditando, segundo A., recebeu nesta data alta do ... (removemos o nome*

---

<sup>1</sup> Lei orgânica de assistência social, este é um benefício concedido pelo INSS a pessoas carentes, acima de 65 anos ou com deficiência muito grave.

<http://www.hugomeira.com.br/2009/02/loas-aposentadoria-sem-contribuicao.html>

*do Hospital), onde está internado há cerca de um mês, mas ainda se encontra lá, pois está temerosa, conforme assinalado na inicial, daquele sair do referido nosocômio, antes do término do feito de interdição, porquanto descontrolado e violento, notadamente quando faz uso de bebida alcoólica. Em síntese, fora do hospital o interditando representa um gravíssimo perigo para a sociedade. À luz do exposto, diante do risco acima narrado, requer seja ordenado a permanência do interditando internado no ... (removemos o nome do Hospital) até, pelo menos, o interrogatório, que deverá ser agendado com urgência e realizado naquele nosocômio” (p.13). Seis dias após o pedido de sua irmã, “Lucas” foi internado compulsoriamente. Essa determinação está descrita no início deste texto. Em 23/02/2007, foi encaminhado um ofício do fórum ao hospital com um pedido para que “Lucas” estivesse presente na audiência no dia 22/03/2007. Ele compareceu e respondeu a interrogatório. Na audiência, foram elaborados os quesitos a serem respondidos por perito psiquiatra. Seguiu-se um laudo de exame de lesões corporais realizado em 07/06/2006, no qual médicos legistas responderam sobre aos comprometimentos em relação ao acidente de “Lucas”. Seguem os quesitos: “1) Se há ofensa a integridade corporal ou à saúde do paciente. Sim; 2) Qual o instrumento ou meio que o produziu. Instrumento contundente; 3) Se foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou por meio insidioso ou cruel (resposta especificada). Prejudicado; 4) Se resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta (30) dias. Sim; 5) Se resultou perigo de vida. Sim, traumatismo crânio encefálico (TCE) e submetida a tratamento cirúrgico; 6) Se resultou debilidade permanente ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função (resposta especificada). Sim, função intelectual e deambulatoria; 7) Se resultou incapacidade permanente para trabalho ou enfermidade incurável ou deformidade permanente (resposta especificada). Sim, incapacidade permanente para o trabalho*

*pelas sequelas que apresenta e enfermidade incurável e deformidade permanente pela dificuldade deambulatória. “Deambulando com dificuldade. Edema e cicatriz residual no membro inferior. Em laudo médico, há o relato que foi internado em UTI desde 25/07/06. Vítima de TCE grave. Submetido a drenagem de hematoma subdural e desde então mantém-se em coma, necessitando de assistência ventilatória. Em laudo médico de 03/10/06 há o relato de alta hospitalar em 01/09/06. Movimentando os quatro membros, acordado com períodos de desorientação para acompanhamento ambulatorial. Em laudo datado de 03/12/06 e assinado por Dr. (removemos o nome do médico), neurologista CRM (removemos o nº do CRM), há o relato de seqüela grave de TCE, com hematoma subdural” (p. 21). A seguir, buscou-se intimar algum perito que pudesse responder aos quesitos propostos pelo juiz. Em 26/12/2007, o hospital enviou ao promotor de Justiça o primeiro relatório seguido de parecer técnico sobre a Lei nº 10.216 e sobre a condição de alta hospitalar de “Lucas”: “Dirijo-me a Vossa Excelência enquanto curador de incapazes, para expor e ao final solicitar o seguinte: Em cumprimento à determinação contida no of. 067/2007, de 31 de janeiro deste ano, mantemos internado compulsoriamente nesta Unidade de Curta Permanência o interditando “Lucas”. O referido Ofício determinou sua internação ‘até ulterior deliberação’. A política nacional de atenção a portadores de transtornos mentais é regulada pela lei Federal 10.216/2001, que, em seu art. 2º, parágrafo único, elenca os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, prevendo em seu inciso IX: IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental’. A mesma lei estadual no § 1º, do art. 8º: ‘§ 1º **O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento**’ (Destaque acrescido). Em razão dessa determinação legal, a Procuradoria de Justiça do Espírito Santo editou o Provimento*

nº 006/2006, contendo recomendações aos promotores de justiça, onde recomenda no parágrafo único, do art. 1º: *‘Parágrafo único. Observe se a decisão judicial fundamenta-se na premente necessidade da internação, esgotando-se todos os meios extra-hospitalares para o tratamento, e ainda, **com prazo para a reavaliação médica do paciente, objetivando sua reinserção no meio sócio-familiar**’ (Negritou-se). No presente caso, a Equipe Multidisciplinar da Unidade de Curta Permanência, que o atende, lavrou o seguinte Parecer Técnico: “Lucas”, 42 anos, internado na Unidade de Curta Permanência (UCP) do Hospital ... (removemos o nome do Hospital), com diagnóstico CID: F 10 +F068 segundo avaliação médica. Possui duas internações consecutivas: a primeira com entrada em 28/12/2006 e alta em 29/01/2007 e a segunda em 02/02/2007, esta por determinação judicial. É importante notar que o paciente permaneceu apenas três dias em convívio familiar entre uma internação e outra. Paciente com histórico de uso de álcool, tendo sofrido traumatismo crânio-encefálico (TCE) em 22/07/2006, após o qual houve alteração de comportamento, com discurso ilógico e incoerente e heteroagressividade. Em tratamento na Unidade de Curta Permanência, paciente apresenta-se melhorado, não apresentando heteroagressividade em momento algum da internação, porém demandando cuidados devido a apresentar desorientação temporo-espacial. O pai do paciente (86 anos) e o irmão residem no interior e também apresentam quadro de alcoolismo. Tem duas irmãs que residem no ... (removemos o nome do município). Morava com a irmã ... (removemos o nome da irmã), que se mostra resistente em acolhê-lo neste momento. O paciente não tem renda e a irmã tenta benefício LOAS com o objetivo de encaminhá-lo a uma instituição asilar, já que afirma estar impossibilitada em mantê-lo em seu convívio. Segundo a avaliação da equipe multidisciplinar da UCP, o paciente encontra-se em condições de alta podendo retornar ao convívio familiar e social. A conjugação dos dispositivos legais*

*mencionados com o estado clínico do paciente suscita a questão referente às responsabilidades da família, que não pode incorrer em abandono material, e à municipalidade de origem do interno, os quais precisam ser instados a participar da fase pós-estabilização, incumbindo-se de dar-lhe o suporte visando sua reinserção no meio familiar e comunitário. O que não se concebe mais é a volta do asilamento, banido do nosso ordenamento legal a partir da vigência da Lei Federal 10.216/2001, referida acima. Nesse novo mosaico, o tratamento, recuperação e reinserção do portador de sofrimento mental são tarefas que não se resumem à internação na fase aguda, como antes, em que portadores de transtornos eram condenados ao degredo perpétuo em asilos. Pelo exposto, solicito a Vossa Excelência a adoção das providencias pertinentes à curadoria natural dos incapazes a fim de viabilizar a ALTA HOSPITALAR do interno “Lucas”, que aqui foi internado “até ulterior deliberação” do juízo dessa Vara de Órfãos, em sede de Ação de Interdição, mas que há muito tempo encontra-se em condições de retornar ao convívio familiar e comunitário” (p. 30-33).*

Em 25/01/2008, o ministério Público se pronuncia ressaltando que “O ofício de fl. 30.33 não responde aos quesitos. Entendo por bem que a liberação/desinternação do Interditando só se dê após a resposta aos quesitos. Assim, pugno sejam encaminhados os quesitos ao ... (removemos o nome do Hospital).” Nesse sentido, em 07/02/2008 o juiz envia ao (removemos o nome do Hospital) solicitando que um médico capacitado responda aos quesitos referentes ao processo de interdição de “Lucas”. O hospital, por sua vez, responde em 19/03/2008, da seguinte maneira: “Venho respeitosamente à presença de Vossa Excelência reportar-me ao ofício 116/2008, através do qual solicita respostas, por médicos capacitados deste hospital, e prestar os seguintes esclarecimentos. De início, cumpri-me pedir desculpas pelo lapso entre recebimento do ofício original, em fevereiro, e a reiteração, que recebi hoje; questões administrativas

*internas dificultam a velocidade desejada, e também porque havia necessidade de manifestação do corpo clínico da instituição. Quanto ao objeto da determinação de Vossa Excelência, informamos que o ... (removemos o nome do Hospital) não dispõe em seus quadros de profissionais aptos a produzir a perícia solicitada. Por vedação do Código de Ética Médica, médicos não podem elaborar perícia em pacientes sob seus cuidados – que é o caso do interditando “Lucas”. Assim, sugiro respeitosamente a Vossa Excelência enviar a determinação aos seguintes peritos, aptos a produzir a perícia, a saber [...]” (p. 39-40). Em 30/10/2008, os quesitos são respondidos por perito médico, apontando que “Lucas” é totalmente incapaz de reger sua vida civil (p. 49). Em 11/12/2008, “Lucas” foi interditado, sua irmã foi nomeada sua curadora, e o juiz pediu o arquivamento do processo (p. 58). Até minha última visita ao Hospital, realizada em 05/06/2009, “Lucas” ainda continuava internado, contabilizando até aquela data 843 dias de internação.*

### **História de “Darci”**

*“Ao Ilmo Sr. Diretor do ... (removemos o nome do Hospital)  
Em atendimento a cota ministerial de Fls. 102vº e 103 dos autos de interdição nº  
(removemos o nº dos autos)  
A qual relata agressividade que tem sido praticada pelo interditando “Darci”,  
brasileiro, nascido aos ... (removemos a data de nascimento), filho de BMF, interno da  
(removemos o nome da instituição), bem como a inexistência de parentes que possam  
tê-lo em convívio e ainda que a referida instituição não está voltada a acolher pessoas  
de idade adulta, DETERMINO a internação do mesmo neste HP até ulterior  
deliberação deste juízo, sob as penas da lei o interditando será apresentado a este  
hospital por um representante da ... (removemos o nome da instituição)”.(Ofício do  
juiz ao hospital determinando a internação compulsória de “Darci”)*

“Darci”, 21 anos, tem mais cinco irmãos, e um deles é seu gêmeo. Seu diagnóstico é de deficiência mental severa (CID 72). Sua mãe, seu irmão gêmeo e uma de suas irmãs

também possuem transtornos mentais. Ele e seu irmão gêmeo são internos de instituições desde os três anos de idade, e até então já haviam passado por cinco instituições. Dois de seus irmãos, também gêmeos, foram adotados no exterior; uma irmã também vive numa instituição; e um irmão ficava com mãe, que, segundo relatos, o maltratava muito. Seu pai é falecido, e não se sabe o paradeiro da mãe. A única visita que recebia era de sua avó, que, com 80 anos e muito debilitada, parou de vê-lo. Logo no início do processo, no pedido de interdição feito pelo Ministério Público, foi solicitado ao juiz que “Darci”. fosse internado no ... (removemos o nome do Hospital). Assim, em 24/05/2006, o MP solicitou ao juiz *“determinar que o interditando “Darci” seja internado no ... (removemos o nome do Hospital), até segunda ordem desse Juízo, já que não está reunindo condições para permanecer na ... (removemos o nome da instituição), o que poderá causar-lhe algum transtorno, ou até mesmo dano à sua integridade física”* (p. 3). As queixas de agressividade constavam também nessa parte inicial, como se pode perceber no estudo social realizado pela instituição onde “Darci” esteve antes da internação no Hospital Psiquiátrico: *“Por inúmeras vezes e ultimamente com maior frequência agredem gravemente e com maior risco de vida. Essas agressões são praticadas por “Darci”, e em menor parte por C. que depois de uma cirurgia no intestino há um ano mostra-se mais debilitado”* (p. 7). Segundo esses estudos, a situação da família era de “pobreza absoluta” (p. 61). Em relação a “Darci”, eram constantes os relatos de agressividade e de sexualidade exacerbada em todas as instituições onde esteve. A última instituição onde estavam os irmãos solicitou por duas vezes que “Darci” fosse internado no ... (removemos o nome do Hospital). O primeiro desses pedidos foi em 27/11/2006, e relatava que ele teve convulsões, severa agitação psicomotora e que sua agressividade colocava em risco os funcionários que encontravam-se apavorados (p.101). O segundo pedido foi realizado em 04/12/2006:

*“Considerando as peculiaridades apresentadas pelos abrigados da ... (removemos o nome da instituição), que atende neurologia e psiquiatria; Considerando que pessoas com necessidades em psiquiatria apresentam comportamentos involuntários; Considerando que o jovem “Darci”, com alteração de comportamento grave, apresenta um porte físico robusto, pesando 87 KG, e medindo 1,77m; Considerando que a ... (removemos o nome da instituição) atende 12 abrigados acamados sem condições de se auto-locomoverem, demandando atenção exclusiva; Considerando [...], Parecer Psiquiátrico de Atendimento do ... (removemos o nome do Hospital), Relato do médico psiquiatra da ... (removemos o nome da instituição), que seguem anexos, sobre o jovem “Darci”, vimos que todas as tentativas de intervenção foram realizadas, mas ele não responde satisfatoriamente, colocando em risco a integridade física dos demais abrigados, bem como dos funcionários; Considerando que em contato com a referência de Saúde Mental – SESA, que nós fomos informados da indisponibilidade de vaga, e que a mesma só seria viabilizada mediante ordem judicial; Isto posto, vimos a improbabilidade do jovem conviver nesse período de crise com os demais abrigados, assim solicitamos desse douto e honrado juiz, deferindo de vaga no ... (removemos o nome do Hospital), para que o mesmo seja internado no referido período” (p. 97). Em outro ofício, datado de 04/12/2005, informou-se que “Darci” agrediu um funcionário, quebrando-lhe o dedo, e que, devido a pancadas nas costas, esse funcionário teve que engessar o tronco e ficar afastado do trabalho por 10 dias. “Darci” teve que ser levado repetidas vezes ao ... (removemos o nome do Hospital) por apresentar descontrole e agressividade (p. 98-99). O promotor de Justiça pediu que “Darci” fosse internado compulsoriamente no ... (removemos o nome do Hospital): “Há muito venho acompanhando o caso do interdito “Darci”, ciente de sua agressividade e inexistência de parente que pudessem tê-lo em convívio. Também sabemos que a*



(removemos o nome da instituição) *é uma instituição voltada a acolher crianças e adolescentes até mesmo por questões humanitárias tem mantido como internos pessoa com idade adulta, apesar das dificuldades de internação de “Darci” em hospital psiquiátrico por falta de vaga, na situação em que ele se encontra não pode continuar internado na ... (removemos o nome da instituição), e, sendo assim, deverá o Estado aceitar a sua internação no ... (removemos o nome do Hospital) e pelo visto permanente pois não poderá regressar à ... (removemos o nome da instituição). Assim sendo somos favoráveis que se expeça mandado judicial à direção do ... (removemos o nome do Hospital) para receber como interno o interditando “Darci” sob as penas da lei, ressaltando que de lá somente poderá sair com autorização deste juízo” (p. 102vº, 103).*

Destarte, em 27/11/2006 foi determinada a internação compulsória de “Darci”. Essa determinação está descrita no início deste texto. Em 15/12/2006, foi realizado o exame pericial de “Darci”, no qual ele foi considerado totalmente incapaz (p. 107-109). O promotor de Justiça pediu, então, que “Darci” fosse interditado mesmo na inexistência de um curador. Um ofício foi encaminhado à ... (removemos o nome da instituição) e ... (removemos o nome do Hospital) perguntando sobre interessados em assumir a curatela de “Darci”. Essas instituições responderam que não havia interessados. Em 03/10/2007, o ... (removemos o nome do Hospital) informou por parecer e relatório que “Darci” estava em condições de alta hospitalar e sugeriu que ele passasse a viver com seu irmão, sua única referência familiar, em uma residência terapêutica (p.119-120). Respondendo a esse ofício, o promotor de Justiça pediu a interferência do procurador-geral do Estado sob a alegação de conflito entre o ... (removemos o nome do Hospital) e (removemos o nome da instituição), já que ambos não queriam manter “Darci” internado. Em 26/12/2007, o ... (removemos o nome do Hospital) enviou o segundo relatório informando que “Darci” estava em condição de alta hospitalar e sugeriu que ele voltasse

para a instituição onde se encontrava antes da internação no ... (removemos o nome do Hospital) e ao convívio de seu irmão, única referência da família (p. 127). O promotor de Justiça respondeu: *“diante a inalterabilidade dos fatos, s.m.j., nada temos a fazer, sendo que por ora nos limitamos a tomar ciência desse novo ofício”* (15/04/2008, p. 132). O ... (removemos o nome do Hospital) respondeu ao promotor de Justiça um mês depois alegando que “Darci” encontrava-se internado por questão social, e não clínica - e que se a ... (removemos o nome da instituição) não era apropriada para recebê-lo, tão pouco o ... (removemos o nome do Hospital) o seria; e que o fato de “Darci” ter transtorno mental não o relegava ao asilamento eterno, já que poderia ser tratado por via ambulatorial, e que, em condições de alta hospitalar, reclamava a presença do irmão. O relatório fala sobre a parte da lei que se refere à internação. Diz que o mais adequado seria a instalação dos irmãos em casa lar. Sugere encontro com a ... (removemos o nome da instituição) para se pensar em estratégias para manter os irmãos juntos. Em seguida, foi anexado relatório informando pela terceira vez que “Darci” está em condição de alta (p. 133-139). A Procuradoria-Geral do Estado indagou à supervisora da ... (removemos o nome da instituição) sobre a possibilidade de “Darci” ser recebido de volta na instituição, mas ela respondeu que *“não há condições de retorno já que é um abrigo sem estrutura e “Darci” requer tratamento especializado”* (09/10/2008, p.162). Essa instituição, em 01/10/2008, enviou relatório informando não concordar com o ... (removemos o nome do Hospital) quando o hospital afirma que “Darci” está em condições de alta. Segundo a instituição, em acompanhamento a C. em suas visitas ao seu irmão “Darci”. no Hospital Psiquiátrico, “Darci” estava sob forte efeito de medicação, com hematomas e cicatrizes. A partir desse contexto, assumiram a seguinte postura: *“não concordamos com as informações passadas para a procuradoria geral do Estado, dizendo que o “Darci”, não apresentava mais episódios de agressividade, e*

*que o tratamento havia produzido efeitos satisfatórios” (p. 155). Sustentaram esse posicionamento informando que a própria psiquiatra de “Darci” no Hospital Psiquiátrico afirmou a periculosidade do mesmo, relatando algumas agressões. Terminaram seu relatório da seguinte maneira: “em função do exposto solicitamos à V. S<sup>a</sup>. que “Darci”. não retorne para ... (removemos o nome da instituição), porque não temos estrutura física para tal acolhimento” (p.156). Essa mesma resposta foi dada à Procuradoria-Geral do Estado, que recebeu um relatório com a descrição de 60 episódios de agressividade e descontrole de “Darci”. A psicóloga da instituição em questão enviou relatório informando que “Darci” causava pavor nos funcionários e também nos abrigados, que eram constrangidos ao ato sexual por ele. “Ciente da Luta Antimanicomial, da reforma Psiquiátrica e da Desinstitucionalização da Loucura, que é uma luta de toda a sociedade, considero o pedido da volta de “Darci” para (removemos o nome da instituição) apenas uma transferência de problema, o argumento de que a família dele está na unidade – seu irmão gêmeo C. e mais recentemente sua irmã S. – não é um motivo de aproximação. Quando conviviam na (removemos o nome da instituição) “Darci” espancou seu irmão C. dezenas de vezes, e sempre pedia para deixar matar o irmão. C. tinha interesse em ficar perto do irmão por causa de sua força, ele mesmo se nomeava como “Darci” para as mulheres que visitavam a unidade, se juntava com seu irmão para provocar os abrigados e os funcionários e para não tomar medicação. Quando juntos desafiavam os monitores, mas quando “Darci”. se interessava por algo que estava na posse dos monitores como: chinelo, pilha, vestido, roupas, carrinhos, ele batia no irmão e desejava a morte do mesmo dizendo que ele era muito chato. Os dois não podiam ficar 24 horas juntos sob risco de danos físicos graves, separados por alguns dias em alas diferentes diziam estar com saudades e pediam para estar juntos, e novamente se repetiam os atos de*

violência. A irmã, S. veio recentemente para a ... (removemos o nome da instituição) transferida por mau comportamento de outro abrigo, ela também é doente mental. Em recente visita ao ... (removemos o nome do Hospital), “Darci” e C. durante a visita abraçados com a irmã S. planejavam entre si: “vamos comer ela, vamos comer ela” procurando local no referido pátio do hospital, só não acontecendo o ato devido a intervenção de um profissional do hospital, muito forte diga-se de passagem. O argumento de preservar a família não se aplica a esse caso” (07/07/2008, p.169-171).

O relatório termina afirmando que, com a presença de “Darci” na instituição, a morte de algum abrigado seria uma questão de tempo. Sucederam-se a esse relatório três cartas de psiquiatras da ... (removemos o nome da instituição) que atenderam “Darci” reafirmando sua periculosidade e difícil controle. Em uma dessas cartas, a psiquiatra afirma: “assim, causa estranheza a informação inverídica do referido hospital de que o paciente esteja bem e em condições de conviver com os abrigados desta instituição. Há cerca de três semanas, tivemos reunião com a coordenação do hospital citado, diante de várias testemunhas, onde a própria psiquiatra-assistente do paciente, ... (removemos o nome da médica), confirmou a periculosidade do paciente e sua concordância com a necessidade do mesmo ser mantido no referido hospital. Constatei pessoalmente que o quadro do paciente – e portanto seus sintomas de agressividade e agitação psicomotora – naquele hospital continua o mesmo. Diante desses fatos, reafirmo minha opinião, como psiquiatra desta ... (removemos o nome da instituição), de que o retorno do abrigado “Darci” reiniciará uma sucessão de agressões por parte do mesmo, com risco de vida aos demais abrigados e funcionários, e da necessidade da manutenção deste paciente em instituição especializada, que é o hospital onde ele se encontra internado. Fico à disposição para quaisquer esclarecimentos” (p. 194). Tendo em vista todo esse contexto, a Procuradoria-Geral do Estado enviou ofício à Secretaria de Estado

da Saúde solicitando *“que seja procedida avaliação através de profissional médico no menor “Darci”, a fim de verificar se este mantém comportamento agressivo e põe em risco a vida de terceiros”* (p. 196). O juiz se posicionou dizendo que a Procuradoria-Geral do Estado não teria competência para definir o conflito, e que, em seu entender, deveria se instaurar *“medida judicial cabível a proteção dos interesses coletivos ou difusos das pessoas portadoras de deficiência, que poderá ser proposta inclusive pelo Ministério Público”* (30/03/2009, p.199). O juiz anexou informativo da ... (removemos o nome da instituição) destacando parte que trata do atendimento de adultos. Foram apensados ao processo novos documentos referentes à destituição do poder familiar da mãe de “Darci” até que ele e seu irmão alcançassem a maioridade. A advogada responsável pelo caso foi nomeada curadora de “Darci”. Em minha última visita ao Hospital psiquiátrico, realizada em 05/06/2009, “Darci” ainda continuava internado, e sua internação contabilizava 887 dias.

### **Sobre a internação compulsória e a não compulsória**

O quadro a seguir refere-se ao histórico das internações dos interditandos cujos processos foram analisados. Nele estão apresentadas todas as internações compulsórias e não compulsórias desses sujeitos. O tempo de permanência no hospital é apresentado em dias.

**Quadro 2 – Quadro referente ao histórico individual dos dois tipos de internação, compulsória e não compulsória em dias.**

<b>Everaldo</b>	<b>Internação não compulsória</b>	<b>Internação compulsória</b>	
	<b>9</b>	<b>1315</b>	
Data de entrada	Data de alta	Dias de internação	Tipo de internação
02/02/04	11/02/04	9	Não compulsória
24/10/04	19/06/08	1315	Compulsória
<b>Angelo</b>	<b>Internação não compulsória</b>	<b>Internação compulsória</b>	
	<b>30</b>	<b>361</b>	
Data de entrada	Data de alta	Dias de internação	Tipo de internação
28/05/80	24/06/80	26	Não compulsória
17/12/80	01/01/81	14	Não compulsória
12/04/84	03/06/84	51	Não compulsória
12/02/08	13/02/09	361	Compulsória
<b>Rosa</b>	<b>Internação não compulsória</b>	<b>Internação compulsória</b>	
	<b>21</b>	<b>373</b>	
Data de entrada	Data de alta	Dias de internação	Tipo de internação
12/08/03	03/09/03	21	Não compulsória
23/07/04	26/08/04	33	Não compulsória
04/05/05	19/05/05	15	Não compulsória
14/06/05	28/06/05	14	Não compulsória
20/09/07	03/10/08	373	Compulsória
<b>Otávio</b>	<b>Internação não compulsória</b>	<b>Internação compulsória</b>	
	<b>78</b>	<b>960</b>	
Data de entrada	Data de alta	Dias de internação	Tipo de internação
19/07/97	30/07/97	11	Não compulsória
02/08/97	23/09/97	51	Não compulsória
17/10/98	23/10/98	6	Não compulsória
24/12/98	11/11/99	317	Não compulsória
05/02/01	05/03/01	30	Não compulsória
20/03/01	03/05/01	43	Não compulsória
11/11/01	18/12/01	37	Não compulsória
22/12/01	18/02/02	56	Não compulsória
01/08/02	26/08/02	25	Não compulsória
28/08/02	16/09/02	18	Não compulsória
21/09/02	23/10/02	32	Não compulsória
30/06/03	26/02/04	236	Não compulsória
04/05/04	18/05/04	14	Não compulsória
25/06/04	20/10/04	115	Não compulsória
23/10/04	25/11/04	32	Não compulsória
17/01/05	10/02/05	23	Não compulsória
23/02/05	22/03/05	29	Não compulsória
09/04/05	26/04/06	377	Não compulsória
15/07/06	08/08/06	23	Não compulsória
05/10/06	05/06/09	960	Compulsória
<b>Lucas</b>	<b>Internação não compulsória</b>	<b>Internação compulsória</b>	

	<b>31</b>		<b>843</b>	
Data de entrada	Data de alta		Dias de internação	Tipo de internação
28/12/06	29/01/07		31	Não compulsória
02/02/07	05/06/09		843	Compulsória
<b>Darci</b>	<b>Internação não compulsória</b>		<b>Internação compulsória</b>	
	-		<b>887</b>	
Data de entrada	Data de alta		Dias de internação	Tipo de internação
18/12/06	05/06/09		887	Compulsória

Segundo dados descritos no quadro acima a média de permanência hospitalar de sujeitos em internações não compulsórias é de 28 dias enquanto que a média de permanência hospitalar de sujeitos em internações compulsórias é de 790 dias.

## 5 – DISCUSSÃO

Os processos jurídicos pesquisados foram fontes privilegiadas da análise do contexto histórico de rearranjo e de reorganização da assistência ao PTM promovida pela reforma psiquiátrica - em especial no contexto brasileiro após a promulgação da Lei nº 10.216. A análise desses processos permitiu a construção de histórias, relacionamentos, encontros e desencontros entre aqueles que se apresentam envolvidos na dinâmica internação/desinternação.

Nesse panorama, a internação é evitada por parte dos profissionais que lidam com a demanda em saúde mental e, ao mesmo tempo, solicitada por familiares que se percebem em verdadeira situação de desespero ao serem “obrigados” a aprender e a reaprender a lidar com o PTM em seu convívio. Dois atores de extrema relevância nesse processo de reconstrução se revelam: o hospital (representado pelos profissionais de saúde) e a família (incluindo a comunidade em geral). Nesse processo de internação/desinternação, surge ainda um terceiro ator: a Justiça. Não conseguindo lidar com as dificuldades do convívio com o PTM, é a ela que a família recorre.

Os três grandes eixos de análise deste trabalho, portanto, foram desenvolvidos a partir desses atores, sendo que a família abrange também a comunidade, a Justiça compreende juízes, defensores e promotores, e o hospital inclui todo seu corpo técnico. Esses atores estão presentes em todo o desenvolvimento do processo. Os núcleos temáticos foram distribuídos dentro desses eixos principais, já que a eles se relacionavam.



A **família**, que durante séculos foi culpabilizada pela “doença” de seu ente, que aprendeu dos especialistas que a única forma de tratamento para o seu ente era asilar, que foi despotencializada e destituída de conhecimentos no enfrentamento de suas problemáticas, agora é forçada a conviver com o PTM, muitas vezes sem saber como fazê-lo. Isso resulta na sobrecarga da família, na exclusão do PTM e em conflito por parte de ambos.

A família, que até então relacionava tratamento a internação, se vê diretamente implicada com os efeitos da reforma psiquiátrica (Gonçalves & Sena, 2001), em seu papel fundamental de acolhimento e reinserção do PTM. Não é difícil imaginar que elevariam em muito o grau de complexidade dessa tarefa a insuficiência de políticas de tratamento e reabilitação e a falta de uma estrutura comunitária de assistência às famílias (Villares, 2000; Tenório, 2002), assim como todo um contexto histórico de despotencialização do saber familiar em relação ao PTM e demais entes (Costa, 2002) e ainda outras dificuldades que a essas se somam.

Mas de que família estamos falando? Discutiremos a seguir os temas que são recorrentes e que constituem uma caracterização sobre o universo das famílias que se apresentam nos processos judiciais pesquisados.

Todas as famílias que se delinearão a partir das análises dos processos vivem em condição social de baixa renda. Esse contexto pôde ser observado a partir dos pedidos de assistência judiciária gratuita, o que implica atestado de pobreza, auxílios e benefícios (como pode ser observado no quadro abaixo), e também a partir dos estudos sociais desenvolvidos pelos setores psicossociais dos fóruns ou do hospital.

**Quadro 3 – Descrição dos sujeitos que apresentam no decorrer do processo pedido de algum tipo de assistência e se recebem algum benefício.**

	<b>PEDIDO DE ASSISTÊNCIA</b>	<b>RECEBE BENEFÍCIO</b>
<b>Angelo</b>	SIM	NÃO*
<b>Darci</b>	Não foi mencionado	NÃO
<b>Everaldo</b>	SIM	SIM
<b>Lucas</b>	SIM	NÃO*
<b>Otávio</b>	SIM	SIM
<b>Rosa</b>	SIM	SIM

Angelo\* Sua irmã tenta o auxílio doença.

Lucas\* Sua irmã tenta o benefício do LOAS.

Esse panorama recebe destaque em alguns trechos de relatórios contidos nos processos, como no caso de um relatório técnico escrito pela equipe do Hospital psiquiátrico em relação a “Everaldo”: *“Trata-se de problema social grave. A família é muito carente, vivem da aposentadoria do pai e do benefício de “Everaldo”*”. Essa realidade também foi evidenciada em relatório do Departamento de Assistência Social no processo de “Angelo”: *“Verificamos que o usuário está vivendo em situação de vulnerabilidade social agravado pela doença”*. Ainda em relação a “Angelo”, consta em relatório social do Hospital psiquiátrico que *“o paciente não possui renda e a família tem precárias*

*condições financeiras, tendo dificuldade em sustentá-lo em todas as suas necessidades”.*

Os dados referentes à condição social das famílias de PTMs internados compulsoriamente coincidem com os encontrados por Tsu (1993) e Pegoraro e Caldana (2006), às quais, além da sobrecarga decorrente do cuidado com o PTM, soma-se um contexto de pobreza.

Tsu (1993), em pesquisa para doutoramento, fez um paralelo entre classe social e doença mental, por meio do qual constatou que as taxas de doença mental são superiores na classe trabalhadora, sendo que o usuário habitual dos serviços de assistência psiquiátrica pública é a classe pobre. Tal fato foi explicado por essa autora pela expansão selvagem do capitalismo em nosso país, o que implica em queda de salários e da condição de vida. A mão de obra, em sua descartabilidade, foi vista como geradora de instabilidade emocional; e em um contexto geral, a deteriorização da saúde mental acompanha a deteriorização das condições de vida. Finalizou sua explicação acrescentando que “os despojos dessa batalha selvagem, ou pelo menos boa parte deles, podem ser encontrados nos hospitais psiquiátricos de nosso país” (p.35).

Há a necessidade de se estar alerta ao perigo da generalização da relação direta entre classe social e doença mental, as pesquisas descritas (Tsu (1993), Pegoraro e Caldano (2006) e esta dissertação) referem-se a dados relacionados a Instituições Psiquiátricas públicas. Devemos levar em consideração a possibilidade dos sujeitos PTM de outras classes sociais buscarem auxílio em outros lugares que não os serviços de assistência pública e por isso os dados apontarem para esse resultado: pobreza e transtorno mental.

Pegoraro e Caldana (2006) pesquisaram a sobrecarga vivida pelos cuidadores de PTMs de um CAPS do interior paulista e, sobre essa experiência, relataram que, no contexto pesquisado, em muitos casos, a todos os aspectos da sobrecarga ainda se somam os de ordem econômica.

Gonçalves e Sena (2001) ainda destacam que

cuidadoras cujas condições materiais são muito precárias, aliadas a um comportamento do doente mental bastante inadequado, com atitudes de violência, auto-agressividade e heteroagressividade ou com uma grande intolerância dos familiares e da comunidade, mostram maior grau de rejeição ao doente mental, manifestando o desejo de que seus doentes fiquem internados de forma permanente (p. 53).

Além da instabilidade emocional gerada pelas incertezas econômicas, outra análise pode se acrescentar a esse contexto. A relação trabalho/loucura surge com o nascimento da exclusão da loucura. Foi a partir da emergência do sistema capitalista que os loucos e demais sujeitos que porventura não participavam do mercado de trabalho foram excluídos da sociedade em geral (Foucault, 1987). Aos poucos, o trabalho passa a significar muito mais do que a participação no mercado; gradativamente, foi construído um ideário social, que ainda se mantém, de trabalho como balizador da “qualidade de homem” - e aqueles que não se incluem no universo laboral acabam sendo de alguma maneira excluídos e também desqualificados pela sociedade.

Nesse panorama, podemos imaginar o que significa para as famílias de baixa renda a presença de um ente que não participa do mercado de trabalho. A existência de um PTM na família, nesse contexto, pode representar algo além da prestação de cuidados a um ente. Representa um sujeito a menos do grupo familiar inserido no mercado de trabalho,

o que implica em uma diminuição do poder aquisitivo dessas famílias. Essa realidade pode ainda ser agravada quando o PTM demanda cuidados intensivos, impossibilitando seu cuidador de se manter em um emprego.

Nos processos pesquisados, a impossibilidade de inserção no mercado de trabalho surge como mais um elemento para afirmar a incapacidade do sujeito, fornecendo dados para sua interdição - como pode ser percebido neste trecho de relatório elaborado pela equipe técnica do Hospital Psiquiátrico em relação a “Otávio”: *“Devido ao seu quadro clínico, paciente sem condições de exercer atividades laborativas formais e sem condições de reger os atos da vida civil”*. De acordo com outro trecho da sentença de “Otávio”, ele é percebido como indivíduo que se mostra: *“[...] incapaz de realizar pessoalmente os atos da vida civil, vivendo sob a total dependência do requerente”*. Essa realidade também se observa no laudo de lesões corporais de “Lucas”, no seguinte quesito: *“Se resultou incapacidade permanente para trabalho ou enfermidade incurável ou deformidade permanente (resposta especificada). Sim, incapacidade permanente para o trabalho pelas sequelas que apresenta e enfermidade incurável e deformidade permanente pela dificuldade deambulatória”*. O mesmo também se evidencia no pedido de interdição de Rosa: *“Ressalta que a requerida faz uso de medicamentos controlados, nunca laborou, deambula e fala normalmente, não sai sozinha de casa, já ficou internada por três vezes no ... (removemos o nome do Hospital Psiquiátrico)”*.

Por outro lado, a promessa de trabalhar surge como uma justificativa para a desinternação, como pode ser percebido na carta que “Otávio” envia ao juiz com o intuito de sair do hospital: *“Por favor me ajude a sair daqui do hospital. Lá fora eu vou trabalhar na feira”*.

Em análise das condições de vida dos usuários da assistência psiquiátrica da rede pública, Tsu (1993) destaca que essa população é tão desfavorecida que mal consegue dar conta da sua sobrevivência, tampouco se encarregar de cuidados domiciliares a sujeitos improdutivos. Tais dados encontram-se consoantes com os dados desta pesquisa, visto que as famílias que conhecemos através dos processos apresentam dificuldades provenientes de sua condição financeira. Essas dificuldades são ainda somadas às dificuldades da ordem do cuidado com o PTM evidenciadas em constantes pedidos de internação.

Esse primeiro ponto de análise já evidencia um problema social grave e um desafio a ser pensado pela reforma psiquiátrica. Afinal, são essas famílias que são convocadas e exigidas em sua participação e envolvimento permanentes com a demanda da desinternação. É para essas famílias, com as mínimas condições de sobrevivência, que o PTM será enviado quando em alta. A essas famílias, o discurso de desospitalização parece não convencer.

A agressividade é a justificativa constante para os pedidos de internação. A exemplo, pode-se citar o relato do pai de “Otávio”, seu curador, nas palavras do defensor público: *“Que o interditado, encontra-se internado no Hospital ... (removemos o nome do Hospital), por ser uma pessoa extremamente agressiva, que se recusa a fazer uso dos medicamentos, e já tentou inclusive, matar a própria genitora”*. Outro exemplo é o relato da vizinha de “Rosa”, sua curadora provisória: *“... ela xingava e ameaçava as pessoas ali presentes [...] que começou a xingar e ameaçar de agressão física [...] começou a agredir fisicamente uma idosa, com cerca de 80 anos aproximadamente”*. Podemos citar ainda o relato da mãe de “Everaldo, nas palavras do defensor público:

*“Encontra-se internado no ... (removemos o nome do Hospital) há aproximadamente 2 meses, após ter agredido e esfaqueado o pai que até hoje apresenta lesões graves [...] o requerido, é uma pessoa bastante agressiva, quebra tudo dentro de casa, e agride todos da família, estando na iminência de receber alta hospitalar, causando pânico total na família”.*

O estabelecimento da relação entre a loucura e as culpas morais e sociais se deu no contexto em que o louco foi asilado com vários outros sujeitos que colocavam em questão a moral, a razão ou as normatividades (Foucault, 1987). Desde então, tende-se a perceber o louco como potencialmente perigoso, e que oferece riscos à sua família e à sociedade; daí a necessidade de contê-los (Foucault, 1984). Dessa forma, o asilamento se naturaliza para o louco.

Atualmente, apesar do esforço da reforma psiquiátrica, evidencia-se que o paradigma loucura/asilamento ainda se mantém sustentando a idéia de que “lugar de louco é no manicômio”. Essa idéia, somada às precárias condições de vida dos familiares dos PTMs retratadas no desenrolar dessa pesquisa, podem ser consideráveis influências para a decisão e a insistência na internação.

Grosso modo, as famílias não têm aceitado passivamente seu papel no processo de desinstitucionalização, agindo de modo a pressionar a instituição psiquiátrica para que continue sua custódia em relação aos PTMs. Afinal, são as famílias que vivenciam as consequências da reforma psiquiátrica - principalmente aquele familiar que assume o papel de cuidador (Gonçalves & Sena, 2001).

Foucault (1984), ao abordar a necessidade social da internação da loucura, destaca que essa necessidade pode variar conforme a cultura e aponta a grande intolerância a esse fenômeno nos Estados Unidos - “no sentido de que o grupo social (essencialmente a família) não é capaz de integrar ou simplesmente aceitar a pessoa desviada; a hospitalização, a estada numa clínica ou simplesmente a separação da família são logo necessárias” (p. 90). Fraga et al. (2006), também discutindo a questão da internação, apontam que é uma questão cultural o fato de as famílias associarem o tratamento do doente mental com a internação. Por sua vez, Tsu (1993) analisa a internação em hospital psiquiátrico afirmando a complexidade desse fenômeno e destacando as diversas variáveis que a influenciam. Nesse sentido, adverte que a internação não deve ser resumida a um ato essencialmente médico, mas remetido a questões de ordem social, cuja influência nem sempre é percebida pelos profissionais. Destaca que, entre as variáveis que interferem na decisão de internação por parte do médico, a conduta do acompanhante do PTM ao serviço psiquiátrico é o fator preponderante em relação à decisão do médico de internar. Já Tenório (2002), quando fala da questão da internação psiquiátrica, reflete que a indicação de internar nem sempre é tão clara como em outras especialidades da medicina - e que essa falta de clareza, amiúde, deixa a internação sob critérios do médico e da família.

Tenório (2002) e Tsu (1993) destacam o papel da família/acompanhante como variável importante no ato de internar. Ou seja, a maneira como a família age, o que fala e como se posiciona diante do psiquiatra influenciam fortemente a decisão de internação. Esses autores defendem que a internação não deve ser pensada somente a partir de uma questão médica. Sua reflexão deve ser ampliada e pensada, também, a partir de seus determinantes sociais.



Os determinantes sociais que envolvem as internações, no contexto das internações compulsórias, podem ser analisados a partir de uma nova dinâmica que assumem. No contexto desta pesquisa há um deslocamento no qual a internação não é mais (somente) reivindicada no âmbito médico. A demanda de internação é deslocada para a esfera da Justiça, sua dinâmica assume uma complexidade ainda maior, e a internação assume a compulsoriedade.

Mas o que causaria esse deslocamento? Como já foi bastante discutido neste trabalho, o movimento de desinstitucionalização tem resultado em gradual redução do número de internações. Nesse sentido, as condutas médicas de internação tendem a ser cada vez mais criteriosas e menos frequentes, o que faz com que as famílias que se percebem sem condições de cuidar do PTM procurem outra via que as levem à conquista de seu pleito. O tratamento característico em pronto atendimento psiquiátrico baseia-se na utilização de psicofármacos; dessa maneira, os PTMs podem voltar para casa. Ou, quando necessário, são encaminhados para a Unidade de Curta Permanência do Hospital Psiquiátrico até a estabilização do quadro – o que, como visto nos resultados, dura, em média, menos de um mês. Essas medidas terapêuticas parecem não atender as expectativas dessas famílias.

Não podemos perder de vista a que família estamos nos referindo; pelo que discutimos até o momento, poderíamos caracterizá-la como aquela que, fragilizada por suas condições sociais, vê-se incapaz de assistir um ente que, além de “improdutivo”, necessita de cuidados especiais. Essa família é aquela que procura a Justiça porque as demais tentativas de internação falharam, porque o PTM fica pouco tempo no hospital e retorna ao convívio familiar, porque provavelmente não tem mais a quem recorrer.

Assim, recorre à Justiça para pedir a internação, sua manutenção ou a criação de vagas para essa finalidade. Essa realidade evidencia-se no pedido de interdição de “Everaldo”: *“Requer LIMINARMENTE, que seja determinado por este Honrado Juízo, que o Requerido permaneça por tempo indeterminado no ... (removemos o nome do Hospital)”*. Também se evidencia no pedido de internação compulsória de “Otávio”: *“Requer a Vossa Excelência, que seja expedido em caráter de URGÊNCIA, um ALVARÁ, ou caso Vossa Excelência entenda de maneira diversa, um OFÍCIO, DETERMINANDO QUE O INTERDITADO, “OTÁVIO”, PERMANEÇA INTERNADO NO ... (removemos o nome do Hospital), POR MAIS UM TEMPO”*. Ainda denuncia essa realidade o pedido de internação feito ao juiz pela instituição onde se encontrava “Darci”. antes de sua internação no Hospital Psiquiátrico: *“Assim solicitamos desse douto e honrado juiz, deferindo de vaga no ... (removemos o nome do Hospital), para que o mesmo seja internado no referido período”*. E ainda no momento em que o promotor de Justiça pede ao juiz a internação de “Darci”: *“Sendo assim, deverá o Estado aceitar a sua internação no ... (removemos o nome do Hospital) e pelo visto permanente pois não poderá regressar à ... (removemos o nome da instituição). Assim sendo somos favoráveis que se expeça mandado judicial à direção do ... (removemos o nome do hospital) para receber como interno o interditando “Darci” sob as penas da lei, ressaltando que de lá somente poderá sair com autorização deste juízo”*.

Da mesma maneira que diante dos médicos (Tsu, 1993), também diante dos juízes alguns padrões por parte do acompanhante do PTM podem resultar em uma maior probabilidade de internação. No contexto judicial, a postura e o que fala o demandante também podem influenciar o juiz na sua decisão de internar ou não o PTM. A alegação

de agressividade pode estar se tornando um padrão, com altíssima possibilidade de garantir ao demandante a solicitada internação.

Não se trata de afirmar que os PTMs em questão não praticaram atos violentos; por outro lado, também não se pode afirmar que praticaram. Neste trabalho é apresentada apenas a versão dos responsáveis, que vivem toda problemática apresentada anteriormente, caracterizada por instabilidade econômica e sobrecarga. Diante desse contexto, podemos pensar que fariam o que fosse necessário para serem atendidos em seu pleito.

A todas as dificuldades derivadas de uma condição econômica precária se soma outro fator ansiógeno: a sobrecarga física e psicológica no cuidado de outros familiares. Segundo dados levantados nos processos, todas as famílias possuem ao menos um outro ente que também necessita de cuidados especiais, quer seja por também apresentar transtornos mentais, quer seja por alcoolismo ou por ambos. No quadro a seguir são destacados outros entes demandantes de cuidados especiais além dos PTMs em questão.

**Quadro 4 – Quadro referente a demais entes, além do PTM internado compulsoriamente, que demandam cuidados especiais de suas famílias.**

	<b>Casos de TPM ou alcoolismo na família</b>
<b>Angelo</b>	Irmão (PTM)
<b>Darci</b>	Mãe e dois irmãos (PTMs)
<b>Everaldo</b>	Dois irmãos (PTMs) e pai alcoólatra.

<b>Lucas</b>	Pai e irmão alcoólatras
<b>Otávio</b>	Mãe e tio paterno (PTMs)
<b>Rosa</b>	Pai e dois irmãos (PTMs)

Além da realidade de ter outros entes que demandam cuidados especiais, essas famílias estão sujeitas às mesmas vicissitudes, como doenças e limitações físicas e psicológicas, de outras famílias que não possuem um PTM em casa. Esse contexto evidencia-se no relatório social de “Angelo”: *“A idosa informa que não tem condições de cuidar desse filho, porque apresenta problemas cardíacos e já não tem mais forças”*. Também pode ser identificado no interrogatório da mãe de “Rosa”: *“Tem dois filhos na mesma situação e uma delas está internada em ... (removemos o nome da instituição), e que o esposo faz tratamento no mesmo sentido, motivo em que não tem condições de estar a frente do presente pedido”*.

Pesquisas têm apontado para a sobrecarga de famílias cuidadoras de um ente PTM (Tsu, 1993; Gonçalves & Sena, 2001; Pegoraro & Caldana, 2006). Amiúde, indicam que essa sobrecarga tende a aumentar a demanda por internações e ressaltam a importância da assistência de profissionais de saúde mental. Tsu (1993), discutindo a questão da desospitalização no contexto público, retrata que essa população já é tão penalizada por suas condições de vida que, quando se depara com a sobrecarga do cuidado com um PTM, tende a transferir esse encargo. Pegoraro e Caldana (2006), por sua vez, colheram histórias de vida de cuidadores de PTM de um CAPS no interior paulista e identificaram três tipos de sobrecarga: a de ordem prática (cuidados diretos ao PTM), a de ordem financeira e a de ordem emocional. Gonçalves e Sena (2001) destacam que as consequências da reforma psiquiátrica incidem diretamente sobre o cuidador do PTM na

família. Nesse contexto, o PTM é entregue a sua família sem que se conheçam suas condições para essa tarefa.

A sobrecarga no universo familiar dos PTMs internados compulsoriamente revela-se, também, nas características do momento em que são pedidas as internações compulsórias. Importante lembrar que, dos seis interditandos para os quais os responsáveis solicitaram internação por via judicial, três encontravam-se ainda internados quando foi feita a solicitação; na verdade, o que estava sendo solicitado era que os mesmos permanecessem sob internação no Hospital psiquiátrico.

Um quarto caso também se assemelha aos anteriormente citados, mas o pedido de internação ocorreu quando o interditando ainda não se encontrava internado no hospital e tornou a ser feito quando internado, já que o hospital informou condição de alta. Na ocasião, a instituição que solicitou a permanência do interditando no Hospital Psiquiátrico relatou não ser adequada ao atendimento de “Darci”, o que justificaria que fosse pleiteada a permanência dele no Hospital Psiquiátrico – que, segundo eles, seria o local adequado para o caso. A demanda de permanência no Hospital psiquiátrico também pode ser percebida em um trecho do pedido de interdição de “Everaldo”: *“Requer LIMINARMENTE, que seja determinado por este Honrado Juízo, que o Requerido permaneça por tempo indeterminado no ... (removemos o nome do Hospital), pois conforme já mencionado, seu genitor, ainda se convalesce das agressões sofridas pelo mesmo”* .

A questão também pode ser observada em ofício do promotor de Justiça por meio do qual é pedida a internação compulsória de “Lucas”: *“O interditando, segundo A.(irmã*

de “Lucas”.), recebeu nesta data alta do ... (removemos o nome do Hospital), onde está internado há cerca de um mês, mas ainda se encontra lá, pois está temerosa, conforme assinalado na inicial, daquele sair do referido nosocômio, antes do término do feito de interdição, porquanto descontrolado e violento, notadamente quando faz uso de bebida alcoólica. Em síntese, fora do hospital o interditando representa um gravíssimo perigo para a sociedade. À luz do exposto, diante do risco acima narrado, requer seja ordenado a permanência do interditando internado no ... (removemos o nome do Hospital) até, pelo menos, o interrogatório, que deverá ser agendado com urgência e realizado naquele nosocômio”. Essa realidade também pode ser percebida, nas palavras do defensor público, no pedido de internação de “Otávio”: “J. (pai de “Otávio”) vem solicitar que seu filho continue internado no ... (removemos o nome do Hospital), já que este quer lhe dar alta. “Que o interditado, encontra-se internado no ... (removemos o nome do Hospital), por ser uma pessoa extremamente agressiva, que se recusa a fazer uso dos medicamentos, e já tentou inclusive, matar a própria genitora. Ocorre, MM. que o ... (removemos o nome do Hospital) afirmou que o Interditado, receberá alta nesta semana ainda, entretanto, o Requerente, não tem como recebê-lo em sua residência, visto que trará risco de vida para toda a família do requerente”. O mesmo se verifica em ofício destinado ao promotor pela instituição onde “Darci” estava internado antes de estar no ... (removemos o nome do Hospital): “Informamos também que a ... (removemos o nome da instituição) não é uma clínica psiquiátrica e sim um abrigo de proteção que tem a função de proteger, viabilizar as necessidades básicas de cada abrigado. Atualmente estamos com 58 abrigados crianças, adolescentes e jovens adultos. Em função do exposto solicitamos à V. S<sup>a</sup>. que “Darci” não retorne para [...] (removemos o nome da instituição), porque não temos estrutura física para tal acolhimento”.

De uma maneira geral, quatro das seis famílias (aqui incluímos o caso de “Darci”, que vivia em instituição), ao saber da possibilidade de alta de seus entes PTMs, pediram a internação por via judicial.

Pela análise dos processos, pudemos também identificar as perspectivas das famílias em relação ao convívio futuro com seu ente PTM em condição pós-alta. Essas informações estão expostas no quadro a seguir.

**Quadro 5 – Quadro referente às expectativas das famílias em relação a conviver ou não com seu ente PTM na pós-alta.**

	<b>Postura da família em relação à pós-alta de seus entes PTMs</b>
<b>Angelo</b>	“Angelo” morava nos fundos da casa da mãe antes da internação. A família não se posiciona em relação à pós-alta.
<b>Darci</b>	A instituição de onde “Darci” veio relata não poder recebê-lo de volta por não ter estrutura.
<b>Everaldo</b>	A mãe de “Everaldo” pede para que ele seja liberado.
<b>Lucas</b>	A irmã de “Lucas” tenta benefício do LOAS para mandá-lo para um asilo.
<b>Otávio</b>	O Pai de “Otávio” pede que ele permaneça internado até que consiga um lugar ou uma outra residência para ele.
<b>Rosa</b>	A filha de “Rosa” pretende achar uma instituição asilar para a mãe, mas acaba alugando uma casa para ela morar.

Apenas uma das famílias envolvidas nos processos reivindicou a desinternação de seu familiar, o que ocorreu três anos depois da internação. Três famílias declararam a pretensão de mandar o ente para um asilo ou de alugar um local para que ele more, pois não consideram possível a convivência.

Em um dos casos, a família não comentou se pretende ou não conviver com o PTM; porém em relatório feito pela assistente social consta “*A idosa informa que não tem condições de cuidar desse filho, porque apresenta problemas cardíacos e já não tem mais forças*”. Nessa situação, a convivência é atenuada pelo fato de o PTM morar em um cômodo nos fundos do quintal.

O caso do PTM que morava em uma instituição antes da internação em Hospital psiquiátrico mostra-se ainda mais complexo que os outros no sentido de ressocialização. Ele mora em instituições desde os três anos, perdeu todos os laços familiares fora das instituições em que viveu, e a última instituição em que esteve antes de ser internado no Hospital Psiquiátrico diz não poder recebê-lo de volta por falta de estrutura.

Esses levantamentos reafirmam a influência dos determinantes sociais sobre a internação, que não parece necessariamente estar relacionada a um tratamento. A internação, nesse contexto, parece ser um recurso de afastamento de um problema que não se quer de volta. O pai de “Otávio” chegou a reunir 71 assinaturas de sua comunidade para reforçar seu pedido de internação.

Em outros momentos, também se destaca a participação da comunidade em relação ao PTM. No caso de “Rosa”, das cinco pessoas que se propuseram à sua curadoria, dois



eram apenas vizinhos, sem qualquer grau de parentesco. Uma delas chegou a ser sua curadora por cerca de um mês. Ambas estavam inicialmente dispostas a assumir os cuidados de “Rosa” (o que já ocorria no cotidiano). Se, por um lado, a comunidade apresenta-se como cuidadora, por outro se manifesta com hostilidade, como demonstra trecho de relatório social sobre “Rosa”: *“Após visita domiciliar ficou perceptível que a maioria dos vizinhos de “Rosa” lhes são hostis, necessitando medidas urgentes visando protegê-la”*.

A instabilidade econômica e a sobrecarga, bem como a alegada agressividade dos PTMs, parecem ser tão intensas no contexto familiar estudado que não são toleradas negociações: ou o PTM permanece no interior do hospital psiquiátrico ou em outro espaço que não seja no convívio familiar, que não mais o comporta.

Os dados anteriormente citados são de especial relevância para o contexto de reforma psiquiátrica: por meio deles, pudemos conhecer o universo de seis demandantes de internação por via judicial - cinco famílias de PTMs e uma instituição na qual morava um dos interditandos. A partir disso não será mais necessário nos atermos à pergunta sobre o porquê da demanda pela internação compulsória. Mas que alternativas têm essas famílias?

Uma análise de culpabilização por sua atitude de “abandono” do PTM apresenta-se simplista demais. O que salta dessa pequena discussão é que elas não são culpadas por abandonar o PTM; na verdade, são elas as primeiras abandonadas.

Outra questão que se apresenta a partir dos dados expostos é a necessidade da participação ativa e estruturada de profissionais da área da saúde junto das famílias dos PTMs, já que elas demonstram necessitar de cuidados tanto quanto os PTMs.

Passaremos a partir de agora à discussão do contexto **judicial** apresentado nos processos. A Justiça desempenha importante papel no contexto da reforma psiquiátrica, já que não raramente lida com diversas questões relacionadas aos PTMs. No contexto pesquisado, tem sido solicitada pelas famílias dos PTMs para que proceda à internação compulsória.

Amiúde, o referencial que se tem de um fenômeno é o que norteia o entendimento sobre ele. Na esfera judicial, essa realidade não é diferente. Portanto, os rumos que toma um processo denunciam, em grande parte, o referencial que norteia os operadores da lei.

Todos os processos que resultaram em internação compulsória iniciaram-se por um pedido de interdição com vistas à comprovação da incapacidade dos requeridos. Pereira (2001) destaca que o processo de interdição destina-se àqueles considerados incapazes para os atos de sua vida civil. “Uma vez declarada a interdição, o ato praticado pelo incapaz é nulo” (p.281). Os considerados incapazes podem ser assistidos por alguém que assuma sua curatela, que, no caso do PTM, pode ser definida como “encargo cometido a alguém, para dirigir a pessoa e administrar os bens de maiores incapazes” (p.279).

A interdição atesta a incapacidade de um sujeito para o exercício dos atos da vida civil, a chamada capacidade de exercício ou de fato, que, segundo Medeiros (2006), é

alcançada pela maioridade ou emancipação. Não obstante, todos os sujeitos a partir de seu nascimento são dotados da capacidade jurídica ou de direito. A incapacidade seria reservada àqueles que, possuidores da capacidade de direito, possuem alguma deficiência que os impede de exercer os atos da vida civil.

Segundo o Novo Código Civil Brasileiro, no artigo 1.767, estão sujeitos a curatela:

- I – aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiveram o necessário discernimento para os atos da vida civil;
- II – aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade;
- III – os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos;
- IV – os excepcionais sem completo desenvolvimento mental;
- V – os pródigos

Nesse sentido, os considerados “enfermos mentais” participam da categoria daqueles que podem ser interditados.

A interdição e a curatela não sofreram grandes transformações ao longo da história; mas não se pode dizer o mesmo da questão incapacidade/doença mental, já que essa relação nem sempre foi tratada da mesma maneira (Medeiros, 2006). Como retratado anteriormente, quando se discutiu a questão do aprisionamento da loucura, o manicômio foi e ainda é a afirmação da incapacidade dos sujeitos PTMs e o aniquilamento de sua subjetividade - ao passo que o movimento social que repensa esse posicionamento perante a loucura indica pensar o PTM a partir de uma nova perspectiva, que questiona sua incapacidade e todos os demais paradigmas até então relacionados ao dito louco.

Como movimento, a reforma psiquiátrica assume sua característica processual; nesse sentido, os diferentes atores dessa dinâmica, apesar do contato com novas perspectivas a

respeito do PTM, podem ainda carregar resquícios de uma antiga e “infundada” visão do mesmo. Como demonstrado, visões que estigmatizam o louco possuem fortes raízes construídas historicamente e que ainda hoje se manifestam no discurso comum e também na esfera judicial, que, apesar de traduzir os avanços e conquistas das propostas reformadoras em função de modificações textuais da lei, as faz frequentemente de maneira morosa.

Um pressuposto parece estar presente nas decisões de internação compulsória: a periculosidade. Como dito, todas as justificativas das famílias para o pedido de internação se pautam em comportamentos agressivos, e isso tem se mostrado suficiente para o atendimento do pedido de internação.

Um fato evidenciado no decorrer do processo é que não há investigação dos relatos de agressividade. Para se determinar a internação, ao que parece, a própria condição de PTM já justificaria as atitudes agressivas, não sendo necessários maiores esclarecimentos.

Quando um cidadão qualquer sofre uma acusação, o procedimento comum é uma investigação para apuração dos fatos, pois se considera que o acusado possui o direito de defesa. Já que são cidadãos, a palavra de ambos possui igual peso, no sentido de que o acusado ou o acusador podem estar dizendo a verdade. A apuração dos fatos servirá justamente para identificar o que realmente ocorreu, e se realmente o acusado deverá sofrer o ônus da sua acusação.

A Constituição Federal, em seu artigo 5º, trata dos direitos e garantias fundamentais, e traz em seu título o princípio da igualdade, em que *“todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”*. No inciso LV, consta que *“aos litigantes, em processo judicial ou administrativo, e aos acusados em geral são assegurados o contrário e ampla defesa, com os meios e recursos a ela inerentes”*.

A conduta de investigação da agressividade para a internação compulsória não é identificada nos processos pesquisados. Ela ocorre durante o acompanhamento da internação pela equipe psicossocial dos fóruns (procedimento comum em processo de interdição), no sentido de verificar se é possível a desinternação, caso o PTM não ofereça risco aos demais no convívio social. Mas não ocorre no ato de internar. Em um dos casos, apenas (caso “Angelo” ), o PTM foi internado a partir da apreciação do juiz quando o interditando estava em sua presença, em audiência; os demais foram internados a partir de relatos dos responsáveis.

A palavra do familiar que acusa o PTM de agressividade parece não ter o mesmo peso da palavra do PTM; aliás, o interditando raramente é ouvido. Isso ocorre apenas em dois momentos: no interrogatório feito pelo juiz, obrigatório no processo de interdição, e no laudo pericial feito pelo médico psiquiatra. E nessas duas situações a fala do PTM denuncia seus sintomas, para o juiz e para o psiquiatra.

Pretende-se, nesta discussão, refletir sobre a questão da cidadania do PTM, tema tão caro à reforma psiquiátrica. Como podemos pensá-la a partir desse contexto? Não

podemos nos esquecer dos diversos casos, já denunciados, em que sujeitos foram internados e por muito tempo permaneceram nessa situação graças a um pressuposto de periculosidade relacionado ao transtorno mental. A citar o caso Galdino, retratado em dissertação de mestrado intitulada “As revoltas do capim”, elaborada por Muramatsu (1984). Foram retratados os movimentos sociais-agrírios do oeste paulista e o caso Galdino, líder religioso cujas práticas também eram políticas e cujas idéias (relacionadas à propriedade da terra) incomodaram as autoridades e grandes proprietários de terra. Galdino formou o que chamava de “exército divino”, composto por 16 homens, o que lhe custou um processo militar sob acusação de agrupamento militar na década de 1970. Em teste de sanidade mental, Galdino recebeu o diagnóstico de esquizofrenia paranóide, tendo sido qualificado como perigoso para a sociedade, e esteve por sete anos confinado no manicômio judiciário Franco da Rocha, sem, no entanto, ser louco. Mas já que assim foi identificado, também recebera o status de periculosidade, o que justificou sete anos de aprisionamento.

P. de Souza (1980), além do caso Galdino, apresenta, no livro intitulado “A revolução dos loucos”, outros casos em que não loucos são assim diagnosticados e automaticamente considerados perigosos. Em um desses casos, conta a história de um vendedor ambulante que foi preso e internado no manicômio judiciário por discutir com um fiscal, negando-se a pagar imposto em dia de chuva quando não conseguira expor suas mercadorias. Esse vendedor permaneceu internado por vinte anos sob o diagnóstico de esquizofrenia paranóide.

Não se trata, nessa discussão, apenas de questionar se um sujeito possui ou não um transtorno mental que justifique sua internação, como retratado nas situações absurdas

descritas acima. Trata-se de refletir que, mesmo que tivessem realmente um transtorno mental, não deveriam ser automaticamente intitulados perigosos. Trata-se de repensar, a partir dos dados expostos nesta pesquisa, que ainda hoje se conjuga com tanta facilidade a relação transtorno mental e periculosidade. Trata-se de questionar os discursos e práticas que ainda sustentam tal paradigma.

No contexto pesquisado, seria interessante a reflexão de como emerge a questão da periculosidade para que se possa questioná-la; afinal, a sobrecarga vivida pelas famílias que conhecemos, por si só, justificaria uma investigação sobre seus relatos. O que não se pode fazer é naturalizar a agressividade à condição do PTM. Como ressalta Cunha (2002),

ainda há um sentimento social geral de presunção de periculosidade do doente mental que precisa ser superado, pois do total de portadores de sofrimento psíquico apenas uma pequena parcela é, realmente, perigosa, além do que, se adequadamente tratados, podem perfeitamente ser inseridos (p.19).

Uma outra característica que se destaca na esfera judicial nesta pesquisa é que a internação assume caráter custodial. A internação e a permanência do interdito no hospital estão sob competência do juiz. Em apenas um caso o magistrado, quando informado pelo hospital da capacidade de alta do PTM, deixa a critério do próprio hospital a desinternação do interdito: *“A internação de “Angelo” assim como sua permanência deve se pautar em critérios técnicos do corpo clínico deste nosocômio”*. Nesse caso, o juiz decidiu apenas sobre a internação, sendo que o hospital pôde participar do processo de desinternação.

De uma maneira geral, é característico nessas internações o seguinte fato: é o juiz quem decide o momento em que o interditando é internado e o momento em que deve ser revogada essa internação.

A decisão de internação dos juízes parece também estar pautada na tentativa de prevenir que a agressividade apontada pela família tome uma proporção ainda maior, como exemplificado em trecho da determinação da internação compulsória de “Everaldo”:  
*“Atendendo ao que foi requerido nos autos de Interdição, Processo nº ... (removemos o número do processo) – Interdição determino a Vossa Senhoria que mantenha o paciente “Everaldo, brasileiro, solteiro, doente mental, filho de ... (removemos os nomes dos pais), internado neste Hospital até ulterior deliberação deste Juízo, para continuidade de seu tratamento, a fim de se evitar tragédias no lar do referido paciente”.*

A medida preventiva de internar ainda se pauta no pressuposto de periculosidade: já que o PTM é potencialmente perigoso, parece que a melhor solução é sua internação, já que o interditando é afastado do convívio familiar e social e passa a não mais oferecer riscos.

A “medida preventiva” descrita acima não pode ser configurada como medida de segurança, aplicada a sujeitos que cometeram algum tipo de crime ou infração e que instala-se dentro do processo criminal e não civil.

Capez (2008) conceitua a medida de segurança como uma “sanção penal imposta pelo Estado, na execução de uma sentença, cuja finalidade é exclusivamente preventiva, no sentido de evitar que o autor de uma infração penal que tenha demonstrado



periculosidade volte a delinquir” (p. 439). Dessa maneira, essa medida visa tratar o inimputável potencialmente perigoso, tendo como pressupostos a prática do crime e a potencialidade de novas ações danosas. Quando não se demonstra a prática da ação criminal não se pode impor a medida de segurança.

A internação compulsória, no contexto pesquisado, acaba se assemelhando à medida de segurança no que se refere à desinternação, já que depende da autorização do juiz.

Quanto à permanência dos PTMs internos no Hospital Psiquiátrico cujos processos foram pesquisados, nota-se que o tempo de internação por via judicial é 28 vezes maior do que o tempo de internação por via não judicial. Esses dados foram obtidos por meio do histórico de internações dos próprios sujeitos analisados. Dessa maneira, foi possível efetuar as médias de tempo de internações compulsórias e não compulsórias. Um PTM internado por via não judicial permanece no Hospital Psiquiátrico em média 28 dias, enquanto que o internado compulsoriamente permanece em média 790 dias no hospital (mais de dois anos).

A média de tempo das internações compulsórias descritas acima se refere a um valor mínimo, visto que três dos seis sujeitos cujos processos foram analisados ainda permaneceram internados, o que impossibilitou o cálculo exato. Para chegarmos aos resultados apresentados, consideramos o último dia de visita ao Hospital Psiquiátrico (05/06/2009) como o dia da revogação dos que ainda se encontravam internados, já que, a partir daquela data, não mais seriam monitoradas as revogações das internações em questão. A média exata do tempo de hospitalização dos internados compulsoriamente só poderá ser extraída quando ocorrer a revogação das internações compulsórias dos que

ainda permanecem internados (“Darci”, “Lucas” e “Otávio”), o que indicará um tempo ainda maior de permanência desses sujeitos no hospital.

O caráter custodial dessas internações também evidencia-se pelo fato de que os interditandos continuaram internados, não obstante os relatórios e pareceres encaminhados pela equipe técnica do hospital tivessem relatado a condição de alta hospitalar desses sujeitos.

Bentes (1999), ao pesquisar sobre internações compulsórias de adolescentes, identifica quatro características desse tipo de internação. Três delas são correspondentes às encontradas nos processos pesquisados: a compulsoriedade, caracterizada por um mandado judicial; a indicação por motivos jurídicos, e não médicos; e o aprazamento do período de internação. No contexto estudado pela autora, fica evidente a insatisfação dos profissionais que atendem no hospital quanto a esse tipo de internação, já que eles não podem opinar sobre ela nem recusá-la, visto que esse ato está sob pena de lei.

No que se refere ao contexto, citado anteriormente, em que se estabelece a relação entre Justiça e hospital no ato da internação, pode-se notar uma similaridade com o contexto dessa relação encontrado nos processos. Pelos ofícios dos juízes enviados ao hospital com a determinação das internações compulsórias, percebe-se a coação dos profissionais dos hospitais em relação à aceitação da internação, assim como a declaração apriorística de impossibilidade de alta a não ser via revogação da internação, como se pode perceber no seguinte trecho da determinação de internação compulsória de “Darci”: *“DETERMINO a internação do mesmo neste HP até ulterior deliberação*

*deste juízo, sob as penas da lei, o interditando será apresentado a este hospital por um representante da ... (removemos o nome da instituição)”.*

Iniciaremos a discussão do contexto do **hospital** em sua articulação com a Justiça e com a família do PTM. Durante as visitas ao Hospital Psiquiátrico, ficou evidente um movimento de contestação por parte dos profissionais em relação às internações compulsórias. Organizavam material de pacientes internados compulsoriamente para pedidos de revogação da internação e questionavam a permanência deles no hospital mesmo após a estabilização do quadro.

Pela análise dos processos, foi verificada a impotência dos profissionais de saúde do hospital quanto ao ato de internar em cumprimento a determinações judiciais. Os profissionais de saúde do hospital não são convidados a opinar quanto à internação, e as determinações judiciais não abrem espaço para contestações iniciais.

O ato de se fazer ouvir desses profissionais é extremamente moroso e difícil quanto à desinternação, tendo em vista os vários relatórios e pareceres enviados aos juízes que indicam condições de alta desses internos.

Além da impotência desses profissionais frente à determinação judicial dessas internações, também se faz notar a impotência deles diante dos constantes pedidos dos internados compulsoriamente para serem desospitalizados. Eles demonstram a insatisfação em ficar no hospital, como pode ser percebido na fala de “Rosa” ao intervir em reunião das equipes do fórum e do hospital a seu respeito: *“Ficar no meio de gente que não tem idéia certa não ajuda em nada,... aqui a gente fica à toa mesmo”*. Essa

realidade também pode ser percebida na carta de “Otávio” por meio da qual ele solicita ao juiz sua desinternação: *“Por favor me ajude a sair daqui do hospital. Lá fora eu vou trabalhar na feira. Prometo ser honesto com todo mundo para senhor juiz e “Otávio””*.

Isso também pode ser notado em trecho retirado do relatório do Hospital Psiquiátrico que informa a condição de alta de “Otávio”: *“Por outra banda cabe ressaltar que o Sr. “Otávio” tem apresentado constante demanda de retornar ao convívio sócio-familiar chegando ao ponto de nos solicitar o envio de uma carta a esse juizado”*.

Nesse último caso, os pedidos eram apresentados aos juízes em forma de relatórios e pareceres e, por fim, foram diretamente endereçados aos magistrados por meio duas cartas do próprio PTM.

Apesar de impotentes frente às determinações de internação por via judicial, os profissionais de saúde do hospital não permanecem passivos. A impotência não se traduz, nesse caso, em um estado de paralisia. Constantemente, encontram-se, nos processos, ofícios que informam ao juiz que os internados compulsoriamente encontram-se em condições de alta.

Amiúde, a postura do judiciário diante dos relatórios enviados pelos profissionais de saúde do hospital é de cautela que se traduz em um longo tempo de espera pela desinternação desses sujeitos. O quadro abaixo apresenta em dias, o tempo decorrido entre o envio do primeiro relatório informando condições de alta até a revogação da internação.

**Quadro 6 – Quadro referente ao tempo, em dias, decorrido entre o primeiro relatório informando ao juiz condições de alta do PTM internado por via judicial e sua desinternação (ou até a data da última visita ao Hospital no caso dos que permaneceram internados).**

	<b>Tempo entre o primeiro ofício relatando condições de alta até a desinternação.</b>
<b>Angelo</b>	407
<b>Darci</b>	602*
<b>Everaldo</b>	1173
<b>Lucas</b>	519*
<b>Otávio</b>	955*
<b>Rosa</b>	292

\* “Darci”, “Lucas” e “Otávio” ainda estavam internados na última visita ao Hospital Psiquiátrico no dia 05/06/2009, por isso esta data foi considerada para o cálculo.

Evidencia-se que, para a internação, não são necessárias maiores investigações; mas para a revogação da internação, toda cautela parece ainda ser pouca, como demonstra o promotor de Justiça em suas respostas ao pedido de revogação da internação compulsória de “Everaldo”: *“Antes de nos manifestarmos sobre a saída do interditando “Everaldo” do Hospital ... (removemos o nome do Hospital), requeremos que seja promovido o seu exame pericial, conforme determinado às fls. 35 v<sup>o</sup>”*. Dois meses depois, esse mesmo promotor volta a se pronunciar: *“Quanto à liberação do interditando “Everaldo”. preferimos nos manifestar após o atendimento do item anterior”* (o item anterior referido relaciona-se ao pedido de atestado de saúde mental da mãe do interditando, solicitante da curatela). Essa realidade também é evidenciada quando o Ministério Público se pronuncia em relação à desinternação de “Lucas”: *“Entendo por bem que a liberação/desinternação do Interditando só se dê após a resposta aos quesitos”*.

Nesse meio tempo entre a internação e desinternação desses pacientes, o hospital se encarrega de algumas tarefas relacionadas a esse processo: os cuidados desses pacientes; a tentativa de fazer a família participar, “preparando-a” para o momento de alta desses pacientes; e ainda a tentativa constante de fazer-se ouvir em relação à permanência desses pacientes no hospital.

A questão da não passividade do hospital também é notada a partir de sua postura em relação às famílias dos internos, na medida em que tenta fazer com que elas participem do tratamento durante a internação e na pós-alta. Quanto a essa questão, temos mais a considerar.

A tentativa de fazer a família participar pode incorrer em um risco: se, por um lado, essa participação é necessária e vantajosa para o processo de reinserção do PTM, por outro pode se tornar um processo forçoso de aceitação dele, quando baseada em um ideal de família como um lugar necessariamente profícuo. Gonçalves e Sena (2001) destacam que “os serviços de saúde, muitas vezes, trabalham com a idéia de uma família idealizada” (p.53). Quando essa perspectiva é a norteadora e a base dos esforços do hospital na busca da família, facilmente se assumirá uma postura de culpabilização quando elas não assumirem “seu papel” de cuidadoras.

A partir do momento em que se considera a família como o lugar natural e ideal do PTM, justifica-se até a solicitação à autoridade judicial para que cobre dela “suas responsabilidades”, como se pode perceber em trecho de relatório em que o hospital informa condições de alta de “Otávio”: *“Trata-se de uma família resistente a aceitar o paciente em casa e de se implicar no tratamento deste. Durante as internações,*

raramente comparecem ao Hospital a fim de acompanhar o tratamento, mesmo com insistentes solicitações da equipe multidisciplinar. Foram realizadas várias visitas domiciliares sempre no sentido de sensibilizar para a reinserção do paciente no meio familiar e orientar quanto à importância da participação dos familiares no tratamento. Na última alta em 08 de agosto de 2006 foi reencaminhado ao CAPS (removemos o nome do CAPS) em atenção diária, chegando a freqüentar as atividades oferecidas por este serviço, podendo retomá-las com a alta. Sugerimos que se reforce a necessidade do envolvimento da família no tratamento do “Otávio” e dos demais membros, desde a internação e principalmente na pós-alta”. Nesse mesmo caso, uma psiquiatra, ao prestar esclarecimentos ao juiz em função da acusação que sofreu do pai de “Otávio” de que fora humilhado por ela, levanta suspeitas quanto ao tratamento que o pai dispensa ao filho. Em seu depoimento, ela declara que “Otávio”, no dia da internação, encontrava-se amarrado, com ferimento nasal e que o pai relatou que, se pudesse, mataria o filho. Mesmo tendo em vista essa possível realidade, o hospital ainda defende o retorno de “Otávio” para casa: “Por outra banda cabe ressaltar que o Sr. “Otávio”. tem apresentado constante demanda de retornar ao convívio sócio-familiar chegando ao ponto de nos solicitar o envio de uma carta a esse juizado”.

A realidade descrita anteriormente também pode ser identificada em trecho de relatório do hospital que informa ao juiz sobre a condição de alta de “Lucas”: “O pai do paciente (86 anos) e o irmão residem no interior e também apresentam quadro de alcoolismo. Tem duas irmãs que residem no (removemos o nome do Município). Morava com a irmã A., que se mostra resistente em acolhê-lo neste momento. O paciente não tem renda e a irmã tenta benefício LOAS com o objetivo de encaminhá-lo a uma instituição asilar, já que afirma estar impossibilitada em mantê-lo em seu convívio. Segundo a

*avaliação da equipe multidisciplinar da UCP, o paciente encontra-se em condições de alta podendo retornar ao convívio familiar e social. A conjugação dos dispositivos legais mencionados com o estado clínico do paciente suscita a questão referente às responsabilidades da família, que não pode incorrer em abandono material, e à municipalidade de origem do interno, os quais precisam ser instados a participar da fase pós-estabilização, incumbindo-se de dar-lhe o suporte visando sua reinserção no meio familiar e comunitário”.*

A percepção de que os familiares abandonam o PTM também pode ser notada no trabalho de Rosa (2003), em estágio desenvolvido em um Hospital. Ele destaca que

parte significativa dos profissionais, sobretudo de nível médio, considerava que a família abandonava o portador de transtorno mental e utilizava o hospital como um depósito. Mas também foi possível observar a presença marcante e rotineria de familiares no serviço de pré-internação” (p. 27).

O que se percebe, na análise da relação hospital/família no contexto da desinternação, é uma tentativa de identificação de qual é o lugar legítimo do PTM. E nessa tentativa, frequentemente, tanto o hospital quanto a família entendem que não é consigo. Por essa via, as boas intenções de reinserção malogram e podem acabar se tornando mais um fator de exclusão para o PTM.

Não é tarefa difícil entender a postura de ambos, hospital e família, quanto à desinternação. O percurso teórico realizado nos permite perceber que, para a família, há



uma tendência de se pensar que o tratamento para o PTM se dá em ambiente de asilamento no hospital. Assim os familiares foram conduzidos historicamente a concebê-lo. Além disso, a análise da realidade de instabilidade econômica e sobrecarga dessas famílias nos dá subsídios para compreender sua recusa em aceitar o PTM sob seus cuidados.

Por outro lado, quando pensamos a postura do hospital a respeito da desinternação, notamos que se conforma a princípios da reforma psiquiátrica brasileira, no sentido em que questiona uma internação sem finalidade terapêutica. Provavelmente, o caminho mais fácil de se pensar a reinserção social do PTM desospitalizado seria o retorno para sua família e sua comunidade. Todavia, os dados desta pesquisa apontam que, na prática, não tem sido tão simples assim.

Afinal, onde deveria viver o PTM em sua pós-alta? A resposta que nos arriscamos a dar é que seria naquele onde pudesse ser aceito e respeitado em suas potencialidades e seus limites, onde pudesse se sentir parte integrante e exercitar sua cidadania. No entanto, infelizmente esse “lugar” ainda não está completamente construído.

Durante toda esta análise, buscamos entender como se articulam hospital, família e Justiça no contexto das internações compulsórias. A importância desses três atores e suas contribuições para o processo de reforma da assistência psiquiátrica é indiscutível. Mas precisamos avançar ainda mais; e avançar implica em reorganizar as idéias, discursos e práticas vigentes, em reavaliar as estratégias utilizadas, em ampliar as discussões e em buscar parcerias, para que novas possibilidades emergjam. Esperamos, com este trabalho, contribuir para o avanço em direção à garantia da cidadania do PTM.

## 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

No bojo das transformações desencadeadas pelo movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, ainda se sustenta um paradigma asilar como um modelo assistencial necessário ao tratamento do PTM. As internações, no entanto, têm sido feitas de maneira mais criteriosa, o que faz com que ocorram com menor frequência e duração. Essa realidade acaba por implicar em um contato mais prolongado entre o PTM e a família e também com a comunidade.

Destarte, as consequências de todo movimento reformador de assistência ao PTM têm incidido sobre a família, que se torna responsável por seus cuidados - frequentemente sem o suporte comunitário necessário. Essas famílias, com base na literatura e nos dados encontrados nesta pesquisa, encontram-se sobrecarregadas. No contexto pesquisado, isso se apresenta de maneira tão intensa que o convívio com o PTM, mais um problema em meio a tantos, tem sido praticamente inviável.

Todo esse contexto tem favorecido a migração da demanda de internação do médico para o juiz. Afinal, se o propósito é evitar um problema, a internação via judicial é a mais eficiente, já que mantém o PTM internado por um tempo 28 vezes maior que a internação não judicial, como confirmam os dados desta pesquisa. A justificativa de internação para tratamento não é suficiente para suprir tamanha disparidade entre a média de permanência dos dois tipos de internação.

A análise dos processos indica que os responsáveis pelos PTMs são os demandantes de suas internações compulsórias; que todas as justificativas para a internação são pautadas em atos de agressividade do PTM; e que a Justiça determina a internação tendo em vista prevenir possíveis atos de agressão do PTM, já que é tácito o pressuposto de periculosidade.

Por fim, nos questionamos: a quem atende a internação compulsória? Sem dúvida, não ao PTM; este permanece internado mesmo após a estabilização de seu quadro, finalidade a que se devia prestar a internação. Definitivamente, outras demandas se interpõem para a manutenção de uma internação tão longa; outros objetivos demandam tanta cautela para a revogação da internação, motivos que provavelmente atendem a uma família que se percebe desamparada e sobrecarregada na tarefa do cuidado e que também se pauta no pressuposto de periculosidade do louco.

Tal panorama nos permite analisar as internações compulsórias a partir de uma demanda muito mais social do que médica; ou seja, essas internações afastam da sociedade aquele que foi reclamado como um problema. Mais especificamente, como uma ameaça.

A partir do entendimento de que as internações compulsórias não se pautam necessariamente em uma medida clínica, mas em uma demanda social, se fazem necessários maiores investigações a seu respeito. Infelizmente, os dados que obtivemos não nos permitem comparar se essa demanda cresce ou se mantém; mas pela realidade que conhecemos, supomos essa tendência.

Pudemos notar que, no contexto pesquisado, a internação assume diferentes significados para os diferentes atores envolvidos em sua dinâmica: para a família, é uma maneira de aliviar a sobrecarga da qual não se sente em condições de dar conta; para a Justiça, parece representar a prevenção de um possível ato agressivo, já que há um pressuposto de periculosidade; e para o hospital, é uma medida extrema que, fora de sua pretensão básica de estabilização do quadro psicótico, representa um retrocesso aos princípios da reforma psiquiátrica.

A cidadania do PTM é um tema caro à reforma psiquiátrica, para o qual convergem seus esforços e propostas de mudança. A realidade a que está submetido o PTM no contexto pesquisado nos indica que ainda temos que lançar mão de muitas estratégias que possibilitem a garantia de seus direitos e a possibilidade de uma convivência social mais harmônica.

As realidades das famílias que se apresentam no decorrer desta pesquisa destacam que essas estratégias (políticas públicas), inevitavelmente, devem alcançar o contexto familiar do PTM, diante da necessidade urgente de um modelo assistencial que privilegie uma rede de apoio comunitário não só aos PTMs, mas também a toda a sua família, que se revelou tão necessitada de cuidados quanto o próprio PTM.

A reforma psiquiátrica será mais eficiente quanto mais potencializar as possibilidades de discussão a respeito da loucura, ampliando esse debate para todas as áreas de conhecimento e alcançando toda a sociedade. A desmitificação e a desconstrução de rótulos e estigmas que envolvem a experiência da loucura fazem-se imperativas quando

o que se busca é a promoção do acolhimento, do respeito, da proteção e da garantia dos direitos dos PTMs.

## REFERÊNCIAS

Amarante, P. D. C. (1992). Cidadania, Sistemas locais de saúde e reforma psiquiátrica. In KALIL, Maria Eunice Xavier (Org.). *Saúde Mental e Cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde*. São Paulo-Salvador: Hucitec, pp.89-101.

\_\_\_\_\_. (1994) Asilos, alienados e alienistas. In Amarante (Org) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

\_\_\_\_\_. (2001). Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica. In Quinet (Org). *Psicanálise e psiquiatria. Controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

\_\_\_\_\_; Torre, E.H.G. (2001). A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, maio/ago., v. 25, n. 58, pp. 26-34.

Bardin, L. ( 1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Balila, D. (2000). “*Memórias e Sonhos de Encarcerados*” – estudo realizado à partir da idéia de servidão em Espinosa. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Bentes, A.L.S. (1999). Tudo como dantes no Quartel d’Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz/ Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portaldeseres.cict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/bentesalsm/capa.pdf>

Bosser, C. (1976). *Introdução à antipsiquiatria: uma ciência das pessoas*. Rio de Janeiro: Zahar editores, pp. 17-36.

Brasil. Ministério da Saúde (2004). Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990 – 2004**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Legislacao.pdf>

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001.

Brasil (2002). *Novo Código Civil*: exposição de motivos e texto sancionado. Brasília

Capez, F. (2008). Das Medidas de segurança. *Curso de Direito Penal*. Vol. 1: parte geral, 12ª edição, Editora Saraiva, São Paulo.

Castel, R. (1978). O salvamento da instituição totalitária. In: \_\_\_\_\_ *A Ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. 2 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Chauí, M. de S. (1982). O discurso competente. *Cultura e democracia: O discurso competente e outras falas*. 3 ed. São Paulo : Ed. Moderna, pp. 3-14.

Constituição Federal (2006). Vade Mecum. Ementas constitucionais, Ed. Saraiva

Cooper, D. (1967). *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: editora Perspectiva S.A.

Costa, A. C. de F. *Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. In Curso de Especialização a distância em Direito Sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal, /Ministério da Saúde, Programa de Apoio ao fortalecimento do controle social no SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002, pp. 141.

Costa , J. F. (2004). *Ordem médica e norma familiar* (5ª ed). Rio de Janeiro: Graal.

Cunha, R. da S. (2002). *Direito Sanitário, Ministério Público e Reforma Psiquiátrica*. Universidade de Brasília. Especialização à Distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Estadual.Faculdade de Direito. Rio Grande do Sul – BRASÍLIA. Dezembro.

Desviat, M. (1999). Os primeiros movimentos de Reforma Psiquiátrica (I). *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Cap. 2, pp.23-51.

Foucault, M. (1984). Loucura e cultura. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, pp. 71-86.

\_\_\_\_\_. (1987). A Grande Internação *História da loucura. História da Loucura na Idade Clássica* (2ª ed.). São Paulo: Editora Perspectiva.

Fraga, M. N. O., Souza, A. M. A. & Braga, V. A. B. (2006). *Reforma psiquiátrica brasileira; muito a refletir*. Acta Paulista de Enfermagem, abr./jun, v.19, n.2 São Paulo . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002006000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

Fiorin, J. L. (1990). *Linguagem e ideologia*. São Paulo: Ática.

Flick, U. (2004). A pesquisa qualitativa: relevância, história, aspectos. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre. Bookman, pp.17-32.

\_\_\_\_\_. Da teoria ao texto. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre. Bookman, pp.33-56.

Gil, A. C. (2002). Como classificar as pesquisas? Como Elaborar Projetos de Pesquisa. São Paulo, 4ª edição, Atlas. 2002, pp. 41-56.

Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. de (2001). *A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família*. Rev Latino-am Enfermagem 2001 março; 9(2): 48-55. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf)

Goffman, E. (2008). O mundo do internado. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, pp. 7-68.

Jorge, M. A. S. (1997). *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública;. 117 p. Disponível em: <http://portaldeseres.cict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1997/jorgemas/capa.pdf>

Laville, C., Dionne, J. (1999). Em busca de Informações. *A construção do saber científico*. pp. 165-196. PORTO Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.; Belo Horizonte: Editora UFMG.

Mansanera, A. R. & Silva, L. C. (2000). *A Influência das idéias higienistas da Psicologia no Brasil*. Psicologia em Estudo, Vol.5, n 1, p. 115-137, Maringá. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722000000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722000000100008&lng=pt&nrm=iso)

Marconi, M. de A., & Lakatos, E. M. (1999). Técnicas de Pesquisa. *Técnicas de Pesquisa: Planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. 4ª edição, São Paulo: Atlas, pp. 64-139.



Medeiros, M. B. de M. (2006). *Interdição civil: uma exclusão oficializada?* Revista Virtual Textos & Contextos, nº 5, nov. Textos & Contextos.

Muramatsu, L. N. (1984). Messianismo na frente pioneira. *As revoltas do capim: Movimentos sociais-agrário no oeste paulista (1959-1970)*. Dissertação de mestrado em Sociologia, apresentada à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, pp. 195-278.

Oliveira, L. O., & Silva, F. (2005). *Sociologias: Processos judiciais como fonte de dados: poder e interpretação*. Porto Alegre: jan./jun.2005. pp.1-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n13/23563.pdf>

Pádua, E. M. M. O processo de Pesquisa. *Metodologia da Pesquisa: Abordagem teórico-prática*, Campinas, SP, 2ª edição, Papirus, 1997, pp.29-91.

Pegoraro, R. F., & Caldana, R. H. de L. (2006). Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, vol. 11, nº 3, sept./Dec.

Pereira, C. M. da S. (2001). Curatela e Ausência. *Instituições de Direito Civil*. Rio de Janeiro, Forense, vol. V, 12ª ed.

Philippi, J. N. (1994). *Reflexões acerca do sujeito de direito*. In: Palavração – revista de psicanálise n. 2. Curitiba: Biblioteca Freudiana, Disponível em: [www.buscalegis.ufsc.br/busca.php?acao=abrir&id=24499](http://www.buscalegis.ufsc.br/busca.php?acao=abrir&id=24499)

Rey, F. G. (2005). O compromisso Ontológico na Pesquisa Qualitativa. **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade**: Os processos de construção da informação. São Paulo, Pioneira, pp. 1-28.

\_\_\_\_\_. A Pesquisa Qualitativa como Produção Teórica: uma Aproximação diferente. *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: Os processos de construção da informação*. São Paulo, Pioneira, pp. 29-78.

\_\_\_\_\_. Diferentes Momentos do Processo de Pesquisa Qualitativa e suas exigências Metodológicas. *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: Os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira, pp. 79-114.

Rosa, L. C. dos S. (2003). *Transtorno Mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez.

Rotelli, F., Ota de L., & Diana M. (2001). *Desinstitucionalização* (2ª ed.), São Paulo, Hucitec.

Ribeiro, S. L. (2004). *A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. Psicologia Ciência e Profissão*. Set, v.24 n.3. Brasília. Disponível em: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932004000300012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

Souza, L. (2004). Processos de categorização e identidade: solidariedade, exclusão e violência. In L de Souza e Z. A. Trindade (Orgs) *Violência e exclusão: convivendo com paradoxos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 57:74.

Souza, P. de. (1980). *A revolução dos loucos*. São Paulo:Global editora.

Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, Rio de Janeiro, jan.-abr, v.9(1):25-59. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702002000100003&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt)

Tsu, T. (1993). *A Internação Psiquiátrica e o Drama das Famílias*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Vetor.

Villares, C. C. (2000). *Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia*. *Revista Brasileira de Psiquiatria* vol.22 s.1 São Paulo May Departamento de Psiquiatria da Unifesp/EPM.

## ANEXOS

### Anexo A - Termo de Consentimento para pesquisa no Hospital Psiquiátrico.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO  
CENTRO DE CIENCIAS HUMANAS E NATURAIS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL E DO DESENVOLVIMENTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Dinâmica internação/desinternação de processos que resultaram em internação compulsória em Hospital Psiquiátrico.

**Pesquisadores Responsáveis:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Angela Nobre de Andrade (orientadora), docente do Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento da UFES e sua orientanda do mestrado Lucinéia Pesente.

**Instituições:** Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento, Programa de Pós-Graduação em Psicologia; Hospital Psiquiátrico.

**Objetivo da Pesquisa:** Analisar os processos que resultaram em internações compulsórias cumpridas no Hospital Psiquiátrico, no 1º semestre de 2008, tendo como foco a dinâmica internação/desinternação.

**Síntese dos Procedimentos:** Este é um trabalho de dissertação de mestrado, onde as pesquisadoras analisarão a dinâmica internação/desinternação de processos que resultaram em internação compulsória em Hospital Psiquiátrico. O processo completo

será localizado a partir de dados disponíveis neste mesmo Hospital e posteriormente serão analisados nas Varas onde forem localizados.

#### 1ª Etapa

(Hospital Psiquiátrico)

- Visitas ao Hospital Psiquiátrico
- Apresentação da proposta de pesquisa
- Apresentação do termo de consentimento
- Pesquisa das decisões judiciais que resultaram em internações compulsórias neste hospital e localização das Varas onde se encontram os processos

#### 2ª Etapa

(Varas onde se encontram os processos que resultaram em internações compulsórias cumpridas no Hospital Psiquiátrico)

- Apresentação da proposta de pesquisa
- Pedido de autorização para a pesquisa dos processos que resultaram em internações compulsórias cumpridas no Hospital Psiquiátrico
- Pesquisa dos processos que resultaram em internações compulsórias cumpridas no Hospital Psiquiátrico

#### **Esclarecimentos:**

- a) em qualquer momento do andamento do projeto, os responsáveis pela instituição onde será realizada a pesquisa, terão direito a quaisquer esclarecimentos em relação ao projeto;
- b) serão mantidos o sigilo e o caráter confidencial das informações obtidas. A identificação das partes envolvidas nos processos analisados não será exposta nas conclusões ou publicações do trabalho;
- c) quaisquer recursos ou reclamações poderão ser encaminhados à coordenação pelo telefone (27) 3335-2501 (Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFES).

---

Profª Drª Angela Nobre de Andrade

---

Lucinéia Pesente

#### **Consentimento:**

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo às pesquisadoras Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Angela Nobre de Andrade e sua orientanda Lucinéia Pesente a realizarem, no Hospital Psiquiátrico, a pesquisa intitulada “Dinâmica internação/desinternação de processos que resultaram em internação compulsória em Hospital Psiquiátrico” tendo acesso, para este fim, aos processos que resultaram em internações compulsória localizados neste Hospital.

Tenho conhecimento de que os resultados deste estudo poderão ser apresentados em reuniões e publicações de cunho científico; entretanto, recebi garantias de que serão mantidos absoluto sigilo e respeito a identidade das partes envolvidas nos processos analisados. Considero plenamente satisfatórias as informações prestadas, bem como as respostas às dúvidas por mim suscitadas. Assim, aceito assinar o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias.

Vitória, ES, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

---

(Diretor geral)

**Anexo B – Pedido de autorização aos juízes para a pesquisa dos processos.****Ao: Excelentíssimo Senhor Dr. ...****Juiz de Direito da 1ª Vara de Órfãos e Sucessões de ...**

Vimos, através desta, respeitosamente requerer a autorização de Vossa Excelência para que a mestranda Lucinéia Pesente, regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, matrícula nº 2007130526 e Registro Profissional nº 1617 - CRP-ES 16ª Região, possa realizar uma Pesquisa nos Processos Judiciais que resultaram em internações compulsórias cumpridas no Hospital Psiquiátrico, localizados nesta Vara, como cumprimento dos requisitos para a obtenção do título de mestre em Psicologia.

O estudo desses processos contribuirá para uma reflexão sobre a ocorrência das internações compulsórias e suas implicações no que concerne a movimentação atual de reestruturação do modelo assistencial a pessoas portadoras de transtorno mental, assim como a proteção de seus direitos.

Para alcançar tal objetivo proposto será necessário transcrever algumas partes que compõem o Processo Judicial, como forma de exemplificar as análises que serão feitas. Gostaríamos de esclarecer que será garantido sigilo absoluto sobre todos os nomes envolvidos nos processos, desde o interno, assim como Juízes, advogados e demais protagonistas.

Após os devidos esclarecimentos, com o devido respeito aos princípios éticos que envolvem a pesquisa, solicitamos a autorização de Vossa Excelência para as consultas necessárias à realização deste estudo.

Na certeza de contar com a Vossa colaboração, colocamos-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

---

Orientadora: Profa. Dra. Ângela Nobre de Andrade

---

Mestranda: Lucinéia Pesente

Vitória, ... de 2008.

