



# BARRAS DE AÇO OU PAREDES INVISÍVEIS

das internações forçadas aos novos  
tratamentos para a 'loucura'

*Carolina Maíngué*

## Agradecimentos

**E**m primeiro lugar, agradeço a todas as pessoas que contribuíram como fontes para esse trabalho, em especial àquelas que, entre tantos traumas e inseguranças, resolveram me dar uma chance e confiar na minha escuta. Eu quero agradecê-las e, acima de tudo, desculpar-me com elas por não ter transformado cada uma dessas histórias em um livro, pois é o que mereciam ser. Todas as experiências com as quais eu tive contato são significativas e valiosas para o mundo - e eu espero que o mundo perceba isso a tempo.

Quero agradecer ao jornalismo por me dar o privilégio da informação. E, principalmente, agradecer a todas as pessoas responsáveis por eu estar me tornando jornalista. Gente que me levantou do fundo do fundo antes mesmo de eu ser uma estudante de graduação, Guiga e Anselmo. Gente que confiou em mim sempre e me elogiou muito mais do que eu merecia, pai e mãe. Gente que é todos os dias ensolarados da minha vida, Bruna. Quero agradecer aos amigos que compartilham comigo a dança, arte sem a qual eu não vivo, e às amigas e amigos que sempre estiveram lá para mim, Lu, Márcia, Lica, Kaio, Gui C, Isa L.

Eu não poderia deixar de mencionar todo o aprendizado que tive durante as reuniões do Maruim, do CALJ, do Coletivo Jornalismo sem Machismo e do DCE, onde arrisco dizer que encontrei algumas das pessoas mais conscientes e sensíveis que já conheci.

Por fim, gostaria de dedicar esse TCC:

À minha família, especialmente aos familiares que já passaram por sofrimento psíquico intenso e viram seus entes mais amados sofrerem;

Às pessoas que me inspiraram de tantas formas ao longo da graduação e me salvaram mesmo sem saber - Bea, Mano, Clari, Fe, Lacs, Gabe, Linda, Samuca, Isa V, Ana, Maria e minha orientadora Terezinha;

E à universidade pública, sem a qual nenhum sofrimento, aprendizado ou felicidade até aqui teria sido possível.

Boa leitura.

Autora:  
Carolina Maingué

Orientadora:  
Maria Terezinha da Silva

Ilustrações:  
Luana Marques

Diagramação:  
Carolina Maingué

Trabalho de Conclusão de  
Curso de Graduação em  
Jornalismo do Centro de  
Comunicação e Expressão  
da Universidade Federal  
de Santa Catarina

Apresentado como  
requisito para obtenção  
do título de Bacharel em  
Jornalismo em 2020.1

Ninguém deixava de pensar com temor na Tramontana,  
um vento de terra inclemente e tenaz que, segundo pensam  
os nativos e alguns escritores atormentados, leva consigo os  
germes da loucura.

Gabriel García Márquez  
Tramontana, Doze Contos Peregrinos  
1982

**E**ra por volta das 9h de uma quinta-feira quando Luísa, estudante de graduação da Universidade do Estado de Santa Catarina, despertou-se com os gritos de um desconhecido. O homem gesticulava através da janela da república que ela dividia com o namorado, Ruan, e o amigo Guilherme. O estranho aparentava ter força e gritava para que o deixassem entrar. Quase ao mesmo tempo, os moradores escutaram policiais militares baterem na porta da casa: “Abre se não a gente vai arrombar!”, diziam. Os agentes entraram sem apresentar mandado de busca, algemaram os dois jovens e começaram a imobilizar a menina. Marcos, que também vivia no local, não presenciou o início da cena. Estava em sua cama, dormindo.

Além da polícia, Luísa lembra de três civis, uma mulher e dois homens, que lhe aplicaram uma injeção. Ela se debateu contra o medicamento e ficou ainda mais nervosa ao notar sua mãe entrar no cômodo, acompanhando a intervenção. O objetivo, saberia depois, era interná-la compulsoriamente em uma clínica psiquiátrica. Na época, os jovens associaram os indivíduos não uniformizados a funcionários do hospital. Em conversa por telefone em novembro de 2020, no entanto, a instituição afirmou não realizar transporte de pacientes. Segundo Fernanda Rosenselder, responsável pela Gestão de Qualidade do local, quem faz a condução nos casos de internação compulsória é o próprio município, ou um serviço médico contratado à parte.

Naquela manhã, o susto logo cedo fez a menstruação de Luísa vazar. Ela se lembra do ocorrido

pois foi levada com a roupa do corpo e do jeito que estava até Camboriú (SC), município onde ocorreu a internação. Depois de receber a medicação injetável, esse é o próximo fato de que tem registro: chegar “meio zonzá” e “completamente cheia de sangue” em um centro de tratamento. A menina tem uma voz gentil e, apesar da lembrança traumática, seu relato chegou até mim intercalado por sorrisos delicados - como se quisesse amenizar a dor de quem a escutava, pela primeira vez, naquela primavera de 2019, em um café movimentado na região central de Florianópolis.

Nas suas palavras, a internação forçada havia sido fruto de uma ação judicial que a considerava dependente química, usuária de cocaína, crack e maconha. As informações constavam num laudo médico elaborado por um psiquiatra com o qual ela diz nunca ter consultado. O processo também mencionava boatos de que ela convivia com traficantes, que seriam os moradores da

república. Durante a abordagem na casa, os policiais arrombaram o quarto de Marcos, acordando-o e encontrando um vaso com um pé de cannabis. Guilherme lembra da cena: “Tinha uma plantinha de umas duas semanas, que era uma planta de maconha. Aí eles encontraram aquilo, perguntaram ‘de quem é, de quem é isso?’, e quando eu olhei eu falei tipo: ‘caralho, que porra é essa, né’”.

---

*“Naquela manhã, o susto logo cedo fez a menstruação de Luísa vazar. Ela se lembra do ocorrido pois foi levada com a roupa do corpo e do jeito que estava até Camboriú (SC), onde ocorreu a internação”*



Os jovens foram levados à 5ª Delegacia de Polícia (DP) de Santa Catarina e, posteriormente, ao Tribunal de Justiça do estado. Em audiência, ficou decidido que eles pagariam fiança e cumpririam medidas restritivas, como toque de recolher, em resposta à acusação pelo porte da erva. As medidas valeriam até o julgamento do caso e a emissão da sentença definitiva. Enquanto os meninos respondiam às obrigações judiciais sob a orientação de um advogado, Luísa era encaminhada para a clínica, onde permaneceu por cerca de um mês.

**Internação compulsória**, como essa pela qual a jovem passou, é um mecanismo previsto pela Lei Nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. É comum confundi-la com a modalidade **involuntária**, também tipificada pela legislação. Nos dois casos, o paciente não deseja ser internado ou não se encontra em condições de decidir, devido a quadros como surtos psicóticos e intoxicação aguda pelo uso de substâncias químicas. A diferença consiste no fato de que a compulsória pressupõe a existência de ordem judicial, geralmente devido a processos legais movidos por terceiros, e permite a condução forçada do indivíduo até o local que fará o acolhimento. Há ainda a internação **voluntária**, que é quando o próprio paciente concorda e se responsabiliza pelo ato. Mas qualquer uma das formas só é indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Em 2019, a internação compulsória passou a ser proibida para tratamento de usuários de drogas, aplicando-se somente a casos de transtornos psiquiátricos.

Quando Luísa chegou à clínica, estava “completamente desnorteada” como consequência

dos medicamentos que havia recebido na veia. Nesse momento, passou por uma avaliação médica, que segundo a legislação é imperativa para a admissão de pacientes. O laudo, pelo que relembra a jovem, apontava que ela não estava com condições de responder por si própria, o que justificaria a internação. Ela diz que a sensação de “confusão” foi justamente provocada pelos medicamentos, o que teria durado cerca de três dias.

Para Fernanda Rosenselder, funcionária da instituição, os remédios que a equipe responsável pode administrar para imobilizar a pessoa não devem interferir na avaliação posterior por parte da clínica. Esse exame serve para identificar alterações psiquiátricas que indiquem que o paciente representa risco para si e para os outros, de modo que precisa ser internado. Quando existe uma decisão emitida por juiz, não acatar a ordem de internação pode gerar problemas para o hospital.

Guilherme não tem dúvidas quanto ao fato de que a amiga não estava inconsciente ou incapacitada na manhã em que foi levada da república. Quanto à alegação de que era dependente química, ele argumenta que “ela mal estava bebendo nessa época”. Isso porque havia começado a tomar um antidepressivo, por ordem da mãe, e temia os efeitos colaterais da mistura com o álcool. Apesar disso, a internação não foi exatamente uma surpresa para a universitária.

Desde cerca de um ano antes, ela vinha lidando com ameaças dos familiares, que a acusavam de possuir algum tipo de transtorno mental. As acusações iniciaram na época em que descobriram seu relacionamento com outra mulher. Em 2017, a jovem foi até a cidade de seus parentes, no interior de Santa Catarina,

para tentar conversar com a irmã. “Eu converso com minha irmã que sou bissexual, explico o que é sexualidade etc. Ela fica completamente apavorada, e o que eles começam a pensar é que eu estou completamente louca”, relembra.

Ela não esquece do dia em que se viu obrigada a terminar com a namorada, após uma sucessão de mensagens dizendo que, caso não o fizesse, não poderia mais contar com a ajuda da mãe para pagar o aluguel que a mantinha em Florianópolis estudando. Sentadas em um dos bancos no pátio da Universidade, protegidas pela sombra que se projetava desde as árvores em abundância no campus, as duas mulheres choraram desesperadamente. “Não faz sentido nenhum você estar com uma pessoa que você gosta e ter que terminar por ameaça ou opressão”, relata.

De outubro a novembro daquele ano, sua mãe a levou para sua cidade natal, onde foi mantida contra a vontade por meio de ameaças e medicamentos. A jovem lembra que raramente a deixavam sair do quarto, e não lhe permitiam acesso a qualquer meio de comunicação. Nesse período, foi levada para realizar um exame toxicológico. O teste havia indicado a presença de THC no sangue, substância encontrada na maconha. Em entrevista, Luísa conta: “de vez em quando eu fumava baseado”. Ela também diz já ter experimentado LSD, drogas utilizadas com alguma frequência entre universitários.

Em novembro de 2017, ela conseguiu se desvencilhar das ameaças da família e voltou à capital do estado. Para se manter financeiramente na ilha, arrumou um emprego em um Café. Desde então, ficou com receio de parar as medicações com as quais, a princípio, não havia

concordado. Foi nesse período que sua mãe abriu um processo judicial argumentando que a filha precisava ser internada por conta do uso abusivo, além da maconha, de crack e cocaína, e que ela representava risco à sociedade. “Ela só tinha o exame toxicológico que apresentava THC. Eu nunca cheirei, nunca fumei uma pedra de crack. Enfim, uma loucura”, comenta a jovem, indignada. O laudo que apontava para o uso de outras drogas, segundo ela, foi conseguido com um psiquiatra conhecido da sua mãe.

Quando chegou no estabelecimento, que atualmente conta com 45 leitos para internação, Luísa fez amizade com uma paciente chamada Mariana. Ela havia se internado voluntariamente para tratar o vício em cocaína. Segundo a funcionária responsável pelo setor de Gestão de Qualidade, os pacientes internados compulsoriamente são minoria no local. Como Mariana estava prestes a receber alta, Luísa resolveu pedir ajuda. “Foi quando eu falei pra ela: eu não tenho que estar aqui e preciso sair daqui”. A universitária anotou o nome de três colegas de turma em um caderno, e a nova amiga entrou em contato com elas.

Ao tomarem ciência do ocorrido, mobilizaram-se e buscaram ajuda entre os professores da UDESC. Eles se solidarizaram e foram atrás de apoio jurídico. “Obviamente o caso se apresentava muito complicado e violento, e era evidente que era necessário a intervenção de uma advogada para salvá-la da clínica”, relata um dos docentes, que pediu para não ser identificado. Para ele, a motivação da família em internar a jovem não tinha a ver com sua saúde, de modo que os professores se viram obrigados a interferir na situação. Após procederem com a contratação da advogada,

Luísa assinou alguns papéis autorizando a representação legal. As duas puderam conversar pessoalmente cerca de três vezes durante sua estadia na clínica, e iniciaram o processo de resposta. “Isso levou um mês, até eu sair do hospital”, lembra a universitária. Por meio dela e do docente, essa reportagem tentou diversas vezes conseguir o contato da advogada. No entanto, por questões de segurança, eles preferiram proteger a fonte. Ambos temem ameaças por parte da família.

Quanto a Ruan e Guilherme, os dois foram considerados inocentes após o julgamento. Marcos, em cujo quarto foi encontrado o pé de maconha, foi enquadrado no artigo 28 da Lei 11.343/2006, que dispõe sobre as penas para porte e consumo pessoal de substâncias ilícitas, como a cannabis. As penalidades incluem advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade; e medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo. Nenhum dos meninos foi condenado por tráfico.

Apesar de aliviada com a saída da instituição, a volta para casa também não foi fácil para Luísa. Segundo ela, as crises de pânico semanais só começaram a ser superadas com o acompanhamento muito próximo de uma terapeuta, que a atendeu já no dia seguinte após a liberação. O potencial traumático das internações compulsórias e involuntárias é um dos principais motivos que dividem a opinião dos especialistas a respeito da efetividade dessas abordagens.

Daniela Schneider, professora titular do Departamento de Psicologia da UFSC, aponta que existe toda uma discussão a respeito da “importância da participação do sujeito no seu processo de cuidado”, o que é chamado de mecanismo de corresponsabilização.

Esse mecanismo, segundo ela, é dificilmente alcançado quando o tratamento é imposto ao paciente. Por outro lado, alguns profissionais afirmam haver situações em que o indivíduo em estado de consciência alterado pode se colocar ou colocar outras pessoas em risco, o que justificaria o emprego do método.

---

*“Eu converso com minha irmã que sou bissexual, explico o que é sexualidade etc. Ela fica completamente apavorada, e o que eles começam a pensar é que eu estou completamente louca”*

## Psiquiatria, saber ou poder

Outra polêmica envolvendo tratamentos mentais “impostos” diz respeito às pessoas que possuem a força física, legal e institucional para realizar tais procedimentos. Sandra Caponi, doutora em Filosofia pela Universidade Estadual de Campinas, aponta em seu livro *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada* que a própria consolidação da psiquiatria como ciência se deu a partir de uma lógica de poder e de um diferencial muito grande em relação às outras áreas da medicina. Ela escreve: “Não se trata de perguntar, como na clínica, ‘do que ele [o paciente] está doente’?, mas de saber se ‘ele está ou não doente’”.

Nesse mesmo sentido, quando se fala de uma apendicite, por exemplo, a complicação reside no funcionamento prejudicado de um órgão interno, de maneira que se associa o problema a algo que estaria “dentro”. Na loucura, por outro lado, o diagnóstico quase sempre vem de fora. Conforme aponta a pesquisadora, é preciso que um terceiro, a quem se atribui o poder de discernimento entre o normal e o patológico, emita um diagnóstico sobre o paciente ser ou não “louco”.

A partir daí, abre-se uma brecha para a anulação de sujeitos que pode estar vinculada a outras questões sociais. “Desde o início da história da psiquiatria, a psiquiatria sempre ficou muito marcada por uma percepção da mulher louca, e essa loucura feminina sempre é associada à sexualidade e aos momentos da vida”, como a menopausa e o período pós parto, opina Caponi em entrevista concedida

em março deste ano. Ela também defende que existe uma “quantidade enorme de internação de mulheres que de alguma maneira incomodam e são consideradas loucas. As sufragistas, por exemplo. Em Argentina, se fala das avós da Praça de Maio, que eram consideradas loucas da praça de maio. As mulheres intelectuais eram consideradas também loucas. É uma tradição da psiquiatria que se mantém até hoje no sentido de preconceito contra mulher.”

A jornalista Eliane Brum, no prefácio para a obra *Holocausto Brasileiro*, de Daniela Arbex, resgata algumas das histórias sobre os internos do hospital Colônia, conhecido manicômio da cidade brasileira de Barbacena, em Minas Gerais, que existiu durante todo o século 20. Muitos dos pacientes não eram portadores de sofrimento psíquico. Eram “homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento”.

No sul do país, a realidade não foi diferente. A facilidade com que se buscava resolver problemas sociais por meio da internação deixou marcas em quem ainda vive para lembrar. A gaúcha Maria Lúcia carrega algumas delas. A senhora, hoje com 67 anos, foi internada em uma clínica espírita quando era adolescente. Mulher negra, ela vivia em Pelotas, no Rio Grande do Sul, e conta ter sido levada até o hospital por conta de um “ataque de nervos após não

aceitar o que houve” entre ela e um namorado na época.

A lembrança do período em que ficou internada é um tanto nebulosa por conta do passar dos anos e dos próprios tratamentos recebidos na clínica. “Quando alguém estava muito agitada, eles davam injeção. Eles davam injeção muito forte, nem sei o nome. E quando a gente estava muito nervosa, ficava em isolamento num quartinho”, relata. Maria Lúcia também diz ter recebido terapia de choque. “É uma coisa que assusta a gente, não sei me expressar pra ti como que é. Eles davam choque, mas era brabo. Assustava a gente, no outro dia dava uma ‘batida’, eu ficava tremida e não sabia o que era... fazia parte do tratamento. Ou não fazia, vai saber. Era tipo uma tortura psicológica, mas naquele tempo como é que tu ‘vai’ reclamar?”

Assim que deixou a clínica, a gaúcha descobriu que estava grávida de sua primeira filha. No entanto, diz não lembrar se a instituição havia sequer tomado ciência da gestação. Lembra-se, isso sim, de perder o registro do próprio nome. “Eu dizia ‘mas eu queria saber meu nome, como é meu nome?’”. Apesar da memória traumática - e dos intervalos brancos, sem memória - Maria Lúcia olha para trás resignada: “Foi uma lição, sim. Quando eu sinto que eu vou ficar nervosa, eu penso: ah, não quero parar lá de novo”.

## Gente sem nome

**E**m teoria, as violações de direitos humanos nos hospitais psiquiátricos pertencem ao século passado, quando o paradigma de tratamento para a “loucura” era manter indivíduos encerrados por longos períodos dentro das paredes dos chamados manicômios. Isso porque muita coisa mudou a partir da reforma psiquiátrica no Brasil, que começou a se desenhar já na década de 1970. Um relatório do Ministério da Saúde, produzido em 2005, indica que essa luta intensificou-se quando setores da sociedade foram inspirados pela experiência dos movimentos sociais na Itália. Em 1978, o país europeu publicou a Lei Basaglia, que reformulou o sistema de saúde mental italiano. A mudança repercutiu em terras brasileiras, e muitos começaram a defender que o modelo de assistência à saúde mental centrado no hospital psiquiátrico estava em crise.

Em 1987, foi instalado em São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, unidade de tratamento para transtornos mentais fora do ambiente hospitalar, o que foi considerado um passo importante para o fechamento dos manicômios. Ao final desse período, a rede de assistência à saúde mental contava já com 208 CAPS, porém cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para este fim ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos, de acordo com o documento produzido pela própria pasta.

A partir da Lei Federal 10.216, de 6 de Abril de 2001 - conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial ou Lei Paulo Delgado -, são

criadas linhas específicas de financiamento para os serviços abertos, como os CAPS, que contam com psicólogos, médicos e profissionais interdisciplinares que posteriormente seriam vinculados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A implementação da RAPS, instituída pela Portaria MS/GM Nº 3.088/2011, tinha como objetivo privilegiar a oferta de tratamentos de saúde mental em serviços de base comunitária, integrando-os às equipes do Programa Saúde da Família (PSF) do Sistema Único de Saúde (SUS).

A psicóloga Daniela Schneider, professora do Departamento de Psicologia da UFSC, explica que “toda a história da saúde mental do país antes da luta antimanicomial brasileira tinha como um de seus carros chefes a internação involuntária”. Para ela, foi somente após a promulgação da Lei Paulo Delgado que essa prática mudou. “Na verdade, não é só a questão da internação que muda. É uma mudança da lógica da produção da saúde mental, que deixa de ter como dispositivo central as internações de maneira geral, o modelo chamado modelo antimanicomial, e passa a ter uma atuação no território, com base nas comunidades, e com a consideração das relações sociais daquele sujeito que está em sofrimento”, completa. A nova norma vigente, contudo, não aboliu a possibilidade da internação, seja ela voluntária, involuntária ou compulsória. Nos três casos, ela deve ser vista como último recurso.

A reforma antimanicomial resultou em um processo de substituição programada dos leitos em hospitais psiquiátricos por outras abordagens de saúde mental. A mudança também veio acompanhada da chamada “desinstitucionalização” de

pacientes, que se refere a indivíduos com longo histórico de internação e que perderam seus vínculos familiares e sociais. O SUS passou a prever a existência de Residenciais Terapêuticos para receber esses sujeitos, uma vez que eles não mais seriam acolhidos pelo ambiente hospitalar, agora voltado à internação emergencial.

---

*“Alguns nem sabem seus nomes. Tem casos tão graves que eles não falam. A gente não sabe quem é a família e nem eles sabem quem é”*

No Instituto de Psiquiatria (IPQ) de Santa Catarina, localizado em São José, é possível notar aspectos oriundos desse processo de desinstitucionalização. O local, que até dezembro de 2020 contava com 155 internos, foi inaugurado em 1941 sob o nome de Colônia Sant’Ana. Segundo Ana Terra de Leon, pesquisadora da história da psiquiatria e mestre pela UFSC, o Colônia foi o primeiro hospital público destinado a atender a demanda de saúde mental do estado. O psiquiatra Paulo Roberto Antunes da Silva, que atende no lugar, relata: “funcionava como um asilo, as pessoas moravam lá. Hoje é um hospital psiquiátrico, o paciente interna para tratar um episódio agudo e, a partir do momento que tem melhora, ele volta para casa”.

Mas nem sempre existe uma casa para onde voltar. Esse é o motivo pelo qual o IPQ possui um residencial próprio, destinado a pacientes antigos que não puderam contar com uma rede de apoio. O residencial



leva ainda o primeiro nome da instituição, Colônia Sant'Ana. O mesmo nome também deu origem ao bairro que sedia o IPQ, tão marcante era a presença do manicômio na região. O “abrigo” para ex internos conta com 82 moradores. “Alguns nem sabem seus nomes. Tem casos tão graves que eles não falam. A gente não sabe quem é a família e nem eles sabem quem é”, relata Antunes da Silva.

No que diz respeito aos tipos de internação realizados pelo Instituto, o psiquiatra aponta que a maior parte dos pacientes está lá de forma voluntária. “Se o paciente está em capacidade de decidir no momento e ele disser que não quer ser internado, ele não vai ser internado. A não ser que a gente acredite que ele não está em capacidade, que pode se colocar em risco e colocar em risco outras pessoas”. Porém, segundo ele, essa constatação é bastante incomum para casos de dependência química. Para pessoas com Esquizofrenia ou Transtorno de Humor Bipolar, por outro lado, a internação involuntária já seria mais frequente. “É comum que, no momento da internação, ele [o paciente com esse tipo de transtorno] esteja relativamente bem, mas com o histórico dos dias anteriores a gente sabe que ele não vai manter uma média”, opina.

Quando se trata da compulsória, o médico ressalta que não considera o IPQ o melhor lugar para este tipo de internação, porque a ideia lá é de uma internação breve. Devido aos trâmites jurídicos, a modalidade compulsória costuma demorar mais. “Já tive casos de pacientes com esquizofrenia, por exemplo, que a Justiça mandou internar. Só que às vezes, na hora que a Justiça manda, ele [o paciente]

não está em surto psicótico. Isso é muito importante: talvez ele estivesse há um mês, quando o juiz ou a família pediu, mas naquele momento às vezes ele não está mais, e isso é uma situação complicada pro hospital”, completa.

## O que gritam os dados

**E**m Santa Catarina, o número de internações involuntárias voltou a crescer nos últimos anos. Dados do Ministério Público de Santa Catarina (MPSC) obtidos por meio da Lei e Acesso à Informação mostram que, de 2016 a 2018, os casos anuais informados ao órgão estavam diminuindo progressivamente, de 825 para 736 e, no ano seguinte, 730. Entretanto, em 2019 o número subiu para 1052. Os dados de 2020 são ainda mais significativos, revelando 1165 internações involuntárias realizadas somente até 30 de outubro, data de resposta a este pedido.

Esses registros são realizados por meio do Cadastro de Internações Psiquiátricas Involuntárias (CIPI), desenvolvido pelo MPSC com o objetivo de acompanhar o tempo e os motivos das internações. Segundo o órgão, atualmente o sistema conta com 26 estabelecimentos de saúde cadastrados, que devem dispor de mais de cinco leitos de internação para estarem vinculados ao CIPI. Tanto a Lei nº

10.216/2001, que redirecionou o modelo de assistência à saúde mental, quanto a Lei 13.840/2019, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), determinam que toda “internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento”.

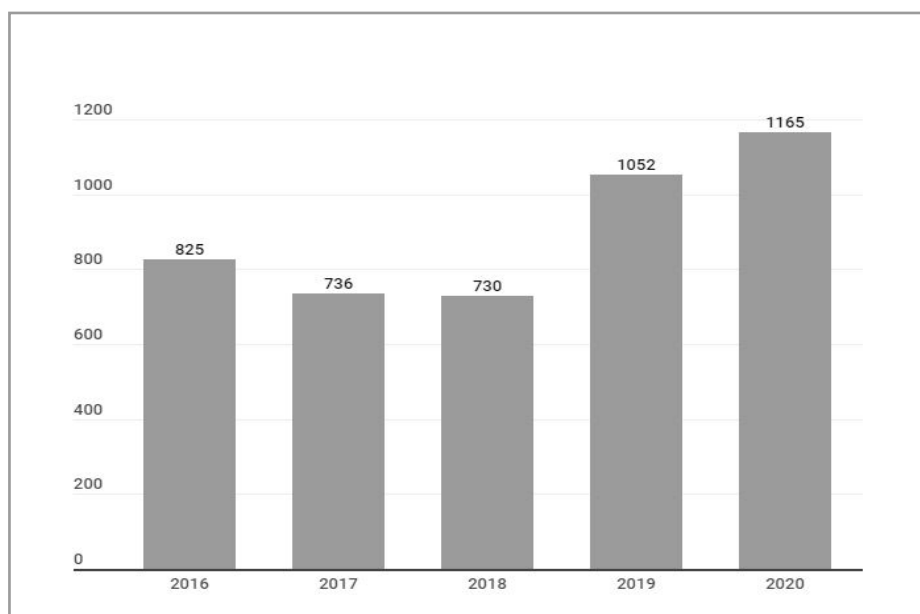
## Andamos em marcha ré?

**A**inda que as internações involuntárias estejam aumentando, a nova regulamentação do Sisnad, publicada em 5 de Junho de 2019, não prevê a modalidade compulsória para dependentes químicos. A norma estabeleceu regimento próprio para a internação de usuários de substâncias psicoativas, proibindo também qualquer uma de suas formas nas **comunidades terapêuticas acolhedoras**. Esses pontos vão ao encontro das medidas defendidas pelo movimento antimanicomial.

Por outro lado, o mesmo documento passou a autorizar que usuários de drogas sejam internados involuntariamente pelo Estado. A lei define esse dispositivo como aquele que se dá sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar, do responsável legal ou, “na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos” que integram o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas. Antes da publicação, quem costumava se responsabilizar pelas internações involuntárias era apenas a família dos pacientes.

Segundo a psicóloga Vicky Martins, que atende no Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) de Palhoça (SC), na região metropolitana de Florianópolis, esse tipo de intervenção realizada por agentes públicos recai principalmente sobre a população de rua, por meio da abordagem social. Ela aponta que essa autorização recente abre brecha para que sejam colocadas em prática ações higienistas, que priorizam a “limpeza” dos centros urbanos em detrimento da qualidade de vida dos sujeitos internados. Nesse sentido, a mudança na legislação coincide com o aumento das internações involuntárias, registrado pelo CIPI a partir de 2019.

Uma visão parecida tem a professora Daniela Schneider, do departamento de Psicologia da UFSC. “Na verdade, a internação de usuário de droga passou a ser, vamos dizer assim, o grande público que vai alimentar o que eu chamei de indústria da loucura contemporânea, retroalimentada por esta nova retomada do modelo manicomial”, avalia a pesquisadora.



Internações involuntárias em SC segundo o CIPI (MPSC)

Essa “retomada do modelo antimanicomial” se refere a uma série de políticas públicas federais postas em prática nos últimos anos. Uma delas diz respeito ao próprio direcionamento de recursos do governo. Em 2006, a balança dos gastos com saúde mental havia se invertido pela primeira vez, com 54% do orçamento destinado para a rede de apoio e não para os hospitais psiquiátricos. O investimento em ações extra hospitalares continuou a crescer até 2010, mas entrou em queda de 2011 a 2014, acompanhando a diminuição total dos gastos com saúde mental. As informações são da tese de doutorado “Gastos da Política de Saúde Mental e os Rumos da Reforma Psiquiátrica”, publicada em 2017, de autoria de Edineia Figueira dos Anjos Oliveira e acessada pelo repositório institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

A pesquisadora também aponta que o orçamento para os serviços extra hospitalares alcançou seu pico em 2015, representando 83% do total do investimento em saúde mental do Estado. Em 2016, reduziu para 80%. Apesar do percentual aparentemente expressivo, naquele ano os recursos para ações de saúde mental foram os mais baixos desde 2006, com cerca de R\$ 1,683 bilhões. No caso da verba destinada aos serviços comunitários, o número foi o mais baixo desde 2008, aproximadamente R\$ 1,349 bilhões.

Para além das questões financeiras, há outros fatores que apontam para uma possível “volta” do modelo manicomial. O psiquiatra Quirino Cordeiro Junior, atual Secretário de Cuidados e Prevenção às Drogas do governo de Jair Bolsonaro,

As Comunidades Terapêuticas (CTs) são centros de tratamento, geralmente localizados em meios rurais, que visam acolher pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. São mantidas a partir de iniciativas não governamentais, em sua maior parte religiosas, e baseiam-se em três pilares: trabalho, disciplina e espiritualidade. Nesses locais, o trabalho é entendido como terapêutico, consistindo em tarefas de manutenção da comunidade e de geração de renda. Para Bruna Córdova, assistente social do Instituto Arco Íris de Direitos Humanos, em Florianópolis (SC), é raro esses estabelecimentos oferecerem uma equipe interdisciplinar realmente eficiente no acompanhamento dos pacientes. “É muito mais comum ver a perspectiva da laborterapia”, que ela compara com o que seria, em muitos casos, “trabalhar de graça pros donos da fazenda”, por meio dos produtos que são comercializados.

Segundo o documento *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras*, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o Estado passou a financiar vagas nas CTs a partir de 2011, com a criação do programa Crack: É Possível Vencer, que visava o “enfrentamento” dessa e outras drogas por parte do Governo Federal. Em 2017, um relatório conjunto entre o Conselho Federal de Psicologia, o Ministério Público Federal e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura identificou práticas que configuravam violação de direitos humanos em todas as Comunidades Terapêuticas visitadas. De 28 estabelecimentos, 10 afirmaram receber apenas internações voluntárias; 17 afirmaram receber internações voluntárias, involuntárias e compulsórias; e 1 afirmou receber apenas internações involuntárias e compulsórias. Apesar de a Lei Nº 13.840/2019 proibir a internação de qualquer tipo nas CTs, os locais podem seguir funcionando por meio dos “acolhimentos” voluntários.

Bruna Córdova avalia que é muito comum as pessoas em situação de rua receberem recomendações

de encaminhamento para esses locais ou solicitarem elas mesmas o direcionamento. Mas o pedido, em grande parte das vezes, não tem relação com o tratamento de drogas. Ela entende que muitas das solicitações registradas em 2020, por exemplo, foram por necessidade de conseguir um espaço para sair do frio, da violência e da insalubridade da rua. “Ainda que a CT seja pra muitas pessoas uma opção, pra população de rua é normalmente a única opção”, diz.

Várias Comunidades Terapêuticas são conveniadas com o Estado e recebem recursos públicos. De acordo com uma matéria publicada em junho de 2020 pela Assessoria de Comunicação do Ministério da Cidadania, a quantidade de vagas em CTs financiadas pelo Governo Federal saltou de 2.900, em 2018, para 11 mil. O Edital de Credenciamento Público nº 17/2019, o último publicado pela Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas para a contratação de serviços de acolhimento a dependentes químicos, prevê ainda aumentar esse número para 20 mil. Segundo o site do governo, a estimativa é que o financiamento vá de R\$ 153,7 milhões, destinados em 2019, para R\$ 300 milhões em 2020.

Enquanto a nova Lei de Drogas determinou o prazo máximo de 90 dias para a internação involuntária em hospitais psiquiátricos, o Edital 17/2019 apontou que o tempo de acolhimento realizado pelas CTs poderia ser de até 12 meses consecutivos. Outra matéria, veiculada pela pasta em dezembro de 2019, explicita que o então ministro da cidadania, Osmar Terra, entende que “as comunidades terapêuticas ganharam um papel central no tratamento de dependentes químicos com a lei que instituiu a Política Nacional Sobre Drogas”. Naquele ano, a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) parabenizou, em seu site institucional, o Dr. Quirino Cordeiro Júnior pela nomeação como Secretário Nacional de Cuidados e prevenção às Drogas do Governo Bolsonaro.

assinou a nota técnica Nº 11, de fevereiro de 2019, na qual o Ministério da Saúde declarou não considerar mais “serviços como sendo substitutos de outros”, em referência à rede substitutiva aos hospitais proposta pela reforma psiquiátrica. Segundo a pasta, o governo não mais promoveria o “fechamento de unidades de qualquer natureza”, pois “a rede deve ser harmônica e complementar”.

Além de outras recomendações presentes no documento e que levantaram polêmicas, como a sinalização positiva para a aquisição de aparelhos de Eletroconvulsoterapia pelo SUS - o famoso eletrochoque -, a Secretaria explicita o novo entendimento do governo quanto ao tratamento de dependência química. De acordo com a nota técnica, as “estratégias de tratamento terão como objetivo que o paciente fique e permaneça abstinente, livre das drogas”. A determinação é criticada por profissionais que questionam a efetividade de abordagens que têm como único objetivo a abstinência.

Gabriel Amado, psicólogo do Instituto Arco Íris de Direitos Humanos, é um deles. A organização não governamental é conveniada com a prefeitura de Florianópolis e atualmente funciona no centro da cidade, prestando atendimento a comunidades em vulnerabilidade social, sobretudo à população em situação de rua (POP Rua). O método utilizado pela equipe da instituição é chamado de redução de danos. “Na redução de danos também se pratica a abstinência, mas é apenas uma dentre outras opções”, explica. A perspectiva parte do pressuposto de que “o que mata não é a droga, é a relação com a droga e a relação com todas

as pessoas e todas as coisas ao redor”, explica Amado.

Segundo Bruna Córdova, assistente social da organização, o trabalho com a redução de danos busca entender o uso abusivo de substâncias como uma consequência de outras questões que devem ser acessadas pela rede de apoio. Essas questões podem ser tanto subjetivas como materiais, estando conectadas com o desemprego e com a impossibilidade de se sustentar financeiramente, por exemplo. Para ela, a criação de vínculo com a pessoa que se encontra em vulnerabilidade é muito importante. “É incrível o processo do quanto a pessoa vai se vinculando mais com a gente e com ela mesma. E eu não estou falando sobre interromper o uso, mas sobre como ela se vê e sobre como as relações vão conseguindo ser ressignificadas de alguma maneira”.

A abordagem parece ser aceita por grande parte do público atendido pelo Instituto. É difícil conversar com Gabriel Amado sem que o diálogo seja interrompido pelas constantes batidas na porta do prédio que sedia a organização. As interrupções partem principalmente da POP Rua, que entra contando piadas, fazendo perguntas e solicitando doação de máscaras, que a ONG passou a distribuir durante a pandemia da Covid-19. O psicólogo diz que isso ocorre porque o local é um espaço de troca horizontal, que foge da lógica manicomial. “A lógica manicomial não está só nas instituições, está nas relações de poder. O tratamento e a recuperação partem do reconhecimento de si mesmo como sujeito, e na lógica manicomial o sujeito é deslegitimado”. O profissional

nunca encaminhou seus pacientes para internações involuntárias ou compulsórias, mas não faltam relatos de quem já tenha passado por esse tipo de experiência. Leonardo é uma dessas pessoas.

## “O inferno é o mesmo”

Sua voz embargada entrega a dor contida na lembrança dos nove meses em que passou numa clínica em Mauá da Serra, no Paraná. De acordo com a nova Lei de Drogas, o prazo máximo para internação é de 90 dias. O jovem, hoje com 20 anos, havia sido internado aos 17 por orientação do Programa de Proteção a Vítimas e Testemunhas Ameaçadas (Provita), onde Gabriel Amado trabalhou antes de integrar a equipe do Instituto Arco Íris. Na época, o programa era parceiro da Ação Social Arquidiocesana (ASA), vinculada à Igreja Católica. Segundo o site da Secretaria de Segurança Pública de Santa Catarina, atualmente ele existe em 12 estados e no âmbito federal. Sua função é proteger testemunhas de crimes que, por estarem em condições de risco, devem ser retiradas de seu lugar de moradia. Foi assim que Leonardo e a família foram trazidos do Maranhão para Santa Catarina, em um convênio entre o projeto dos dois estados.

O menino crescera em um contexto de extrema vulnerabilidade socioeconômica e desde pequeno possuía envolvimento com o tráfico, além de fazer uso de substâncias. Após colaborar com uma investigação no nordeste do país, ele, a mãe e os irmãos foram trazidos para São José (SC) como protegidos, onde moraram em um apartamento pago pelo Estado. Quando seu uso de drogas começou a se tornar mais intenso, ele foi colocado em um carro e encaminhado para tratamento na clínica paranaense, com autorização da mãe.

Amado explica que se demitiu do Provita após o caso de Leonardo, devido à constante



*“Imagina tu na escola, imagina uma palestra que, se tu dormisse, tu ia pro centro de desintoxicamento. Eles estavam ali querendo me reabilitar pra sociedade, mas essas pequenas falhas que eu fazia lá dentro, a sociedade faz aqui fora. Quem é que vai no culto que não vai cochilar?”*

violação de direitos humanos que identificava nas ações da equipe. Ele conta que o encaminhamento de protegidos para clínicas psiquiátricas era muito comum, sobretudo devido à quantidade de recursos financeiros de que o projeto dispunha. Quando foi contratado, sua perspectiva era tentar implementar um trabalho de redução de danos. “Mas a galera entra numa ‘caixinha de fósforo’ e num grau de ansiedade muito grande, considerando o contexto, porque tu tá ameaçado, tua vida tá ameaçada. Então a primeira coisa que eles [os profissionais do programa] fazem é mandar pra Comunidade Terapêutica ou clínica”.

Em março de 2017, o diretor da instituição paranaense havia levado Leonardo para ficar uma semana com a família, em São José, e o acompanhou durante a visita. “Eles faziam isso de vez em quando pra mostrar que estava tudo bem, que a pessoa estava se tratando”, diz Gabriel. Foi aí que o psicólogo teve a chance de conversar com o paciente e explicar que ele não era obrigado a permanecer no centro de tratamento. O jovem reagiu assustado com a possibilidade, que não lhe tinha sido apresentada pelos funcionários da clínica. Na hora em que foi chamado para voltar ao estabelecimento, recusou-se a entrar no automóvel e deu

adeus ao que diz ter sido o pior período de sua vida.

Cerca de seis meses após a saída do hospital, o menino perdeu o direito à proteção para testemunhas. A lei 9.807/1999, que regulariza o Provita, exclui indivíduos “cuja personalidade ou conduta seja incompatível com as restrições de comportamento exigidas pelo programa”. As complicações decorrentes do abuso de substância não foram solucionadas pela internação involuntária e geraram atrito com a família, o que acabou levando-o para a rua - onde vive até hoje. “Depois que eu fui internado involuntariamente eu aprendi algumas coisas através da pessoa que me tirou de lá, o Gabriel. Eu só não boto em prática, não porque eu sou um cara louco, pirado ou totalmente sequelado da cabeça, um drogado. Muito pelo contrário. Às vezes, na situação de rua, que é uma situação bem arriscada, eu tenho que me comportar como uma pessoa sem sentimento, sem juízo”, expressa.

Mas em meio ao relato emocionado, a lucidez de Leonardo é precisa. O nome

do responsável pela clínica, informado pelo jovem, é o mesmo que consta no vídeo institucional, publicado no youtube em junho de 2016. A descrição também chega a ser cirúrgica: “tinha sinuca, cantina, campo de futebol, piscina, vários tipos de cardápio”, conta. Apesar da estrutura, o ex paciente, que já foi preso, se refere ao local com amargura: “Lá na compulsória também é uma cadeia, não tem diferença nenhuma. Só é um lugar que tem uma paisagem melhor, vamos dizer, mas o inferno é o mesmo”.

Ele diz ter presenciado abusos de poder e autoridade por meio do uso frequente de “mata-leões” e outras técnicas de contenção física por parte dos funcionários. Quando ele se revoltava, era amarrado em uma maca e impedido de sair de lá para fazer suas necessidades fisiológicas. Apesar disso, Leonardo considera que o pior foi a falta completa de autonomia. “O cara me sedava com haldol, me dava mata-leão e me deixava amordaçado numa maca porque eu pedi um cigarro pro companheiro”.

Também não era permitido

dormir durante as palestras. Quem dormia, ia parar no centro de desintoxicamento - que ele descreve como uma “cadeinha” pequena. “Imagina tu na escola, imagina uma palestra que, se tu dormisse, tu ia pro centro de desintoxicamento. Eles estavam ali querendo me reabilitar pra sociedade, mas essas pequenas falhas que eu fazia lá dentro, a sociedade faz aqui fora. Quem é que vai no culto que não vai cochilar?”

Para o jovem, o objetivo principal da instituição era mantê-lo o máximo de tempo possível em tratamento por razões financeiras. A conta, que segundo ele foi de cerca de 45 mil reais, foi paga pelo Estado por meio do Provita. Momentos depois, Gabriel o corrige: o valor foi de 60 mil para os nove meses. Esse tempo Leonardo não esquece: “Só de ter falado pra vocês, eu vou falar bem a verdade, eu to triste. A minha cabeça tá doendo assim no meio da minha testa. Eu tinha 17 anos. Se uma pessoa mais nova que eu é levada pra um lugar desse, é interrompida a vida”.

Hoje, o menino a leva como pode. Dá uma pausa na entrevista para cobrar, em tom de brincadeira, um lanche de três trabalhadores de uma loja que fica nas redondezas. “Eu sou o único funcionário que trabalho 24 por 48, nem saio da loja”, ri. Em troca, recebe a promessa de um café da manhã no dia seguinte. Ele confessa se sentir sozinho e muitas vezes triste. Mas parece ter nascido com o talento para fazer qualquer pessoa sorrir.



## A epidemia nas ruas

Leonardo é usuário de crack. A droga é comumente associada à população em situação de rua devido ao baixo custo. Nos últimos anos, outra polêmica a respeito da internação de usuários de drogas tem relação com a narrativa de que há uma epidemia de crack no Brasil. Certos setores defendem que sim, como o antigo ministro da Cidadania da gestão Bolsonaro, Osmar Terra. O médico e político gaúcho ficou famoso por suas declarações no twitter e por negar a veracidade de um estudo desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) a pedido do Governo Federal. A pesquisa aponta que somente 0,09% da população é dependente de crack, o que não configuraria uma “epidemia”. Por outro lado, a dependência de álcool, por exemplo, aparece em primeiro lugar no estudo, correspondendo a 1,5% da população. Os dados levam em conta os últimos 12 meses anteriores à publicação do documento, em 2017.

O álcool também é a substância que mais provoca internações no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. “Sem dúvida, é o álcool”, afirma o psiquiatra Paulo Roberto Antunes da Silva. Em relação às outras drogas, comenta: “Acredito que o segundo seja cocaína, tanto em pedra [crack] quanto inalada”. Ele diz existir uma visão equivocada de que as pessoas usam pouca cocaína inalada, de que é uma droga de quem possui mais dinheiro. Mas segundo o profissional, gente de todas as classes sociais a usa. A maconha, por sua vez, é responsável por pouquíssimas internações no hospital. “Maconha normalmente leva à psicose, então a gente fica na dúvida se é um quadro de psicose, se é um quadro de esquizofrenia (...) E outras drogas

é bem mais raro de internar, por LSD e Ecstasy, por exemplo”, relata o médico.

A psicóloga Vicky Martins, do CAPS AD da Palhoça (SC), observa a mesma tendência. Ao ser questionada sobre os pacientes que mantêm contato com o CAPS e são encaminhados para internação, ela diz que o motivo principal costuma ser o álcool. “Sem dúvida. Porque o álcool, quando tem risco de desintoxicação, tem risco de ataque cardíaco. O crack, que é o que o pessoal tem mais medo, não possui risco de morte se tu usas muito e paras de repente”.

Apesar de a dependência alcoólica figurar em primeiro lugar entre os brasileiros, o crack, em comparação, tem algumas especificidades que preocupam os profissionais da saúde. Daniela Schneider, que é especialista em Prevenção ao Abuso de Drogas, pondera que o período médio que leva até uma dependência provocada pelo álcool é de dez anos. “Já o crack, pelas suas características químicas, e também por ser uma droga barata acessada por pessoas em situação de vulnerabilidade psicossocial,

produz dependência muito rapidamente”. Para ela, isso impacta o sistema de saúde, uma vez que aparecem demandas mais frequentes de cuidado para pacientes com quadros de dependência dessa substância: “É uma espécie de avalanche, muito caso em pouco tempo”.

Contudo, a professora não deixa de chamar atenção para a problemática social. Em sua opinião, existe um estigma muito forte de que o usuário de crack “é pobre, é morador de rua, é quem de certa forma rompeu os laços familiares, portanto é alguém que é a escória social.” Esse estigma resulta numa maior aceitação de ações higienistas, que intervêm para retirar essas pessoas dos espaços públicos. O medo de Schneider e outros profissionais é de que isso seja

*“Lá na compulsória também é uma cadeia, não tem diferença nenhuma. Só é um lugar que tem uma paisagem melhor, vamos dizer, mas o inferno é o mesmo*

**Osmar Terra** @OsmarTerra · Jan 14

Epidemia do crack. 97% dos 1500 municípios pesquisados sofrem com o aumento do consumo e o tráfico. E a pesquisa da FIOCRUZ diz que não tem epidemia. Que é uma invenção!

**MUNICÍPIOS BRASILEIROS**  
97% dos 1,5 mil pesquisados sofrem com o tráfico

Pesquisa da Confederação Nacional de Municípios (CNM) em 1.500 mil municípios brasileiros, divulgada ontem, aponta que 97,31% destes enfrentam problemas com consumo de drogas. O Brasil tem 5.568 municípios, sendo que apenas 28,72% (1.509) responderam à pesquisa.

A circulação de crack, especificamente, foi apontada por 75,80% dos municípios pesquisados. Um dos pontos levantados é a capilaridade do problema, que alcança pequenas e grandes cidades, mais próximas ou distantes de grandes polos ou mesmo da fronteira. Isso porque 87,3% dos municípios pesqui-

mir Aroldi, destacou que o alcance das drogas nos municípios menores esbarra ainda na falta de recursos para enfrentar a temática. “Não é possível ter Centros de Atenção Psicossocial (Caps) em todas as cidades. Por isso, precisamos de serviços regionalizados, com apoio da União e dos Estados”.

Segundo o estudo, 50,16% das gestões que responderam à pesquisa desenvolvem ações com recurso próprio. Além disso, apenas 28,72% das cidades possuem Caps, que prestam serviço de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional. As principais dificuldades apontadas pelo uso

apontaram que o nível é médio ante 36,24% que acham o nível alto e 13,68% que indicaram nível baixo. A situação é analisada e classificada pelos gestores com base em suas próprias percepções. Portanto, não há números delimitando os níveis. Na análise da situação apenas em relação ao crack, 46,99% consideram o problema como nível médio, 29,94% nível alto e 20,79% nível baixo. Dados de usuários de drogas nos municípios são raros.

O baixo índice já era esperado, pois há uma falta de informatização dos sistemas e também entre as áreas que trabalham com a temática. Outra questão, de acordo com o estudo, é que

35 321 833

Foto: Reprodução/Twitter

intensificado com a mudança na legislação que prevê a internação involuntária de usuários por parte do Estado.

Já para Antunes da Silva, psiquiatra do IPQ, na prática a lei não muda muita coisa. “A decisão de internar ou não é médica. Então mesmo que o serviço social de alguma cidade decida que aquela pessoa precisa de internação, não é uma decisão deles, é uma decisão médica. Ao chegar no hospital ele vai ser avaliado”, afirma. No entanto, há o risco de que nem todas as instituições conveniadas com o poder público possuam um entendimento igual ao do IPQ no sentido de priorizar as internações voluntárias e a vontade do paciente.

## O gênero da loucura

Outra característica que chama a atenção sobre os pacientes das instituições de saúde mental é a diferença de gênero. Apesar da tradicional associação entre mulheres e loucura no campo cultural, os homens representam o maior número de atendidos nos hospitais psiquiátricos e

nos serviços de tratamento para dependência química. Segundo a psicóloga Vicky Martins, do CAPS Álcool e Drogas da Palhoça (SC), “a gente tem em média de 120 a 200 pacientes. Eu acredito que uns 30 sejam mulheres. No meu grupo, pra tu teres uma ideia, eu tenho 15 pacientes, 3 são mulheres”. No Instituto de Psiquiatria do estado, há 120 vagas masculinas, sendo 80 para pacientes psiquiátricos e 40 para dependência química. Já a ala feminina conta apenas com 40 vagas. Segundo a Direção, até dezembro de 2020 havia cerca de 65 mulheres e 90 homens internados.

A inexistência de uma ala específica para tratamento de usuárias abusivas de drogas é um problema na visão do psiquiatra Paulo Antunes da Silva: “são lógicas completamente diferentes de tratamento, e como a ala feminina você vai tratar junto, é difícil de manejar duas formas completamente diferentes”. Apesar disso, a maior demanda para internação de mulheres não deriva da dependência química, e sim dos chamados transtornos do humor. Entre eles, estariam a Depressão e a Bipolaridade. Para o médico, a maioria é tratável

ambulatorialmente, ou seja, não necessita de internação. Já em meio aos homens, prevalecem quadros de Esquizofrenia e uso de drogas, que normalmente demandam assistência hospitalar. Isso explicaria a diferença entre a quantidade de pacientes.

Do ponto de vista psicológico, existem alguns fatores que podem apontar para a maior incidência de substâncias psicoativas na população masculina. Vicky Martins reflete que o uso da droga é uma questão contemporânea, que pode dizer respeito à forma como a pessoa lida com seu sofrimento. Nesse sentido, as características femininas costumam ser mais associadas a atitudes como dialogar sobre o que incomoda e buscar soluções para os problemas. As drogas, por outro lado, estariam relacionadas a “uma tentativa de escape dessa realidade, escape do sofrimento, escape da falta”, avalia.

Mas enquanto o contingente de pacientes masculinos é maior nos serviços de internação e tratamento para dependência química, os psicofármacos parecem encontrar seu público alvo na população que se reconhece enquanto mulher. Em

	Álcool	Crack	Maconha	Cocaína	Tranquilizantes benzodiazepínicos
Brasileiros que já fizeram uso na vida	66,4%	0,9%	7,7%	3,1%	sem dados
Brasileiros que fizeram uso nos últimos 12 meses	43,1%	0,3%	2,5%	0,9%	sem dados
Brasileiros que fizeram uso nos últimos 30 dias	30,1%	0,1%	1,5%	0,3%	sem dados
Dependência entre a população geral (últimos 12 meses)	1,5%	0,09%	0,29%	0,18%	0,20%
Dependência entre os usuários de droga (últimos 12 meses)	3,5%*	1,55%**	5,08%**	3,21%**	3,47%**

\*Apenas entre usuários de álcool \*\*Apenas entre usuários de drogas que não álcool ou tabaco Fonte: Fiocruz 2017



2013, a publicação *Ciência & Saúde Coletiva* divulgou que, em uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre (RS), 70% das mulheres e 45,7% dos homens faziam uso de antidepressivo. A presença de ansiolíticos foi de 27,4% para elas e 22,8% para eles, ao passo em que os antiepilépticos e antipsicóticos foram mais encontrados nos prontuários masculinos. Importante considerar que as mulheres representavam 72% do total de usuários com prescrição de drogas controladas, incluindo aquelas não relacionadas a transtornos psíquicos. Isso tende a diminuir a porcentagem de psicofármacos na população feminina ainda que, numericamente, o valor de alguns deles tenha sido maior entre elas.

O estudo aponta que o consumo elevado de medicamentos pelas mulheres teria relação com a “maior prevalência de transtornos psiquiátricos verificados entre as pessoas desse gênero” e com o fato de elas possuírem uma preocupação maior com a sua condição de saúde, frequentando mais os serviços de atendimento. As informações são do artigo *Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional*.

Não é raro os dados sobre o assunto seguirem esse padrão. Também em 2013, a pesquisa *Consumo de psicofármacos por pacientes de clínicas médica e cirúrgica de um hospital*, divulgado na Revista Latino Americana de Enfermagem (online), concluiu que 38,7% dos 93 pacientes internados em um hospital geral filantrópico no interior de São Paulo estavam em uso de remédios psiquiátricos, representando 51,9% das

mulheres e 20,5% dos homens entrevistados. Outro artigo, *Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas*, publicado na Revista Saúde Pública em 2008, analisou que 18,5% da população feminina da cidade de Botucatu, no oeste de São Paulo, utilizava esses medicamentos, em comparação a 8,0% da masculina.

A ingestão de antidepressivos e benzodiazepínicos - esses últimos conhecidos como ansiolíticos - é destaque entre as mulheres. A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) elaborou, em 2013, um documento chamado *Abuso e Dependência de Benzodiazepínicos*, estimando que 50 milhões de pessoas faziam o uso diário dos medicamentos. A maior incidência era entre as mulheres acima de 50 anos. Os tranquilizantes e benzodiazepínicos também aparecem como o terceiro grupo de drogas que mais causam dependência na população em geral, de acordo com o levantamento da Fiocruz. Considera-se que esses psicofármacos apresentam uma taxa de dependência de 0,20%, atrás da maconha (0,29%) e do álcool (1,5%). Na pesquisa, foram considerados apenas indivíduos que fazem uso indevido desses remédios. Segundo a ABP, um em cada dez adultos recebem prescrições para consumí-los.

A preocupação com o uso de drogas lícitas, indicadas por profissionais da saúde, é destaque no trabalho desenvolvido por Sandra Caponi, professora permanente do Programa de Mestrado profissional em Saúde Mental pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O assunto tem relação com o que ela chama de “psiquiatria ampliada”.

---

“Mas enquanto o contingente de pacientes masculinos é maior nos serviços de internação e tratamento para dependência química, os psicofármacos parecem encontrar seu público alvo na população que se reconhece enquanto mulher.”

## Se as cartelas tivessem grades

Quando a pílula anticoncepcional, que não pertence à classe dos psicofármacos, começou a ser comercializada nos Estados Unidos, na década de 1960, a invenção foi considerada um grande marco para a liberdade sexual das mulheres. O discurso lembra, em alguns aspectos, a introdução da Clorpromazina cinco anos antes, medicamento psiquiátrico que permitiria pela primeira vez abrir as portas dos manicômios. O remédio provocava um efeito parecido ao da lobotomia frontal, fazendo com que pacientes agitados, violentos ou em surto pudessem permanecer “sob controle” fora do ambiente hospitalar. A droga foi chamada, com ironia, pelo jornalista Robert Whitaker de a “bala mágica para a psicose”. Anos mais tarde, começou-se a questionar, tanto no caso dos anticoncepcionais como dos psicofármacos, qual era o preço pago por essas mágicas.

Na psiquiatria clássica, as doenças mentais eram identificadas em quatro grandes grupos: mania, melancolia, idiotismo e demência. A classificação foi proposta pelo francês Philippe Pinel, considerado por muitos o fundador desse campo do saber. Hoje em dia, o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM), editado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), oferece centenas de possibilidades diagnósticas. Para a maioria dos transtornos citados, existe um medicamento correspondente.

A primeira edição do DSM foi elaborada em 1952, e a segunda



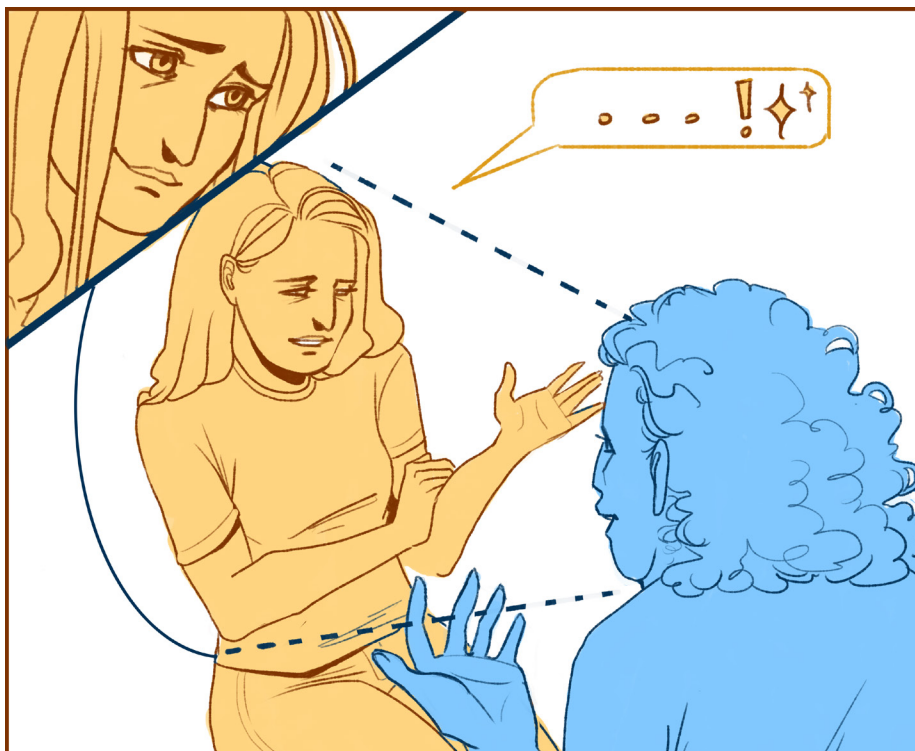
em 1968. Nessa época, para se ter ideia, a homossexualidade ainda estava presente nas páginas do manual. Após uma série de revisões, hoje em dia a prática psiquiátrica no mundo todo é orientada pelo DSM-5. O que para muitos é considerado um avanço da medicina, para Sandra Caponi não deixa de ser um alerta. A pesquisadora acredita que existe uma tendência cada vez maior em transformar comportamentos e problemas sociais em patologias, o que aparece de forma emblemática na publicação da APA. “O caso da criança inquieta é um caso exemplar. O que antes era uma criança inquieta, hoje é uma criança com TDAH”. A sigla diz respeito ao Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, que a quinta versão do DSM identifica a partir de sintomas como agitação e impulsividade

Assim como o DSM, a Classificação Internacional de Doenças (CID) também é utilizada para critérios diagnósticos. O documento, lançado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é oficialmente adotado pelo governo brasileiro. Em 2018,

a OMS lançou uma nova revisão do CID, o CID - 11, que está previsto para entrar em vigor no ano de 2022. Entre as alterações, está a inclusão, na lista de transtornos mentais, do que foi identificado como *gaming disorder*, uma espécie de compulsão por jogos eletrônicos.

Em seu livro *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*, Sandra Caponi explica que o processo de identificar elementos patológicos em comportamentos aparentemente normais teve início já na segunda metade do século 19, com a Teoria da Degeneração de Bénédict Augustin Morel. O pesquisador defendia que um elemento central da “loucura” era seu caráter hereditário, de modo que seria preciso encontrar, nos indivíduos com “predisposição a enlouquecer”, pequenas manifestações anunciadoras do que poderia se tornar uma patologia.

Com a introdução desse paradigma, o tratamento dos doentes mentais deixou de ser uma atribuição exclusiva do médico alienista, responsável



pelo manicômio. A partir de então, o saber psiquiátrico começou a incluir a observação dos indivíduos que conviviam em sociedade, mas poderiam demonstrar sinais antecipados de “alienação”. Daí o conceito de Psiquiatria Ampliada.

Atualmente, essa “ampliação” não diz respeito somente aos diagnósticos, mas às possibilidades de tratamento. Existem infinitas abordagens de psicoterapia e de intervenções medicamentosas a fim de aliviar o sofrimento psíquico da população. Para Sandra Caponi, o uso de psicofármacos é justificado, por muitos pesquisadores, pela teoria do desequilíbrio químico. A tese postula que a causa para grande parte das patologias mentais reside na presença de alterações bioquímicas no organismo, em especial no cérebro. Mas a afirmação é polêmica e não conta com o consenso da comunidade científica. Isso não significa, entretanto, que os psicofármacos não podem ser aliados.

Manuela, formada em Engenharia Mecânica, é uma das pessoas que possuem relação de longa data com os medicamentos

psiquiátricos. Em 2014, foi diagnosticada com Transtorno de Personalidade Borderline ou Limítrofe. Os “borders”, como são apelidados os portadores dessa doença, podem ir do ápice da alegria à tristeza profunda em questão de horas, com reações consideradas desproporcionais às situações do dia-a-dia. A mulher, que vive em Florianópolis (SC), conta que os estabilizadores de humor e os antipsicóticos, em conjunto com a psicoterapia, foram essenciais para que ela pudesse elaborar uma série de questões a respeito de sua personalidade. Ela percebeu que havia algumas mudanças drásticas a serem percorridas no caminho para sua realização pessoal.

Então, em 2018, resolveu colocá-las em prática. Trocou de emprego e passou a se dedicar ao que descobriu ser uma paixão: a música. Nessa época, a jovem cantora se sentiu bem o suficiente para parar com as medicações. “Meu médico não gostou. Quis que eu ficasse com pelo menos um”, relembra. Mas acabou encontrando outras formas de aliviar o sofrimento, as quais

não passavam pela ingestão de comprimidos. Um ano depois, contudo, Manuela voltou a ter crises intensas. Foi aí que resolveu procurar novamente ajuda médica e se deparou com um diagnóstico que pareceu fazer sentido como nenhum outro: o de Transtorno Bipolar.

Diferente dos pacientes com Borderline, que demonstram uma instabilidade muito grande e alterações emocionais mais efêmeras, na Bipolaridade costuma haver dois “polos” que se estendem por um período de tempo maior: a mania e a depressão. No primeiro caso, a pessoa age de maneira eufórica, com comportamentos impulsivos. No segundo, sente-se com um vazio muito grande, uma tristeza intensa que pode, inclusive, levar a ideias suicidas. Como a fase “baixa” pode durar meses e até anos, não é incomum que esse quadro seja avaliado como transtorno depressivo somente. Também por isso, pode levar muito tempo até que um indivíduo bipolar seja diagnosticado corretamente.

A introdução de novos medicamentos indicados para essa doença, e na dose correta, fez com que Manuela voltasse a aceitar uma ideia de tratamento com psicofármacos. Eles têm sido fundamentais para que ela permaneça estável, ao ponto não se reconhecer mais como uma pessoa bipolar, tendo em vista que é uma patologia que se manifesta pelos sintomas. Aos 29 anos, hoje ela sente que pode dizer: “Agora eu estou finalmente bem”.

O desenvolvimento das drogas psiquiátricas tem aumentado a qualidade de vida de muitas pessoas. Mas seu uso na sociedade, especialmente no Brasil, também tem tomado proporções assustadoras. O Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, vinculado ao Ministério da Saúde, elaborou em 2019 o documento *Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida*, que chama atenção para a crescente ingestão de psicofármacos. Segundo a publicação, entre 2012 e 2016, houve um aumento de 61% no consumo total de antidepressivos. Os brasileiros também são os terceiros maiores consumidores mundiais de ansiolíticos benzodiazepínicos. Em relação ao *clonazepam*, ao *midazolam* e ao *diazepam*, que pertencem a essa classe, o país está em primeiro lugar.

O Ministério considerou que há um risco de “dependência física ou psíquica intrínseca ao uso desses medicamentos”, que são vistos, muitas vezes, como um meio rápido para a resolução de problemas de diversas origens. A pesquisadora Sandra Caponi aponta algo parecido: “as pessoas aceitam e pensam seus sofrimentos em termos neurológicos”. Com isso, ela quer dizer que cada vez menos os indivíduos vislumbram a possibilidade de resolver seus problemas psicológicos por meio do diálogo ou modificando as relações sociais.

Quando se olha para casos como o de Luísa e Leonardo, internados de maneira forçada pela família e pelo Estado, tem-se a impressão de que as paredes dos manicômios, de certa

forma, continuam de pé. Contudo, no caso dos comprimidos psiquiátricos, os muros podem facilmente passar despercebidos. De um lado, existe uma liberdade completamente nova - do outro, os perigos da influência mercadológica e da falta de regularização adequada. Mas não só as prisões mentais podem parecer difusas em ideias aparentemente promissoras, como o próprio conceito de loucura mostrou-se extremamente variável através dos séculos. A palavra já foi usada para se referir a manifestações não hegemônicas de sexualidade, raça e classe, antes consideradas sinais de patologia.

Em 1982, Gabriel García Márquez escreveu um conto sobre uma cidade onde a alienação mental era uma doença contagiosa carregada pelo vento. Nesta cidade, Cardaqués, a proteção das casas não era o bastante para conter a Tramontana, nome atribuído ao fenômeno. Era como se, no soprar das correntes, os moradores escutassem as vozes que passariam a temer.

Na história da humanidade, foram muitas as tentativas de calá-las. Tentativas de silenciar a presença - quando não a vida - daqueles que pareciam influenciados pelos ventos da loucura. Mas há, também, profissionais e pesquisadores que estão mais preocupados em amenizar o sofrimento psíquico do que em cercear a existência dos que são considerados “loucos”. É através dessas pessoas e dos pacientes psiquiátricos que, como a Tramontana, a luta antimanicomial resiste. *Afinal, os ventos atravessam grades.*

Luísa, Guilherme, Ruan, Leonardo e Manuela são nomes fictícios. Os demais correspondem aos personagens e às fontes citadas. O anonimato do professor envolvido com a internação de Luísa foi um pedido do docente. Não expor os nomes das clínicas foi uma opção da autoria desta reportagem.